



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ARTES/CECA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
NÍVEL DE MESTRADO/PPGE  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SOCIEDADE, ESTADO E EDUCAÇÃO

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: A INTERSETORIALIDADE SAÚDE E  
EDUCAÇÃO**

CASCADEL – PR  
2016



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ARTES/CECA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
NÍVEL DE MESTRADO/PPGE  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SOCIEDADE, ESTADO E EDUCAÇÃO

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: A INTERSETORIALIDADE SAÚDE E  
EDUCAÇÃO**

**DANIELE DONDONI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação – PPGE, área de concentração Sociedade, Estado e Educação, linha de pesquisa: Educação, Políticas Sociais e Estado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ireni Marilene Zago Figueiredo.

CASCADEL - PR  
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

D734p

Dondoni, Daniele  
Programa Saúde na Escola: a Intersetorialidade Saúde e Educação. /  
Daniele Dondoni.— Cascavel, 2016.  
123 f.

Orientadora: Profª. Drª. Ireni Marilene Zago Figueiredo  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná,  
Campus de Cascavel, 2016  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação

1. Programa Saúde na Escola. 2. Intersetorialidade. 3. Educação. 4.  
Promoção da Saúde. I. Figueiredo, Ireni Marilene Zago. II. Universidade  
Estadual do Oeste do Paraná. III. Título.

CDD 20.ed. 371.71

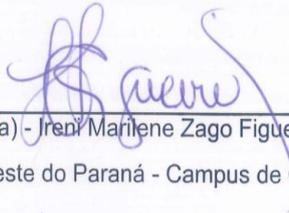
CIP – NBR 12899

Ficha catalográfica elaborada por Helena Soterio Beijo – CRB 9ª/965

**DANIELE DONDONI**

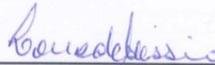
Programa saúde na escola: a intersectorialidade saúde e educação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Educação, área de concentração Sociedade, estado e educação, linha de pesquisa Educação, políticas sociais e estado, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:



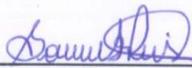
Orientador(a) - Ireni Marlene Zago Figueiredo

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)



Lourdes Missio

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)



Solange de Fatima Reis Conterno

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Cascavel, 13 de junho de 2016

Dedico este trabalho a Deus, pela Luz constante em minha vida.

E também a todos: amigos, família, colegas de turma, professores, colegas de trabalho, que de uma maneira ou de outra contribuíram e torceram para que este momento final fosse concluído com êxito.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, à Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, que, novamente, me acolheu como discente, dando-me a oportunidade de cursar o Programa de Mestrado em Educação - PPGE.

Agradeço, em especial, à minha Orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ireni Marilene Zago Figueiredo, pelos ensinamentos, pela partilha nas reflexões e, principalmente, por sua enorme colaboração na construção deste trabalho.

Agradeço à Professora Dr<sup>a</sup> Solange de Fátima Reis Conterno, e a Professora Dr<sup>a</sup> Lourdes Missio pela disponibilidade e presteza em fazer parte da banca de defesa, e, como tal, pelas contribuições e apontamentos que somaram para o enriquecimento desta dissertação.

Agradecimento muito especial manifesto à minha irmã Angela, grande incentivadora para que eu participasse do processo de seleção para o Programa de Mestrado, o qual concluo agora.

Agradeço à colega de turma, e hoje minha grande amiga Thaise Fernanda, pelos momentos partilhados durante o cursar do Mestrado. Amizade construída que, certamente, levarei para a vida.

Agradeço aos meus pais Sadi e Edite, pelo incentivo que sempre dispuseram para nossos estudos.

Agradeço à minha família, de modo geral a todos que partilharam comigo nesses dois anos os momentos de felicidade, dedicação e angústia necessárias à construção desta pesquisa.

Agradeço à Sandra, pelo auxílio e presteza dispensados a nós discentes durante a realização do Mestrado.

Agradeço ao Programa de Mestrado em Educação (PGGE), pela oportunidade de crescimento pessoal que o curso de Pós-Graduação proporcionou.

Agradeço aos docentes do PGGE pelos ensinamentos e discussões em sala de aula, que, certamente, contribuíram para o enriquecimento desta pesquisa.

**“--- Onde fica a saída?”.**

**Perguntou Alice ao gato que ria.**

**---“depende”, respondeu o gato.**

**---“de que?”, replicou Alice;**

**--- “depende de para onde você quer ir ...”**

(Charles Lutwidge Dodgson - Alice no País  
das Maravilhas, 1865)

DONDONI, Daniele. **Programa Saúde na Escola: a Intersetorialidade Saúde e Educação**. 2016.123p. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação. Área de concentração: Sociedade, Estado e Educação, Linha de Pesquisa: Políticas Sociais, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Cascavel, 2016.

## RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído no ano de 2007 e, enquanto Programa Interministerial dos setores de Saúde e de Educação, teve o intuito de promover ações para a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde e educação de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino do país. Vislumbrou, para a realização de seus componentes I, II, III, o aproveitamento do espaço da escola para as práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz, desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras (BRASIL, 2012a). Esta pesquisa, portanto, visou responder à seguinte problemática: Qual a intenção subjacente à Intersetorialidade Saúde e Educação do Programa Saúde na Escola (PSE), proposta a partir dos Cadernos emitidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação? Para responder ao problema de pesquisa, foram selecionados os seguintes Cadernos do PSE: Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola (2009); Passo a Passo PSE - Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersetorialidade (2011a); Saúde na Escola (2012e); Manual Instrutivo Saúde na Escola (2013c); e o Caderno do Gestor do PSE (2015a). O percurso metodológico de análise dos Cadernos do PSE envolveu a leitura para apreender as categorias de estudo referentes à intenção subjacente à Intersetorialidade Saúde e Educação. Com a investigação, foi possível identificar que o conceito de Intersetorialidade Saúde e Educação do PSE compreende desde o processo de Gestão Federal até as ações de saúde e educação realizadas nas escolas. As atividades intersetoriais relativas à saúde e à educação demandaram o estudo do PSE e sua relação com o conceito de Promoção de Saúde e com os conceitos ampliado e restrito de saúde. Com isso, pode-se concluir que, embora a abordagem do trabalho intersetorial em saúde e educação do PSE sustente a prática da Promoção de Saúde com uma visão ampliada, há a responsabilização individual pela incorporação das práticas de saúde por meio dos conceitos de empoderamento e autonomia, conforme preconizados pelos Cadernos analisados.

**Palavras-chave:** Programa Saúde na Escola, Intersetorialidade, Saúde, Educação, Promoção da Saúde.

DONDONI, Daniele. **School Health Program: the Health and Education Intersectoriality**. 2016, 123 p. Dissertation (Master's in Education). *Stricto Sensu* Post-Graduation Program in Education. Concentration in: Society, State and Education, Research Line: Social Policies, State University of Western Paraná – UNIOESTE, Cascavel, 2016.

## ABSTRACT

The School Health Program (PSE) was established in the year 2007, and as an Interministerial Program of the Health and Education sectors, aimed to promote actions to improve the quality of life and the health and education conditions of children, adolescents and youngsters from the public school system in the country. For the achievement of its components I, II, III, the program envisioned the use of school space for the practices of promoting and preventing health, as well as building a culture of peace, citizenship development and qualification of Brazilian policies (BRAZIL, 2012a). This research therefore sought to answer the following question: What is the intention underlying the health and education intersectoriality in the School Health Program (PSE) proposed from the Booklets issued by the Ministries of Health and Education? In order to answer the research problem the following PSE Booklets were selected: Primary Care Booklet No. 24: Health in School (2009); Step by Step PSE - School Health Program: Weaving paths for intersectoriality (2011a); Health in School (2012e); Instructive Manual Health in School (2013c); and PSE Manager's Booklet (2015a). The methodological approach to the PSE Booklets' analysis involved reading to understand the categories of study related to the intention underlying the Health and Education Intersectoriality. With the research, it was possible to identify that the concept of Health and Education Intersectoriality in the PSE ranges from the process of Federal Management to the health and education actions carried out in schools. Intersectorial activities related to health and education required the study of the PSE and its relation with the concept of Health Promotion and the expanded and restricted concepts of health. Thus, it was concluded that although the Health and Education Intersectorial work approach in the PSE supports the practice of Health Promotion with an enlarged view, there is individual responsibility for incorporating health practices through the concepts of empowerment and autonomy, as recommended by the analyzed Booklets.

**Keywords:** School Health Program, Intersectoriality, Health, Education, Health Promotion.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica  
ABS – Atenção Básica à Saúde  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
APS – Atenção Primária à Saúde  
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento  
BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento  
BM – Banco Mundial  
CIESE – Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola  
CNS – Conferência Nacional de Saúde.  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
EPS – Escolas Promotoras de Saúde  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
E-SUS - Estratégia do Departamento de Atenção Básica para Informações da Atenção Básica  
FAO - Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura  
GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial  
GTI-M – Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica  
LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
MEC – Ministério da Educação  
MS – Ministério da Saúde  
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
OIT – Organização Internacional do Trabalho  
OMC - Organização Mundial do Comércio  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PBA – Programa Brasil Alfabetizado  
PCNs – Parâmetros Curriculares Nacionais  
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica  
PNI – Programa Nacional de Imunização  
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PPP – Projeto Político-Pedagógico  
PSE – Programa Saúde na Escola  
PSF – Programa Saúde da Família  
RSB – Reforma Sanitária Brasileira  
SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
SIMEC - Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação  
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica  
SPE – Projeto Saúde e Prevenção na Escola  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura  
UNFPA – O Fundo de População das Nações Unidas  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância  
USAID – Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 1</b> – Portarias relativas ao PSE.....   | 56 |
| <b>Quadro 2</b> – Portarias relativas à elaboração do Projeto do PSE Municipal.....       | 57 |
| <b>Quadro 3</b> - Portarias relativas ao PSE dos períodos de 2007, 2012, 2013 e 2014..... | 58 |

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1</b> – Tabelas de Snellen.....   | 69 |
| <b>Figura 2</b> – Ilustração de Capa do Caderno <i>Saúde na Escola</i> (2012e)..... | 86 |
| <b>Figura 3</b> – Ilustrações do Caderno <i>Saúde na Escola</i> (2012e).....        | 87 |
| <b>Figura 4</b> – Ilustrações do Caderno <i>Saúde na Escola</i> (2012e).....        | 89 |

## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>12</b>  |
| <b>1 A EDUCAÇÃO E A SAÚDE BÁSICAS NO CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL E A RELAÇÃO COM A SAÚDE DO ESCOLAR.....</b> | <b>18</b>  |
| <b>2 CADERNOS DO PSE: A INTERSETORIALIDADE SAÚDE E EDUCAÇÃO .....</b>  | <b>53</b>  |
| <b>2.1 O Programa Saúde na Escola: Bases Legais, Componentes e Linhas de Ação .....</b>                            | <b>53</b>  |
| <b>2.2 A Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE.....</b>  | <b>74</b>  |
| 2.2.1 A Intersetorialidade nos Cadernos do PSE na Gestão e nos Grupos de Trabalhos Intersetoriais - GTIs .....     | 79         |
| 2.2.2 A concepção de Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE.....                                  | 84         |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>110</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>   | <b>114</b> |
| <b>DOCUMENTOS ANALISADOS.....</b>  | <b>123</b> |

## INTRODUÇÃO

O interesse inicial pelo desenvolvimento desta pesquisa ocorreu com o trabalho desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santa Tereza do Oeste, particularmente na equipe da Vigilância em Saúde, desde o ano de 2010. No segundo semestre de 2013, o município optou por aderir ao Programa Saúde na Escola (PSE) e constituir o Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M), o qual passou a atuar no trabalho como membro convidado.

A experiência profissional acima mencionada possibilitou-nos desenvolver ações baseadas em Políticas Públicas para a saúde, juntamente ao fato de que estive acompanhando as atividades do GTI Municipal no processo de adesão e programação das ações do PSE. Essa experiência instigou a proposição do problema inicial de pesquisa que consistia, a priori, em avaliar as metas pactuadas do PSE, comparando-as com as ações executados pelas Equipes de Saúde da Família no Município de Santa Tereza do Oeste – PR, pertencente à área de abrangência da 10ª Regional de Saúde.

Com o ingresso no Programa de Mestrado em Educação desenvolvemos uma reflexão teórico-metodológica que nos possibilitou reconstruir a delimitação da pesquisa. Desse modo, após a realização de leituras sobre o tema e as orientações realizadas, centramos no seguinte problema de pesquisa: Qual a intenção subjacente à Intersectorialidade Saúde e Educação do Programa Saúde na Escola (PSE), propostas a partir dos Cadernos emitidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação?

O PSE foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007 com o intuito de construir políticas para a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde e educação das crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira (BRASIL, 2012a). Enquanto política Intersectorial da Saúde e da Educação, o PSE busca uma articulação entre esses setores e vislumbra o aproveitamento do espaço da escola para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz, desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras (BRASIL, 2012a).

A pesquisa, nesse sentido, objetiva investigar como a Intersectorialidade Educação e Saúde são propostas nos Cadernos do Programa Saúde na Escola,

haja vista que servem de material de apoio para o desenvolvimento dos trabalhos referentes ao PSE realizados pelas Equipes de Saúde e Educação nos municípios a ele aderidos. O objetivo do PSE presume a atuação dos setores da saúde e da educação para execução das ações do programa, visando à redução de vulnerabilidade e riscos à saúde de crianças, adolescentes e jovens<sup>1</sup> que compõem o sistema público brasileiro de educação.

É neste aspecto que o estudo das Políticas Sociais torna-se relevante, principalmente porque a “[...] análise de políticas públicas ainda é bastante incipiente no Brasil” (FARIA, 2005, p. 101). Nesse sentido, é possível destacar dois motivos anunciados sobre o processo de avaliação de ações do governo:

[...] o motivo mais imediato do interesse pela avaliação de atividades de governo seria a preocupação com a efetividade, isto é, com a aferição dos resultados esperados e não esperados alcançados pela implementação dos programas. O segundo motivo seria o de entender o processo pelo qual os programas alcançaram ou não esses resultados, analisando a dinâmica da intervenção estatal e os problemas concretos advindos da implementação (SILVA, 1999, *apud* CUNHA, 2006, p. 5).

Dessa maneira, “[...] num país que não apenas dispõe dos mais altos níveis de iniquidade social como também das mais ineficazes redes de solidariedade e proteção social” (FIORI, 1997, p. 213), torna-se imprescindível esta avaliação.

Para o desenvolvimento desta pesquisa pautamos nos seguintes objetivos específicos: 1) Compreender a emergência do PSE a partir da relação Estado e Política Social, considerando a relação entre educação e saúde no contexto nacional e internacional e as proposições das Doutrinas Médicas e suas influências na saúde do escolar; e 2) Identificar as bases legais, os componentes e as linhas de ação que compõem o PSE; e 3) investigar a concepção de Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE.

Nesse sentido, os Cadernos do PSE selecionados<sup>2</sup> para este estudo contemplam: a) Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola (2009), b) Passo a Passo PSE - Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersetorialidade (2011a), emitido pelo Ministério da Saúde; c) Saúde na Escola

---

<sup>1</sup> Deve-se mencionar que nos Cadernos do PSE os termos utilizados são: escolares, estudantes, população escolar, alunos, educandos, comunidade escolar, escola, unidades escolares.

<sup>2</sup> O estudo pautou-se em análise de documentos oficiais, disponíveis em meio eletrônico para download, em sites oficiais dos Ministérios da Saúde e da Educação.

(2012e), emitido pelos Ministérios da Saúde e da Educação; d) Manual Instrutivo Saúde na Escola (2013c), publicação dos Ministérios da Saúde e da Educação; e e) O Caderno do Gestor do PSE (2015a)<sup>3</sup>, emitido pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Neste momento, é necessário um correto delineamento do que se pretende com a pesquisa de modo que a seleção de fontes primárias para o estudo possa suprir as necessidades de questionamentos do pesquisador e exaustivamente ser objeto de estudo.

Sendo assim,

Considerando-se que o pesquisador tenha clareza, pelo menos, da temática do trabalho, local e período a serem abordados – todos passíveis de alteração se o estudo o exigir –, é importante a seleção inicial dos documentos que farão parte do corpus documental final. A escolha preliminar, ainda caótica, deve respeitar a pertinência aos objetivos inicialmente propostos, evitando-se tanto o alargamento exagerado da busca, quanto o seu estreitamento (EVANGELISTA, s/d, p. 5).

Desta maneira, em relação à seleção e análise de documentos, há a busca pela produção do conhecimento

[...] partindo da reflexão e análise de documentos, aqui oficiais, nos faz refletir sobre qual o sentido de tal prática, para tal, trabalhar com documentos [...] supõe, portanto, considerá-los resultado de práticas sociais e expressão da consciência humana possível em um dado momento histórico. Compreendê-los pode significar avançar na direção da apropriação [...] (EVANGELISTA, s/d, p. 5).

A seleção dos Cadernos do PSE ocorreu em meio eletrônico, nos *sites* dos Ministérios da Saúde e de Educação. Após a seleção, procedeu-se à sua leitura sistemática à elaboração do quadro sobre Intersetorialidade Saúde e Educação. As categorias de análise abordadas, portanto, estavam relacionadas à Intersetorialidade Saúde e Educação, sem, contudo, desconsiderar a relação com o conceito da

---

<sup>3</sup> O Caderno Programa Saúde na Escola Passo a Passo para Adesão (2014), parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, não foi incluso como conteúdo de análise deste estudo, pois, após sua seleção e estudo verificou-se que este não dispunha de conteúdos que fossem o objeto desta pesquisa, uma vez que trata de um passo a passo para realização da adesão *on-line* ao programa.

Promoção da Saúde e do processo saúde-doença como abordagem restrita e/ou ampliada de Saúde.

A análise dos Cadernos nos instigou a refletir que

Se o documento existe fora do pesquisador, para que possa extrair dele dados da realidade é preciso que assuma uma posição ativa na produção de conhecimento: localiza, seleciona, lê, relê, sistematiza, analisa as evidências que apresenta. Esses passos resultam de intencionalidades que, para além da pesquisa, se vinculam aos determinantes mais profundos e fecundos da investigação, qual seja discutir, elucidar, desconstruir compreensões do mundo; discutir, elucidar, construir compreensões do mundo: produzir documentos, produzir conhecimentos é produzir consciências (EVANGELISTA, s/d, p.05).

O pesquisador apropria-se do documento e “[...] pode interrogar-se a si enquanto tal e na relação com a empiria, é nessa condição que interroga, inquire e desconstrói o documento” (EVANGELISTA, s/d, p. 07).

É neste percurso que é possível compreender

[...] a empiria como “gestada” na história, como manifestação da consciência humana na história, e se a tomamos como passível de conhecimento pelo sujeito histórico podemos considerar que conhecê-la é conhecer a própria consciência do homem. Pelo seu conhecimento é possível articular outras formas de consciência. Em síntese, expressam vida, conflitos, litígios, interesses, projetos políticos – história. Na efervescência dessas determinações se encontram pesquisador, documento e teoria (EVANGELISTA, s/d, p. 5, grifos da autora).

Fazer a relação dos vários condicionantes que estão agregados em uma Política Social, como é o caso do PSE, nos deixa mais conscientes para que a análise dos documentos seja a mais fidedigna possível, de maneira que as representações presentes no estudo dos documentos possam ilustrar a realidade de dado momento histórico, e este possa ser desvelado e analisado por meio da pesquisa na produção da empiria (HOSTINS, 2006; EVANGELISTA, s/d).

Portanto,

Pressupondo-se que os documentos – incompletos e imperfeitos – estejam em mãos do pesquisador – nos limites que a história impõe para sua localização e acesso – tem início sua “inquirição” para entender-se quando, como, por quem e por que foram produzidos. As fontes primárias trazem as marcas da sua produção original, de

seu tempo de produção, de sua história. É necessário, então, captar as múltiplas determinações da fonte e da realidade que a produz; significa dizer captar os projetos litigantes e os interesses que os constituem, que tampouco serão percebidos em todos os seus elementos. [...] Documentos derivam de determinações históricas que devem ser apreendidas no movimento da pesquisa, posto que não estão imediatamente dadas na documentação (EVANGELISTA, s/d, p. 8).

Não é possível captar a essência dos documentos “sem o manejo das perguntas, das indagações [...]”, haja vista que “a riqueza de uma pesquisa é dada não apenas pela quantidade de fontes, mas pela amplitude do diálogo que o sujeito é capaz de produzir entre diferentes fontes e delas com a história, com a realidade” (EVANGELISTA, s/d, p. 9).

Nesta pesquisa, a organização do trabalho contempla dois capítulos: o primeiro tem como objetivo compreender a emergência do PSE, a partir da relação entre Estado e Política Social, considerando a educação e a saúde no contexto nacional e internacional. Para tal, buscou-se identificar as proposições para a saúde do escolar advindas da Revolução Industrial e ancoradas em políticas de Estado e nas Doutrinas Médicas com vistas à melhoria das condições de saúde da população no processo de industrialização.

Nesse sentido, considerando que as questões referentes à saúde do escolar são permeadas por inúmeros fatos, acontecimentos e proposições, analisá-las partindo de um recorte local deixaria de abranger fatos importantes que marcam o tema. Para Ferriani (1991, p. 30), “[...] a preocupação com a saúde escolar faz parte de um movimento social amplo, ocorrido na Europa, durante o século XVIII, destacando-se a França, a Inglaterra e a Alemanha, estando aqui inseridas as questões de saúde do escolar”.

Destacam-se também as proposições da Organização Mundial da Saúde (OMS) em relação à Atenção Primária à Saúde (APS), e também a ideia das Escolas Promotoras da Saúde, como formas de ampliar a busca pela Promoção da Saúde dos indivíduos, defendida pela Carta de Ottawa (1986), na qual a saúde do escolar passou a ter visibilidade. Em âmbito nacional destacou-se, por exemplo, o Programa Saúde na Escola, que incorporou várias proposições da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2006), a qual sustenta a necessidade de realização de trabalhos de Promoção da Saúde no ambiente escolar.

O percurso histórico foi baseado em fontes primárias e secundárias referentes à atuação dos Organismos Internacionais, com destaque, especificamente, para o período do Pós-Segunda Guerra Mundial. Destacam-se, neste sentido, as relações entre o Estado, as proposições dos Organismos Internacionais e a oferta de Políticas Sociais no período em questão. Esse percurso de estudo oportunizou compreender as proposições para as políticas de Saúde e de Educação básicas, as quais pode-se dizer, foram fundamentais para subsidiar a elaboração do PSE.

O segundo capítulo contempla duas seções. Na primeira seção, buscou-se identificar as bases legais, os componentes e as linhas de ação que compõem o PSE. Na segunda seção foi realizada a análise dos Cadernos do PSE objetivando-se desvelar as intenções subjacentes a Intersetorialidade Saúde e Educação.

O procedimento metodológico para estudar o conteúdo dos Cadernos visou “[...] obter observações mais finas, voltadas à construção de categorias gramaticais ou ideológicas” (CARDOSO; ALARCÃO; CELORICO, 2010, p, 35 *apud* MORI, 2012, p. 39), buscando responder ao problema de pesquisa. Nesse caso, a análise documental

[...] antecede a de conteúdo e incide sobre o próprio documento, o qual pode ser contemporâneo ou retrospectivo, oriundo de fontes escritas primárias (documentos) ou secundárias (livros, revistas, teses, jornais) [...] (CARDOSO; ALARCÃO; CELORICO, 2010, p 35 *apud* MORI, 2012, p. 39).

Faz-se, portanto, uma análise exaustiva dos documentos em mãos e busca-se explicar o que está subjacente ao conceito de Intersetorialidade Educação e Saúde no que tange aos Cadernos do PSE.

[...] há uma teia conceitual nas fontes e ao selecioná-las é necessário explicitar os critérios pelos quais foram estas as escolhidas em detrimento de outras. [...] Há nelas mais do que o dito textualmente. O que a fonte silencia pode ser mais importante do que o que proclama razão pela qual nosso esforço deve ser o de apreender o que está dito e o que não está. Ler nas entrelinhas parece recomendação supérflua, entretanto deve-se perguntar-lhe o que oculta e por que oculta: fazer sangrar a fonte (EVANGELISTA, s/d, p. 10).

Nas considerações finais, foram retomadas as categorias de estudo que sustentam o conceito de Intersetorialidade Saúde e Educação.

## 1 A EDUCAÇÃO E A SAÚDE BÁSICAS NO CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL E A RELAÇÃO COM A SAÚDE DO ESCOLAR

A preocupação com a saúde do escolar não é algo recente na história mundial, sua presença nas instituições de ensino ou de saúde, no que concerne às políticas de educação e saúde em cada período histórico, ocorre há várias décadas. Este capítulo tem como objetivo, portanto, compreender a emergência do PSE, a partir da relação Estado e Política Social, considerando a ligação entre Educação e Saúde no contexto nacional e internacional e as proposições das Doutrinas Médicas e suas influências na Saúde do Escolar.

No processo histórico, as proposições para a saúde do escolar sofreram algumas influências. Em se tratando das correntes próprias da área da saúde e das ciências médicas, sofreu, a partir do século XVIII, a influência de três Doutrinas Médicas – a Polícia Médica, o Sanitarismo e a Puericultura<sup>4</sup>. Também no período Pós-Segunda Guerra Mundial, foi influenciado no âmbito das proposições dos Organismos Internacionais de financiamento e de cooperação técnica, com o reforço do discurso da necessidade de oferta de Políticas Sociais, sobretudo no que tange à Saúde e Educação Básicas como medidas sociais para a continuidade, manutenção e desenvolvimento do capitalismo.

Anteriormente à Revolução Industrial a “[...] pobreza e a miséria eram cultivadas e utilizadas como forma de manter as desigualdades existentes e o *status quo* das camadas dominantes” (LOBATO, 2012, p. 9), sendo assim, tanto uma quanto a outra eram relacionadas a questões de “[...] ordem natural, individual e moral, suas causas eram associadas à preguiça e à incapacidade como características inatas aos não integrados”. No século XIV, as ações voltadas à pobreza restringiam-se à ajuda a indigentes e à repressão àqueles indivíduos que não possuíam trabalho, considerados vagabundos, o que naquela “[...] época já se constituíam enquanto uma ameaça à ordem instituída, à ‘harmonia da sociedade’” (LOBATO, 2012, p. 10).

No transcorrer dos séculos XIV e XVII “[...] já havia alguma forma de proteção social de origem governamental”, sendo que neste período competia ao Estado a responsabilidade pelo “controle da vida dos cidadãos” dentro de seu território. Esse

---

<sup>4</sup> Como referência de leitura sobre as Doutrinas Médicas pode-se consultar, dentre outras: AROUCA, S. O **dilema preventivista**: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

fato garantia ao Estado “[...] legitimidade, ainda que sob o monopólio da violência”, sendo assim, para manter o padrão de proteção da sociedade em relação às demandas geradas pela pobreza como a “[...] indigência, doenças, degradação moral, classes perigosas, o Estado poderia prender e até matar” (LOBATO, 2012, p. 10).

Na medida em que se transita para o capitalismo industrial, se expande a atividade comercial e as cidades se tornam o centro da prosperidade, a pobreza começa a ganhar maior visibilidade e a incomodar. Frente ao reconhecimento de tamanho risco, vão se institucionalizando nos países europeus (mesmo que em formatos diferenciados) políticas de enfrentamento da pobreza [...]. As formas de ‘proteção’ assistencial, nesse caso, variavam da mera distribuição de alimentos, passando pelo complemento de salários até o recolhimento em asilos e reclusão nas workhouses – que eram medidas de tratamento da mendicância e manutenção da ordem, que combinavam confinamento, trabalho forçado e a prática cristã das orações para ‘corrigir’ os mendigos [...] (LOBATO, 2012, p. 10-11).

No século XVIII, as crianças não eram figuras significativas na sociedade, e as altas taxas de mortalidade infantil eram alvo de pouca relevância. Nesse período da história, também era comum crianças serem abandonadas em orfanatos ou criadas por amas de leite (FERRIANI, 1991).

Outra prática da época era a troca de filhos em processo de educação entre as famílias. Neste sentido, encaminhavam-se as crianças à casa de vizinhos, e lá passavam a “[...] servirem como criados ou aprendizes” (FERRIANI, 1991, p. 32). Já aqueles meninos ou meninas que “[...] não fossem à escola, eram colocados nas casas de outras pessoas, desempenhando o serviço doméstico pesado, permanecendo nesta situação por um período de sete ou nove anos, até a idade de 14 a 18 anos” (FERRIANI, 1991, p. 32).

Em relação às instituições escolares, neste período,

Registra-se terem sido as primeiras escolas medievais as dos mosteiros. As escolas monásticas eram de duas categorias: uma destinada à instituição dos futuros monges, “escolas para oblatas”, em que se ministrava a instrução religiosa, necessária para a época; a outra era destinada a “instrução” da plebe, verdadeiras “escolas monásticas”. Essas escolas eram as únicas que podiam ser frequentadas pela massa, tendo como objetivo básico familiarizar as massas camponesas com as doutrinas cristãs e ao mesmo tempo mantê-las dóceis e conformadas, não se preocupando em ensinar a ler nem a escrever (FERRIANI, 1991, p. 32).

Com os processos de industrialização e urbanização ocorridos nos séculos XIX e XX foram intensificadas as desigualdades sociais e econômicas, prevalecendo um processo no qual “[...] por um lado a produção capitalista se desenvolvia rapidamente, por outro, os trabalhadores empobreciam na mesma proporção” (LOBATO, 2012, p. 09).

Com a Revolução Industrial, “[...] as mudanças processadas durante o desenvolvimento industrial no século XIX e na primeira metade do século XX, sem dúvida, repercutiram na educação” (FERRIANI, 1991, p. 40). Outro setor que passou a ter visibilidade, como advento do capitalismo mercantil, foi o da saúde, embora “[...] o objetivo principal das atividades da área médica e de enfermagem passa a ter significado diferente. O que importa é a conservação dos corpos necessários no modo de produção capitalista” (FERRIANI, 1991, p. 43).

Avançando-se para o período final do século XIX, esta situação tornava-se mais grave e evidente, pois “[...] não havia trabalho para todos e as condições do trabalho<sup>5</sup> existente eram cada vez mais precárias”. É nesta conjuntura que surge a “expressão questão social” (LOBATO, 2012, p. 12).

Neste período, a usualidade da “expressão questão social” passou a ser utilizada para indicar

[...] a pobreza absoluta vivenciada pelos operários no auge da industrialização, o que evidencia a socialização do trabalho e da produção em detrimento da socialização dos seus resultados. Tal pobreza passa a se constituir como um problema não mais de ordem individual, mas de caráter coletivo. Sua publicização se deve em grande parte à organização e reivindicação da classe operária, exigindo a intervenção do Estado contra a total e devastadora liberdade de mercado, que aviltava as condições de vida dos trabalhadores da época (LOBATO, 2012, p. 12).

Questões como a mortalidade infantil, a preocupação com as epidemias de doenças transmissíveis e a fragilidade infantil tornam-se uma inquietação da sociedade da época em virtude da necessidade de manutenção da força de trabalho

---

<sup>5</sup> “[...] a industrialização permite que se consolide o capitalismo, o assalariamento da mão de obra e a ideologia liberal [...] A liberdade individual era requerida para que os homens pudessem ‘optar’ em vender sua força de trabalho como quisessem (mesmo em condições de exploração) [...]. Na Inglaterra da revolução industrial crianças de 2 e 3 anos eram usadas para o trabalho de limpeza de chaminés, e famílias inteiras trabalhavam, por vezes, mais de 12 horas diárias e sem descanso semanal, em troca de uma quantia miserável” (LOBATO, 2012, p. 09).

para o capitalismo. Por essa razão, muda-se também o olhar para a atuação dos hospitais, passando de locais de aglomerado de doentes para locais onde a prática da medicina passa a ter destaque (FERRIANI, 1991).

Escritores da época publicavam suas obras voltadas ao desenvolvimento das ações em saúde. Destaca-se, aqui, a publicação “System Einer Vollstandigen Medicinischen de Johan Peter Frank” (FERRIANI, 1991, p. 44), obra que se estendeu de 1779 a 1821, e tinha como preocupação

[...] a higiene pública e individual, estendendo-se sobre demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, vestuário, problemas sanitários de habitação, esgotos, suprimentos de água, prevenção de acidentes, medicina militar, doenças epidêmicas, transmissíveis, venéreas e medicina escolar. Dispunha detalhadamente sobre o atendimento ao escolar e a supervisão das instituições educacionais, particularizando, desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde programas de atletismo até iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula (ROSEN, 1983, *apud* FERRIANI, 1991, p. 45).

A obra de Frank resultou em “[...] um código, elaborado por Franz Anton Mai, com bastante ênfase nos problema da educação, propondo um oficial de saúde para atuar nos colégios, instruído alunos e professores a respeito da manutenção e Promoção da Saúde” (ROSEN, 1983, *apud* FERRIANI, 1991, p. 45). Por esse motivo o século XVIII é considerado por muitos autores o “marco da saúde do escolar” e, por sua obra, Frank é considerado o “pai da saúde do escolar” (FERRIANI, 1991, p. 45).

Nesse processo de constituição e desenvolvimento do capitalismo e concomitantemente ao embate entre as classes sociais na base deste sistema, “[...] inicia-se um grande questionamento em torno da necessidade da intervenção do Estado na vida econômica e social e um grande movimento em sua defesa” (LOBATO, 2012, p. 13). Nesse panorama, passa a tomar corpo uma nova demanda do Estado, as Políticas e Serviços Sociais que, como já mencionado,

[...] desde as suas origens em algum grau estiveram vinculadas à acumulação capitalista. A começar com o processo de urbanização que ocorreu a partir da 1ª Revolução Industrial, na Inglaterra, onde emergiram problemas de ordem sanitária, educacional, habitacional e de segurança, que obrigaram o governo civil central inglês a mudar sua postura não intervencionista, fundamentada no liberalismo clássico, fazendo com que o Estado passasse a desempenhar

determinadas funções, mediando às relações sociais de produção. A intervenção estatal, naquele momento histórico, ocorreu tanto por meio da formulação de medidas legais para regulamentar a economia, como na prestação de serviços públicos, julgados imprescindíveis à este novo modo urbano-industrial de viver e produzir. Entretanto, *há que se dizer que as políticas e os serviços sociais surgidos naquele período, ou em qualquer outro da história do capitalismo, não resultaram de princípios humanistas deste sistema, mas sempre foram produto de amplos movimentos reivindicatórios* (RIZZOTTO, 2000, p. 32, grifos nosso).

Em virtude de tal situação, dentre os mais variados problemas de ordem social, aqueles referentes à saúde e à educação básicas emergiam das condições de trabalho e/ou para o trabalho e das reivindicações trabalhistas:

A dinâmica desta nova ordem societária que emergia e a necessidade de homens, mulheres e crianças que soubessem ler, escrever e tivessem corpos saudáveis para o trabalho industrial, associada às reivindicações dos trabalhadores, foram decisivos para que os adeptos da teoria liberal e defensores do livre mercado assumissem que o sistema de auto-regulação, nele contido, não satisfazia às necessidades mais elementares das pessoas, colocando assim um novo papel para os governos dos Estados capitalistas (RIZZOTTO, 2000, p. 32).

Nesse período da história, voltou-se o olhar para a saúde, e as proposições do movimento da Polícia Médica incumbiam ao Estado o papel de “[...] zelar pela saúde da população, os médicos são responsáveis não apenas pelo tratamento dos doentes, mas também pelo controle e manutenção da saúde da população, este controle atingiu todos os aspectos da vida dos indivíduos” (NOVAES, 1979, *apud* FERRIANI, 1991, p. 45).

O objetivo da adoção do modelo da Polícia Médica para as ações em saúde e de serviços escolares visava à efetivação e garantia de mão de obra ao capitalismo, sob os olhos do Estado. Vale ressaltar que “a França foi o primeiro país a decretar a inspeção médica nas escolas” (FERRIANI, 1991, p. 46), onde

Um oficial de saúde do distrito é encarregado de visitar nas quatro estações do ano todas as escolas. Ele examina e aconselha os exercícios de ginástica mais razoáveis. Ele examina as crianças e indica em geral e em particular as regras mais próprias para lhes fortalecer a saúde (BASILE, 1920, *apud* FERRIANI, 1991, p. 46).

Neste modelo, o Estado “[...] ordena o que deve fazer para permanecer sadio e proíbe o que é danoso. A saúde é cuidada ou imposta por meio da polícia” (DONNANGELO, 1975, *apud* FERRIANI, 1991, p. 46).

Neste sentido, em virtude das demandas sociais neste cenário, o Estado nacional emergiu como único com o poder de “[...] gerir relações entre o conjunto da produção e o conjunto da força de trabalho, pois ele representa a organização geral da sociedade e o poder de se impor a ela pela força ao mesmo tempo que é reconhecido e legitimado pela sociedade” (FALEIROS, 1986, p. 36).

A industrialização, forma característica de desenvolvimento das forças produtivas sob o domínio do capital, constitui o estágio final de consolidação das relações capitalistas de produção. Assim concebido, o processo de industrialização não apenas acelera mas emerge como núcleo do conjunto de mudanças sociais, políticas e culturais que caracterizam a constituição plena de uma ordem econômico-social capitalista historicamente dada. O seu significado não é o de um mero avanço técnico, mas o de um avanço das próprias relações capitalistas que implica uma rearticulação global da ordem econômico-social de base não industrial [...] (XAVIER, 1990, p. 25).

As consequências do avanço do processo de industrialização se intensificaram de modo a se tornarem evidentes na sociedade, repercutindo de forma negativa na vida e saúde da população. Por esse motivo, “[...] as Doutrinas Médicas [apontaram] condições de vida como causa de enfermidade e [propuseram] a medicina como reforma social. Tais doutrinas ficaram conhecidas como higiene social e medicina social” (FERRIANI, 1991, p. 47). Com esse movimento, “[...] a medicina deveria interferir na política, para minorar a desigualdade social e acabar com as causas sociais da doença” (FERRIANI, 1991, p. 48).

Houve a vinculação entre o ambiente e a condição de saúde, e determinadas as causas sociais das enfermidades. Neste cenário, a medicina baseava-se e desenvolvia-se pautada no “sanitarismo e assistência ao pobre”, no qual a “sociedade passa a ser medicalizada, vinculada a uma interferência do Estado na vida das pessoas” (FERRIANI, 1991, p. 49).

As demandas do processo de industrialização, aliadas ao surgimento da epidemiologia e às “descobertas em bacteriologia”, a chamada “revolução pasteuriana”, levaram o Estado a realizar, por volta do fim do século XIX, a “[...] extensão dos serviços de escolarização primária e dos serviços de saúde”

(FERRIANI, 1991, p. 49). Com o advento destas questões houve uma mudança no olhar sobre as causas da doença e também na responsabilização pelas condições de saúde.

*A partir daí, adoecer deixava de ser um problema social e passava a ser uma questão de conhecimento, de boa prática de vida, higiene individual. Portanto quando alguém ficava doente, essa responsabilidade passava a ser do indivíduo. As altas taxas de mortalidade, sempre mais elevadas no meio operário, passavam a ser visualizadas como responsabilidade das famílias operárias [...] começa neste período, na classe dominante, a preocupação de educar, esclarecer, civilizar a população de baixo poder aquisitivo para tê-la sob controle (FERRIANI, 1991, p. 49, grifos nossos).*

O movimento da puericultura despontou na França no fim do século XIX. Ancorado nas descobertas de Pasteur sobre bacteriologia, este movimento “criou uma teoria baseada num saber científico positivista”, no qual “os textos dirigidos às crianças, passaram de um tom coloquial e amigável a um tom doutoral e imperativo” (FERRIANI, 1991, p. 49).

A puericultura, a partir de 1884 na França, passa a ser ensinada nas escolas para meninas e jovens, objetivando atingir principalmente as mulheres do povo, pois estas necessitavam ser educadas e civilizadas. Além das escolas a puericultura tem seu ensino divulgado em instituições filantrópicas e naturalmente nos serviços médicos (FERRIANI, 1991, p. 50).

Os três movimentos: Polícia Médica, Sanitarismo e Puericultura contribuíram para a formação e concretização de práticas no campo da saúde do escolar nos países europeus, e “[...] é nesses projetos de reforma e controle social, principalmente na Alemanha, que vai emergir a saúde escolar, na forma primeira de inspeção dos ambientes escolares” (FERRIANI, 1991, p. 52).

Em relação às escolas brasileiras, em 1889, foi criada a “inspeção higiênica”, que “[...] deveria ser realizada por uma comissão permanente, sob as vistas do inspetor geral de higiene” (FERRIANI, 1991, p. 76). Por volta de 1890, a influência médica na saúde infantil levou à “introdução da Inspeção Médica Escolar em São Paulo”, em substituição ao modelo até então utilizado. Deste período também se tem registro da criação da “pediatria brasileira” com vários membros “militantes no campo da puericultura”. No entanto, esse serviço de inspeção sanitária nas instituições de

ensino limitava-se ao acompanhamento da “limpeza dos prédios, do funcionamento e da existência de casos de moléstias contagiosas” (FERRIANI, 1991, p. 79).

Portanto, por meio da denominação “higiene escolar”, introduziu-se no Brasil a Saúde Escolar, calcada, sobretudo, no modelo alemão de “Polícia Médica”. A proposição deste modelo de serviço visava “[...] organizar órgãos públicos, quer eles de educação ou de saúde, através de ações de higiene escolar, fundamentados em princípios higienistas e no pressuposto eugênico (relacionado à preservação e melhoria da raça)” (FERRIANI; GOMES, 1997, p. 7).

Dois documentos deste período, dos anos de 1884 e 1903, apresentavam preocupações voltadas à saúde escolar. São eles:

Código Sanitário de São Paulo – Decreto nº 233, de 02 de março de 1884, trata da questão dos edifícios escolares – a construção, a orientação das salas quanto às dimensões, arejamento, iluminação, mobília, horas de trabalho escolar, ginástica, profilaxia das moléstias transmissíveis.

Decreto nº 1343, de 27 de janeiro de 1903, atribuía aos inspetores à fiscalização da higiene escolar (FERRIANI, 1991, p. 79).

Para Ferriani e Gomes (1997, p. 8) “[...] por trás da assistência prestada pela higiene escolar, havia uma proposta mobilizadora, controladora e de domesticação das classes populares de acordo com os interesses do sistema produtivo”.

No período compreendido entre 1889 e 1920, houve a “[...] construção de muitas escolas primárias e secundárias, além da fundação de algumas escolas superiores”, mas “o ensino não consegue se democratizar neste período” e a atenção à saúde permanece “voltada ao sanitarismo”. Nas escolas permaneciam as ações de “[...] controle do ambiente (saneamento) e da exclusão das crianças acometidas por doenças contagiosas” (FERRIANI; GOMES, 1997, p. 10 -11).

Sendo assim, é possível perceber que o Estado, de acordo com as proposições no campo da medicina, buscava desenvolver algumas ações voltadas à Saúde do Escolar, porém, de modo geral, essas ações tinham por objetivo a importância de manter ambientes e indivíduos saudáveis de modo a favorecer a produção capitalista.

Para tal, dentro dessa ordem, o Estado realiza tanto mediações que favorecem a “economia de mercado em seu conjunto” quando contribui, entre outros, com a “gestão de mão de obra, para criação e melhoramento dos recursos

humanos, para a produtividade das empresas e para o estímulo a demanda” (FALEIROS, 1980, p. 42), bem como na oferta de Políticas Sociais, que podem ser “visualizadas pelos distintos domínios públicos de política social: saúde, educação, habitação, serviços sociais, informação, defesa do consumidor” (FALEIROS, 1980, p. 57).

Sendo assim, o Estado passa a exercer o seu papel de mediador dos conflitos gerados pelo processo capital/trabalho, e nesse sentido passa a ser “[...] um campo de batalha, onde se defrontam e se conciliam certos interesses das diferentes frações da burguesia e de grupos no poder com certos interesses das classes dominadas” (FALEIROS, 1980, p. 46). Dessa maneira, quando o Estado trata de “prioridades sociais, de prioridades humanas, aparece como defensor das camadas pobres, e ao mesmo tempo em que oculta e escamoteia a vinculação dessas medidas a estrutura econômica e a acumulação de capital” (FALEIROS, 1980, p. 57).

A intenção do Estado em intervir e investir, por meio das Políticas Sociais, no desenvolvimento de programas, serviços e benefícios, visa atender focalmente aqueles grupos populacionais que se encontrem em situação de vulnerabilidade social<sup>6</sup>.

As intervenções do Estado, em política social, são definidas também por seus objetivos imediatos, como curativas e preventivas, ou primárias, secundárias e terciárias, terapêuticas e promocionais. [...] Em todos os domínios as medidas sociais podem ser assim classificadas, tendo em conta o critério de sua extensão e profundidade. Mas é principalmente em função de certas categorias de população que as políticas sociais são apresentadas: os grupos alvo, classificados ora por idade (crianças, jovens, velhos), ora por critérios de normalidade/anormalidade (doentes, excepcionais,

---

<sup>6</sup> Em relação à Vulnerabilidade social, pode se destacar que “é um conceito multidimensional que se refere à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade, que os tornam expostos a riscos e a níveis significativos de desagregação social. Relaciona-se ao resultado de qualquer processo acentuado de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de indivíduos ou grupos, provocado por fatores, tais como pobreza, crises econômicas, nível educacional deficiente, localização geográfica precária e baixos níveis de capital social, humano, ou cultural [...] dentre outros, que gera fragilidade dos atores no meio social. Vulnerabilidade social refere-se ao impacto resultante da configuração de estruturas e instituições econômico-sociais sobre comunidades, famílias e pessoas em distintas dimensões da vida social. Crises econômicas, debilidade dos sistemas de seguridade e de proteção social e fenômenos de precariedade e instabilidade laboral intensificam a dificuldade enfrentada por indivíduos e grupos em sua inserção nas estruturas sociais e econômicas, gerando uma zona instável entre integração e exclusão. Vulnerabilidade social traduz-se na dificuldade no acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade, resultando em debilidades ou desvantagens para o desempenho e mobilidade social” (XIMENES, 2010, p. 1).

inválidos, psicóticos, mães solteiras, desadaptados sociais, delinquentes, etc.). Esse tipo de classificação das populações-alvo das políticas sociais, ao mesmo tempo em que as divide, fragmenta, tem por objetivo controlá-las e realizar uma etiquetagem que as isola e caracteriza como tal (FALEIROS, 1980, p. 57).

Partindo dessa premissa, as Políticas Sociais passam a fazer referência a aquelas ações que definem “[...] o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico” (HÖFLING, 2001, p. 31).

No entanto, o intuito da oferta das Políticas Sociais visa, além de garantir a ordem social, também assegurar, para a maioria da população, o acesso aos serviços que, conseqüentemente, garantam a formação e a manutenção da força de trabalho necessária à sustentação e desenvolvimento do capitalismo. Assim, é preciso compreender as Políticas Sociais “como resultado das contradições e dos conflitos produzidos em um determinado contexto histórico, em que se articulam o econômico, o político e o social” (FIGUEIREDO, 2005, p. 8).

Nesse sentido, durante os anos de 1920, no Brasil, “dois grandes movimentos na educação imprimem mudanças sociais: a escola nova e a reforma da escola normal” (FERRIANI; GOMES, 1997, p. 11).

[...] a proposta de uma nova escola consistia na transformação do campo escolar; do papel do educador; dos métodos e técnicas de ensinar e aprender [...] reformas do ensino primário ocorreram concomitantemente à reforma da escola nova. Neste período, a escola aparece como uma microssociedade, dentro da qual não há diferenças de classes, e como instrumento de preparação de um novo tipo de trabalhador, educado para a vida social, pelo desenvolvimento do espírito de solidariedade e de integração, necessário ao industrialismo (NAGLE, 1976, *apud* FERRIANI; GOMES, 1997, p. 11).

Em São Paulo, o currículo da Escola Caetano Campos sofreu uma reforma, no qual houve a “inclusão da higiene e da puericultura”, para tal, a Escola preconizava em seu discurso “[...] a ideia de se incorporar Educação e Saúde ao regimento escolar, mediante procedimentos práticos de higiene corporal, ensinando as crianças a escovar os dentes, tomar banho, alimentação e valorização do exercício, entre outros aspectos” (FERRIANI; GOMES, 1997, p. 11).

Com esse fato,

[...] escola nova e educação higiênica mantinham-se irmanadas desde o início da década. A saúde na escola tem, assim, o papel da higienização, atuando no sentido de contribuir para a diminuição do fracasso escolar, segundo as diretrizes da escola nova (FERRIANI; GOMES, 1997, p. 12).

A partir da Constituição de 1946, ocorreram diversas “reformas” no campo da educação como “obrigatoriedade do ensino primário”, “educação para todos de forma gradativa”, oferta de “cursos profissionalizantes” visando à oferta de força produtiva ao capitalismo (FERRIANI; GOMES, 1997, p. 12).

Na saúde também houve mudanças importantes, com grande enfoque para as reformas no setor de saúde pública, sendo que Ferriani e Gomes (1997, p. 13) citam Mascarenhas (1949) para exemplificar a situação em que se encontrava a saúde do escolar na época:

Esse período é caracterizado como a substituição da Política Sanitária pela Educação Sanitária. Na década de 20 percebeu-se certa duplicidade de serviços de saúde escolar: um deles, a Inspetoria Médica Escolar (que não foi extinta), subordinada a educação, e o outro, a proposta da Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde, subordinados a saúde (MASCARENHAS, 1949, *apud* FERRIANI; GOMES, 1997, p. 13).

Nem sempre a responsabilização pelas ações em saúde do escolar ao longo das décadas foi uma responsabilidade compartilhada entre os setores de saúde e de educação. “[...] Em 1938 delinea-se uma passagem para o Setor de Educação. Organiza-se o serviço, tornando-o mais abrangente frente às propostas sanitárias após várias mudanças nesse setor. Coube, portanto, ao Setor Educação a assistência ao escolar” (FERRIANI; GOMES, 1997, p. 13).

No campo da saúde, “[...] entre 1930 e 1960, enfatiza-se o atendimento médico individualizado, predominando sobre as práticas sanitárias” (VERDERESE, 1980, *apud* FERRIANI; GOMES 1997, p. 13), portanto, houve um esquecimento em relação aos cuidados em saúde do escolar (FERRIANI; GOMES, 1997). Nos anos iniciais da década de 1950, o serviço de enfermagem passou a despontar em duas linhas: “[...] de um lado a prática médica exigindo pessoal habilitado para a área hospitalar; de outro lado à saúde pública recruta novamente a enfermeira para

assumir os programas de saúde na comunidade [...]” (MASCARENHAS, 1968, *apud* FERRIANI; GOMES, 1997, p. 14).

Passamos aqui a destacar outro fato deste período que também passou a influenciar o Estado no que tange à oferta de Políticas Sociais. Trata-se do período Pós-Segunda Guerra Mundial, em 1945, durante o qual houve um intenso desenvolvimento e aplicação de conhecimento científico e das tecnologias, baseado na crescente certeza de que, “[...] mediante o uso cada vez mais intensivo de ciência e tecnologia, a humanidade estava se habilitando a finalmente dominar a natureza, a produzir riquezas em níveis sempre crescentes e a distribuí-las, de forma a eliminar iniquidades [...]” (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010, p. 153).

Os Organismos Internacionais de financiamento e de Cooperação Técnica tiveram auge de surgimento ou fortalecimento no imediato Pós-Segunda Guerra Mundial. Deste período pode-se destacar que a “[...] principal e mais conhecida dessas organizações” a Organização das Nações Unidas (ONU), a qual compõe um conjunto de “Organismos associados que conformavam o chamado Sistema das Nações Unidas”. Também através da ONU foi “[...] criado um conjunto de Agências Especializadas” (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010, p. 153) em diversas áreas, a saber:

[...] a educação, ciência e cultura (Unesco); a agricultura e alimentação (FAO); o trabalho (OIT); e o comércio (OMC), entre muitas outras. Para as áreas da saúde foi criada, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS). Na região das Américas este movimento resultou no fortalecimento da Repartição Sanitária Pan-Americana, em 1958, rebatizada como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) [...] (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010, p. 156).

Os principais objetivos das Agências Especializadas pautavam-se em “preservar a paz” e “promover e realizar a colaboração entre os países” (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010, p. 156), haja vista que

As crises econômicas e político-sociais que antecederam à eclosão do conflito militar de 1939-1945, e que são mencionadas entre as suas principais causas, precisavam ser evitadas a todo custo no futuro. Para tanto, os Estados nacionais e seus governos deveriam mobilizar-se para promover o crescimento de suas economias e, ao mesmo tempo, intervir na dinâmica das sociedades de modo a, simultaneamente, realizar as mudanças consideradas necessárias e prevenir a emergência de desequilíbrios e conflitos que pudessem

ameaçar a estabilidade dos sistemas sociais [...] (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010, p. 156).

Para os países “[...] capitalistas centrais, esta nova atenção com as questões econômicas e, sobretudo, sociais era resultado da crescente preocupação com um possível – para alguns iminente – avanço dos movimentos operários e dos partidos socialistas [...]” (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010, p. 156).

Mediante esse fato, ficou perceptível a esses países que a atuação do Estado na coletividade só seria possível com conhecimento da sociedade e mediante elaboração de

[...] melhores métodos e técnicas para fazê-lo. Nesse cenário, as ciências sociais assumiram importância crescente, em especial as suas formas aplicadas. Nos países centrais, as tecnologias sociais, nas mais diversas formas, foram partes decisivas da implementação dos chamados Estados de bem-estar social, nos quais as políticas sociais nas áreas de trabalho, educação, previdência e saúde constituíam-se como respostas às demandas dos movimentos sociais. Nos demais países inaugurava-se a era do desenvolvimento, sob o signo do planejamento em larga escala. Ciência e técnica foram acionadas para moldar o mundo não euro-americano à feição de um Ocidente moderno que avançava em seu movimento de mundialização. Neste movimento as organizações internacionais teriam um papel fundamental, sobretudo pela generalização das práticas de assistência técnica, transferência de tecnologias e cooperação (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010, p. 156).

Desde o ano de 1952, com a realização da Conferência Internacional do Trabalho, em Genebra, o padrão de Política Social estabelecido no Brasil é desenvolvido por meio de programas que visam à proteção e à promoção social:

As políticas de Proteção Social (seguridade social) foram desenhadas nos moldes recomendados pela Convenção nº 102 da OIT e contemplam os direitos à saúde, previdência, assistência social, e seguro desemprego. As políticas de Promoção Social, que buscam a igualdade de oportunidade e de resultados, atendem aos direitos à educação, ao trabalho e renda, à moradia com infraestrutura social, como habitação e saneamento básico, ao desenvolvimento agrário (BRASIL, 2012b, p. 4).

A oferta de Políticas Sociais está fortemente articulada, por um lado, a demandas sociais geradas pelo processo capital/trabalho e, por outro, à sobrevivência e expansão de um modelo econômico capitalista, apoiado no discurso

dos Organismos Internacionais de “interação global entre os países” e defesa da “globalização da economia mundial” (RIZOTTO, 2000, p. 78).

Torna-se possível destacar, nesse processo, os “órgãos multilaterais de financiamento”, como as “agências do Banco Mundial (BID e BIRD)”, além dos “órgãos voltados para a cooperação técnica (a exemplo Unicef e Unesco)”, ligados a Organização das Nações Unidas (ONU) e à OMS (CURY, 2002, p. 178).

Mediante o descrito, é possível evidenciar que, desde suas origens, as interferências destes Organismos Internacionais em países de economia periférica como o Brasil indicam que “os caminhos da globalização implicaram a reforma do Estado” (CURY, 2002, p. 178).

Os Organismos Internacionais concebem o Estado, a exemplo do Banco Mundial, como “[...] um agente estratégico e fundamental para o processo social e econômico nacional e internacional” e consideram que a “[...] dinamização de estratégias políticas e econômicas manejadas centralmente pelo Estado é um requisito essencial e considerado como princípio que deve nortear o bom funcionamento da economia” (DEITOS, 2011, p. 122).

Neste cenário, é importante considerar que

O Estado e o governo situam-se no cenário internacional porque o processo de desenvolvimento capitalista é marcado pelas relações entre países dominantes e dominados, de onde surgem formas específicas de acumulação, condicionadas pela relação de forças mundiais que variam em cada conjuntura histórica (FALEIROS, 1986, p. 60).

Dessa maneira, torna-se perceptível, em relação às Políticas Sociais, que as “contingências que a cercam são múltiplas e os fatores que a determinam têm sido objeto de leis, políticas e programas nacionais, alguns dos quais em convênio com órgãos internacionais” (CURY, 2002, p. 169).

Sendo assim, é de se esperar que o delineamento e a oferta de Políticas Sociais sejam influenciados por segmentos internacionais, haja vista que “[...] os Organismos privados e estatais estão muito entrosados na administração ou gestão cotidiana dos programas sociais” (FALEIROS, 1986, p. 10). Essa articulação vem de longa data, ainda que o objetivo inicial não estivesse diretamente relacionado com repasses de investimento voltados para o desenvolvimento de Políticas Sociais.

Assim sendo,

Nos 55 anos de existência do Banco Mundial, em determinados momentos históricos, as suas estratégias de ação foram redirecionadas em função de conjunturas econômicas, políticas e/ou sociais. O objetivo inicial desta instituição era de contribuir para a reconstrução física e econômica dos países europeus, no imediato pós-guerra. Após cumprir parcialmente com esta função, dedicou-se, a partir da década de 50, ao crescimento econômico dos países “subdesenvolvidos” ou “em desenvolvimento”, financiando inicialmente projetos de infra-estrutura e, mais tarde, também em áreas produtivas [...] (RIZZOTTO, 2000, p. 47).

A preocupação com o crescimento da pobreza fez os Organismos Internacionais de financiamento, a partir da década de 1960, voltarem-se para as questões sociais. Com isso, os repasses de recursos e financiamentos passaram a ser atrelados a investimentos em projetos de Política Social, sobretudo Saúde e Educação Básicas. Dessa forma,

[...] na década de 1970, as áreas de educação e saúde básicas emergem como prioridade para o BIRD e estão circunscritas ao processo de ‘satisfação das necessidades básicas’ como estratégia político-ideológica para administrar a pobreza, vinculadas à necessidade de estabilidade política e social [...] (FIGUEIREDO, 2005, p. 4).

A preocupação, nas últimas décadas, com o desenvolvimento das Políticas Sociais por parte dos Organismos Internacionais, principalmente o Banco Mundial, está “[...] associada à questão do desenvolvimento econômico e da segurança externa” (RIZZOTTO, 2000, p. 47). Essa preocupação emergiu após a constatação, por estes organismos de financiamento, que o crescimento econômico que ocorreu nos países periféricos “[...] desde os anos 50 e nos anos 60, não tinha sido acompanhado de uma melhoria na qualidade de vida das pessoas; ao contrário, houve um aumento da pobreza e das desigualdades sociais em todo o mundo” (RIZZOTTO, 2000, p. 47).

O mesmo fato ficou constatado nas décadas seguintes, quando se concluiu que

[...] o crescimento econômico experimentado por alguns países periféricos nos anos 60 e 70, promovido em grande parte com a ajuda do Banco Mundial, longe de representar uma melhoria no padrão de vida das pessoas, contribuiu para acelerar a concentração de renda, ampliando a diferença entre as classes

sociais, ao mesmo tempo em que aumentou a quantidade de pobres em todo o mundo e acentuou o fosso que divide os países ricos dos pobres (RIZZOTTO, 2000, p. 75).

Esse contexto apresentou-se controverso ao que havia sido divulgado pelo Banco Mundial, haja vista que a ideia inicialmente propagada por este Organismo Internacional de financiamento condicionava a

[...] questão do desenvolvimento social ao crescimento econômico, vinculava-se a crença de que à medida em que se promovesse o crescimento das economias dos países “em desenvolvimento”, estes passariam a desenvolvidos e, conseqüentemente, haveria uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, em função do aumento de empregos e salários, que o referido crescimento proporcionaria [...] (RIZZOTTO, 2000, p. 75, grifos da autora).

Dessa maneira, anteriormente à década de 1970, os empréstimos do Banco Mundial foram “[...] direcionados para o setor de infraestrutura<sup>7</sup> (energia, transportes e comunicações). A partir da década de 1970, com projetos destinados ao setor social, [...] teve início uma outra fase de atuação do Banco Mundial nos países subdesenvolvidos” (FIGUEIREDO, 2008, p. 179).

Nas décadas de 1980 e de 1990, a relação do Estado com os Organismos Internacionais de financiamento (BIRD, BID, Banco Mundial) pautava-se no incentivo ao investimento de recursos em Políticas Sociais tais como a Saúde e Educação Básicas. Essa ação buscava, sobretudo, administrar a pobreza e, ao mesmo tempo, criar “[...] as condições favoráveis mínimas para o implemento das políticas de ajuste econômico” com o intuito de “dar resposta às demandas imediatas, visando à proteção dos grupos vulneráveis” (FIGUEIREDO, 2005, p. V), e a manutenção da “estabilidade política e social [...]” (FIGUEIREDO, 2005, p. 95).

Neste sentido,

[...] houve uma ampliação dos recursos para os setores sociais. Essa prioridade do BIRD estava associada à necessidade de controlar as situações de extrema pobreza durante o processo de ajustamento

---

<sup>7</sup> [...] preocupação com a ‘satisfação das necessidades básicas’ emergiu das recomendações e indicações deste Relatório, passando a associar o financiamento de infra-estrutura ao financiamento da ‘satisfação das necessidades humanas básicas’. Todavia, o setor de infra-estrutura, na concessão dos financiamentos, permaneceu como eixo central para conquistar o crescimento econômico, fator de desenvolvimento (DEITOS, 2001; LICHTENSZTEJN; BAER, 1987; NOGUEIRA, 1999 *apud* FIGUEIREDO, 2008, p. 176).

econômico, enquanto medida para evitar possíveis tensões sociais (FIGUEIREDO, 2008, p. 180).

Os investimentos em Políticas Sociais tiveram continuidade na década de 1990, momento no qual “[...] o Banco Mundial reafirmou a necessidade de administrar a pobreza, ao destacar que seu objetivo continuava sendo a sua redução” (FIGUEIREDO, 2008, p. 181).

A educação e a saúde básicas, no contexto do capitalismo, são políticas que contribuem para a redução de vulnerabilidade social e a manutenção da estabilidade política e social, conforme mencionado. Para a OMS, “[...] em alguns países, a iniquidade de acesso, os custos empobrecedores e a erosão da confiança nos cuidados de saúde resultantes, constituem uma ameaça à estabilidade social” (OMS, 2008, p. XIV).

Já a educação exerce o “[...] propósito de não só fornecer os conhecimentos e o pessoal necessário à maquinaria produtiva em expansão” no capitalismo, mas ainda “gerar e transmitir um quadro de valores que legitima os interesses dominantes” (MÉSZÁROS, 2005, s/p).

Segundo Xavier (1990, p.142), “[...] os mesmos fatores que determinaram os rumos do desenvolvimento econômico condicionaram a renovação da cultura e da educação nacionais”, de modo que à educação é incumbido o papel de ser

[...] um aparelho reprodutor da ordem vigente, e também incorre no vezo de universalizar as necessidades escolares geradas pelo capitalismo, atribuindo a nossa escola funções vitais na massificação da ideologia dominante e na formação da população para o trabalho e/ou para o consumo [...] (XAVIER, 2008, p. 23).

Neste sentido, concomitante às proposições dos Organismos Internacionais de financiamento, vários outros movimentos dos órgãos de cooperação técnica, a exemplo da OMS, da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e da Organização das Nações Unidas (ONU), reforçaram a preocupação com as Políticas Sociais para Saúde e Educação Básicas em âmbito internacional nas últimas décadas.

No setor da saúde,

Durante a década de 60, o amplo debate realizado em várias partes do mundo, realçando a determinação econômica e social da saúde,

abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade (BRASIL, 2002b, p. 7).

Esse movimento direcionou um novo olhar para a abordagem em saúde, que somente foi formalizado com a realização da Conferência de Alma-Ata (1978), no Cazaquistão, na qual foi proposto “[...] um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da Atenção Primária à Saúde” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 46). Essa iniciativa ficou conhecida como “Saúde Para Todos no Ano 2000” (BRASIL, 2002b, p. 7).

A APS passou a constituir “[...] a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 46), onde deveriam ser prestados cuidados primários em saúde, sendo esses

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 02).

Em virtude da Conferência de Alma-Ata e de sua declaração (1978), a partir da década de 1970, a APS<sup>8</sup> ganhou visibilidade mundial, e, “[...] apesar das metas de Alma-Ata jamais terem sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 47).

No Brasil, no ano de 1974, houve a criação do “[...] Programa de Saúde Materno-infantil do Ministério da Saúde, cujo objetivo principal era a redução da

---

<sup>8</sup> Para leitura sobre o tema Atenção Primária em Saúde pode-se consultar dentre outros: MELO, Rutinéia Jacob de. **Atenção primária à saúde e atenção básica à saúde**: os discursos ideológicos do Ministério da Saúde. Dissertação de Mestrado em Política Social/ Universidade Federal do Espírito Santo /Vitória, junho de 2009.

morbidade e da mortalidade do grupo materno-infantil”, porém, apesar de os cuidados com crianças e adolescentes na “[...] faixa etária de 7 a 14 anos [estar] contemplada no discurso, na prática ela não ocorria” (FERRIANI; GOMES, 1997, p. 21).

A APS também passou a ter visibilidade para os Organismos Internacionais de financiamento, os quais passaram a ser seus principais defensores, e o Banco Mundial, seu maior financiador (MELO, 2009). No entanto, todo esse esforço em defesa da APS por parte dos Organismos Internacionais de financiamento era em razão de que estes órgãos

[...] adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (MATTOS, 2000, *apud* MATTA; MOROSINI, 2008, p. 47).

Dessa forma, fica perceptível que a APS passou a representar, para os Organismos Internacionais, uma estratégia de oferta de saúde básica para a população.

Internacionalmente tem-se apresentado ‘Atenção Primária à Saúde’ (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 44).

A realização de trabalhos da OMS em conjunto com o Ministério da Saúde do Canadá, continuando a defender e ampliar a estratégia de Atenção Primária à Saúde, culminou na realização, no Canadá, da “[...] Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa” (BRASIL, 2002b, p. 7).

A Carta de Ottawa (1986) passou a ser aceita e utilizada no campo da Saúde Pública, em virtude de seu conceito de Promoção da Saúde, sendo que no documento a Promoção da Saúde é apresentada como um processo de

[...] capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a Promoção da Saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 1986, p. 01).

A Carta de Ottawa (1986) reforçou as recomendações para o alcance de condições de saúde propostas por meio da Declaração de Alma – Ata para o ano 2000 e anos seguintes, com grande ênfase para a Promoção da Saúde. Para tal, a Carta defendeu que

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de Promoção da Saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis (OMS, 1986, p. 01).

O conceito e as determinações da APS e de Promoção da Saúde se fortaleceram por meio de eventos realizados em várias regiões do mundo, os quais trataram do tema. Nesse sentido, é pertinente elencar que

[...] já foram realizadas sete iniciativas multinacionais, cinco de caráter internacional/global, respectivamente em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e México (1999), e outras duas de caráter sub-regional em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993). Cada uma delas vem desempenhando importante papel na manutenção da motivação e interesse sobre o tema, ao mesmo tempo que promove avanços significativos com a contínua ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas para o real alcance dos objetivos traçados (BRASIL, 2002b, p. 15).

Na década de 1990, “[...] a OMS constatou que a APS não havia alcançado os objetivos propostos em 1978 e que persistiam as iniquidades sociais e de saúde na maioria dos países, especialmente nos países periféricos” (MELO, 2009, p. 93).

A partir dos anos 1990, portanto, “[...] a OMS assimilou as ideias do Banco Mundial, incorporando ao seu discurso o princípio da equidade<sup>9</sup>” (MELO, 2009, p. 49).

Neste sentido, seguindo as proposições dos órgãos de cooperação técnica e dos Organismos Internacionais de financiamento, no Brasil, para a efetivação do SUS<sup>10</sup> (Sistema Único de Saúde) enquanto garantia das conquistas sociais, várias políticas foram sendo desenvolvidas. Em especial, a adoção do modelo assistencial de saúde básico defendido pela OMS, a APS, o qual representa, dentro das proposições, “[...] a porta de entrada e eixo estruturante do Sistema Público de Saúde” brasileiro (ALVES, 2011, p. 10).

Para tal, o Ministério da Saúde criou, em 1991, o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e, posteriormente, com a experiência positiva do PACS, o PSF (Programa Saúde da Família), em 1994, “[...] por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/Unicef” (NEVES, 2005, p. 20). Na sequência, o PSF passou a se chamar Estratégia Saúde da Família - ESF e se tornou uma Política de Estado (ALVES, 2011).

No campo educacional, alguns ajustes foram realizados partindo do acompanhamento das delineações da Unesco e das proposições do Banco Mundial. Conforme afirma Barbosa (2000),

No final da década de 80 e durante os anos 90 vários países promoveram reformas curriculares. O diagnóstico para que isso ocorresse foi praticamente o mesmo em todos os lugares: o currículo já não correspondia às necessidades da realidade que teria emergido com a chamada globalização econômica e cultural. [...] atribuiu-se a educação através de estabelecimento de diretrizes curriculares um

---

<sup>9</sup> Em relação à equidade pode-se destacar que é um termo “de uso relativamente recente no vocabulário da Reforma Sanitária brasileira. Foi incorporado posteriormente à promulgação da Constituição de 1988 que se refere ao direito de todos e dever do Estado em assegurar o “acesso universal e igualitário às ações e serviços” de saúde. Na lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, é “a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” que figura entre os princípios reitores do Sistema Único de Saúde (SUS)” (SCOREL, 2009, p. 01).

<sup>10</sup> Quanto à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ela correu “no Brasil a partir da década de 1990 representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Financiada com recursos fiscais, o SUS fundamentou-se em três princípios básicos: i) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; ii) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e iii) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução” (SCOREL, et al., 2007, p.164).

duplo papel: a responsabilidade pela inserção econômica dos homens na *'nova estrutura produtiva'* e a formação de *'personalidades democráticas'* que aceitem o pluralismo, sejam tolerantes, solidários e solucionem pacificamente os conflitos sociais. O mito liberal da escola redentora ressurge com força em nosso tempo, com a *'missão'* de realizar o *'ajuste social'* (BARBOSA, 2000, p. 56, grifos da autora).

A Conferência Mundial de Educação para Todos, realizada em Jomtien, na Tailândia, em 1990, “[...] definiu um amplo conjunto de desafios que vêm sendo enfrentados de modos diversos pelos sistemas educacionais ao redor do mundo” (BRASIL, 2014a, p. 05). Todas essas ações partiram de proposições do Banco Mundial e visam, aos olhos dos Organismos Internacionais de cooperação técnica, a exemplo da Unesco, “[...] prover os meios para melhorar as condições de vida de crianças, jovens e adultos através da educação” (BRASIL, 2014a, p. 5).

As reformas educacionais desencadeadas nos Estados Unidos e Inglaterra com a publicação dos relatórios *The Paideia Proposal* (ADLER, 1982) e *A Nation at Risk* (1983) forneceram as bases para a avalanche de reformas verificadas em vários países nas últimas décadas (APPLE, 1995). Nessa empreitada, tiveram marcada influência os organismos multilaterais como Banco Mundial (BM), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), entre outros, que por meio de seus documentos não apenas prescreviam as orientações a serem adotadas, mas também produziam o discurso “justificador” das reformas que, preparadas em outros contextos, necessitavam erigir consensos locais para sua implementação. Tais agências produziram a reforma e exportaram também a tecnologia de fazer reformas (SHIROMA; CAMPOS; GARCIA, 2005, p. 430).

No Brasil, as proposições para o campo educacional repercutiram na criação dos Parâmetros Curriculares Nacionais – PCNs. Sua versão final foi apresentada, pelo Ministério da Educação e Desporto, no ano de 1997, para primeira a quarta séries, e, no ano de 1998, para quinta a oitava séries. A justificativa governamental para elaborar os PCNs no país baseou-se no texto Constitucional de 1988 em relação às incumbências do Estado com a educação (BARBOSA, 2000). No Artigo 210 da Constituição Federal (1988) fica expresso que “[...] serão fixados conteúdos mínimos para o ensino fundamental, de maneira a assegurar formação básica comum e respeito aos valores culturais e artísticos, nacionais e regionais” (BRASIL, 1988, p. 1).

Nesse sentido, os Parâmetros Curriculares Nacionais, ao contemplarem os temas transversais buscavam “[...] o compromisso com a construção da cidadania [...] uma prática educacional voltada para a compreensão da realidade social e dos direitos e responsabilidades em relação à vida pessoal, coletiva e ambiental” (BRASIL, 1997b, p. 15). Os temas deveriam ser incorporados às disciplinas que já existiam, e as temáticas trabalhadas precisariam considerar as questões relacionadas à Ética, à Pluralidade Cultural, ao Meio Ambiente, à Saúde e à Orientação Sexual (BRASIL, 1997b).

Os temas transversais eram amplos e representavam as preocupações da sociedade brasileira, sendo que caberia à escola abrir espaço para as discussões sobre eles.

[...] os Temas Transversais correspondem a questões importantes, urgentes e presentes sob várias formas, na vida cotidiana. O desafio que se apresenta para as escolas é o de abrirem-se para este debate. Este documento discute a amplitude do trabalho com problemáticas sociais na escola e apresenta a proposta em sua globalidade, isto é, a explicitação da transversalidade entre temas e áreas curriculares assim como em todo o convívio escolar (BRASIL, 1997b, p. 15).

Pode-se dizer que essas proposições, de certo modo, respondem às ações que, a partir do ano de 2007, são incorporadas ao PSE e passam a ser desenvolvidas intersetorialmente pelos setores de Saúde e de Educação nas escolas da rede pública de ensino do país.

O Plano Decenal de Educação para Todos (1993) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN - Lei nº 9.394/1996, reafirmaram o compromisso dos PCNs, no qual o currículo deveria ser composto de duas bases, uma comum e outra diversificada, de modo atender as características regionais de cada sociedade e/ou localidade (BARBOSA, 2000).

A LDBEN, Lei nº 9.394/1996, estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, e, segundo a mesma, a educação deve desenvolver-se em instituições próprias e, de acordo com o inciso segundo, “[...] a educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social” (BRASIL, 1996, p. 1).

No seu Artigo 3º o ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

- II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber;
- III - pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas;
- IV - respeito à liberdade e apreço à tolerância;
- V - coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;
- VI - gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais;
- VII - valorização do profissional da educação escolar;
- VIII - gestão democrática do ensino público, na forma desta Lei e da legislação dos sistemas de ensino;
- IX - garantia de padrão de qualidade;
- X - valorização da experiência extra escolar;
- XI - vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais.
- XII - consideração com a diversidade étnico-racial (BRASIL, 1996, p. 1).

Segundo o Artigo 21 da LDBEN, “[...] a educação escolar compõe-se de: educação básica, formada pela Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio, e II - Educação Superior”. Conforme o Artigo 22, a educação básica “[...] tem por finalidades desenvolver o educando, assegurar-lhe a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhe meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores” (BRASIL, 1996, p. 1).

Uma década depois, reunidos na Cúpula Mundial de Educação, em Dakar, no Senegal, 164 países renovaram as metas estabelecidas em 1990, avaliando-as e redimensionando-as (BRASIL, 2014a). Durante o evento, os países participantes “[...] assumiram o compromisso de perseguir seis metas de Educação para Todos até 2015” (BRASIL, 2014a, p. 4), sendo elas:

- a) Expandir e melhorar o cuidado e a educação da criança pequena, especialmente para as crianças mais vulneráveis e em maior desvantagem;
- b) Assegurar que todas as crianças, com ênfase especial nas meninas e crianças em circunstâncias difíceis, tenham acesso à educação primária, obrigatória, gratuita e de boa qualidade até o ano 2015;
- c) Assegurar que as necessidades de aprendizagem de todos os jovens e adultos sejam atendidas pelo acesso equitativo à aprendizagem apropriada, a habilidades para a vida e a programas de formação para a cidadania;
- d) Alcançar uma melhoria de 50% nos níveis de alfabetização de adultos até 2015;
- e) Eliminar disparidades de gênero na educação primária e secundária até 2005 e alcançar a igualdade de gênero na educação até 2015, com enfoque na garantia ao acesso e o desempenho pleno e equitativo de meninas na educação básica de boa qualidade; e,
- f) Melhorar todos os aspectos da qualidade da educação e assegurar excelência para todos, de forma a garantir a todos resultados

reconhecidos e mensuráveis, especialmente na alfabetização, matemática e habilidades essenciais à vida (BRASIL, 2014a, p. 05).

Barbosa (2000) enfatiza que o “Relatório da comissão mundial de cultura e desenvolvimento, nossa diversidade criadora”, do ano de 1996, elaborado por “[...] um grupo independente de pensadores de diversas áreas do conhecimento”, a pedido das “Nações Unidas e Unesco, em 1992”, “[...] evidenciou como as diretrizes propostas para a reforma educacional se tornava cada vez mais convergentes com o resultado de uma leitura do mundo que se tornou hegemônica nos anos 90” (BARBOSA, 2000, p. 59).

Shiroma, Campos e Garcia (2005, p. 428) consideram que “[...] o acompanhamento sistemático das publicações nacionais e internacionais sobre política educacional dos últimos quinze anos permitiu-nos constatar uma transformação no discurso utilizado por tais instituições”. Tal análise, apoiada em reflexões de World Bank (2000), evidenciou que

No início dos anos de 1990, predominaram os argumentos em prol da qualidade, competitividade, produtividade, eficiência, e eficácia; ao final da década percebe-se uma guinada do viés explicitamente economicista para uma face mais humanitária na política educacional, sugerida pela crescente ênfase nos conceitos de justiça, equidade, coesão social, inclusão, empowerment, oportunidade e segurança (SHIROMA; CAMPOS; GARCIA, 2005, p. 428).

Partindo-se especificamente para a vinculação entre a saúde e a educação básicas, em cumprimento a demandas surgidas em determinados grupos populacionais, a OMS, em 1954, por meio de sua Comissão de Especialistas em Educação em Saúde, já sinalizava a necessidade de se pensar em políticas que atrelassem saúde e educação no desenvolvimento de ações, de maneira a reduzir a vulnerabilidade do grupo que compõe o corpo escolar, focalmente os discentes (GONÇALVES et al., 2008).

Gonçalves et al. (2008, p.182) cita as proposições da OMS já em 1954, em relação à realização das ações voltadas à saúde do escolar, as quais evidenciavam as necessidades de que práticas de Promoção da Saúde fossem desenvolvidas nas escolas com vistas não somente ao repasse “[...] de conhecimentos sobre aspectos relacionados à saúde. Nesse sentido, foi apresentada uma abordagem inicial ao

conceito de Escola Promotora de Saúde”. Essa abordagem da OMS constituiu o embrião do que mais adiante seria a ideia de Escola Promotora da Saúde.

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, evento realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no ano de 1992 em Santafé de Bogotá, na Colômbia, contou com a participação de 21 países e teve, como objetivo, “[...] definir o significado da Promoção da Saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados com o sucesso da saúde da população da região” (OPAS, 1992, p. 1).

Nesta carta de Bogotá (1992), a Promoção da Saúde na América Latina ficou entendida como uma ação que

[...] busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. A região, desgarrada pela iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelos programas de políticas de ajuste macroeconômico, enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. Por conseguinte, o desafio da Promoção da Saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento (OPAS, 1992, p. 02).

No ano de 1997 ocorreu a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Jacarta, e a declaração resultado deste evento enfatiza a importância da Promoção da Saúde no século XXI, buscando destacar os determinantes que influenciam as condições de saúde da população. Sendo assim, a Declaração de Jacarta considera que

Os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde. As tendências demográficas tais como a urbanização, o aumento no número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas, um comportamento mais sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, maior uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas. Doenças infecciosas novas e re-emergentes, e o maior reconhecimento sobre os problemas de saúde

mental requerem uma providência urgente. É vital que a Promoção da Saúde evolua para fazer frente aos determinantes da saúde (OMS, 1997, p. 4).

Para Gonçalves et al. (2008, p. 182), todas essas discussões já enfatizavam o fato de que a Promoção da Saúde “consiste em proporcionar à população as condições necessárias para melhorar e exercer o controle sobre sua saúde, envolvendo: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade”.

Com essas proposições, o ambiente escolar passou a constituir um espaço de atuação para o desenvolvimento e a aplicação dos conceitos da Promoção da Saúde propostas pelos Organismos Internacionais. Para Ippolito-Shepherd e Cerqueira (2003, p. 20),

La escuela es la institución privilegiada para implementar acciones de promoción de la salud con un enfoque integral, en las que además de tenerse en cuenta la enseñanza tradicional, se consideran el ambiente psicosocial y el aprendizaje de elementos del desarrollo de actitudes y prácticas saludables. Toda escuela es de cierta manera promotora de la salud, aunque algunas escuelas son más capaces que otras de aprovechar las oportunidades que permiten influir favorablemente en la vida de los alumnos y de sus familias y de la comunidad. Una escuela promotora de la salud es la que se abre a la participación y a la colaboración de funcionarios, docentes, personal de salud, padres y alumnos, líderes de la comunidad y el sector privado. La promoción de la salud en el ámbito escolar constituye un valor agregado al ya extraordinario valor que tiene la escuela en la vida del escolar, del cuerpo docente y de la comunidad.<sup>11</sup>

Sendo assim, houve, a partir de 1995, o lançamento da iniciativa das Escolas Promotoras da Saúde para a América Latina e Caribe, por meio da OPAS/OMS. A ideia de Escola Promotora de Saúde defendida pela OPAS/OMS utiliza-se do espaço escolar para construção de conhecimentos, habilidades, ambientes e práticas saudáveis para crianças e jovens (GONÇALVES, 2008), além disso, esses

---

<sup>11</sup> A escola é a instituição privilegiada para implementar ações para promover a saúde com uma abordagem holística, além do ensino tradicional, são considerados os de meio ambiente e de aprendizagem, elementos psicossociais do desenvolvimento de atitudes e práticas saudáveis. Cada escola é uma certa forma de Promoção da Saúde, embora algumas escolas são mais capazes do que outras para aproveitar as oportunidades de influenciar positivamente a vida dos alunos e de suas famílias e da comunidade. A Escola Promotora da Saúde é aquela que é aberta à participação e colaboração dos funcionários públicos, professores, profissionais de saúde, pais e alunos, líderes comunitários e do setor privado. Promoção da saúde nas escolas é um "valor acrescentado" para o valor já extraordinário, ter a vida escolar da escola, professores e comunidade. (OPAS, 1996, livre tradução da autora).

Organismos consideran que as escolas “[...] estan en condiciones de contribuir al desarrollo social y económico, a una mayor productividad y una mejor calidad de vida para todos<sup>12</sup> [...]” (OPAS, 1996, p. 22).

A proposição de Promoção da Saúde do escolar dentro da perspectiva das Escolas Promotoras da Saúde pauta-se em um enfoque interdisciplinar e intersetorial. Para a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a Escola Promotora da Saúde busca

La promoción de la salud en y desde el ámbito escolar parte de una visión integral, multidisciplinaria del ser humano, que considera a las personas em su contexto familiar, comunitario y social, desarrolla conocimientos, habilidades e destrezas, para el autocuidado de la salud y la prevención de conductas de riesgo en todas las oportunidades educativas; fomenta un análisis crítico y reflexivo sobre los valores, conductas, condiciones sociales y estilos de vida, y busca desarrollar y fortalecer aquellos que favorecen la salud y el desarrollo humano; facilita la participación de todos los integrantes de la comunidad educativa em la toma de decisiones, contribuye a promover relaciones socialmente igualitarias entre los géneros, alienta la construcción de ciudadanía y democracia, y refuerza la solidaridad, el espíritu de comunidad y los derechos humanos<sup>13</sup> (OPAS, 1996, p. 1).

A finalidade da iniciativa das Escolas Promotoras da Saúde pauta-se na formação de gerações futuras que possuam “[...] el conocimiento, las habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud y la de su familia y comunidad, asi como de crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables<sup>14</sup>” (OPAS, 1996, p. 1).

Essas proposições da OMS no que se refere às Escolas Promotoras da Saúde também foram difundidas na America Latina e Caribe e, desde o ano de

---

<sup>12</sup> “[...] estão em condições de contribuir para o desenvolvimento social e econômico, para uma maior produtividade e uma melhor qualidade de vida para todos [...]” (OPAS, 1996, livre tradução da autora).

<sup>13</sup> [...] a Promoção da Saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral, multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário e social, desenvolve conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas; fomenta uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida, buscando fortalecer tudo que contribui para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano; facilita a participação de todos os integrantes da comunidade escolar na tomada de decisões; colabora na promoção de relações socialmente igualitárias entre as pessoas, na construção da cidadania e democracia, e reforça a solidariedade, o espírito de comunidade e os direitos humanos (OPAS, 1996, livre tradução da autora).

<sup>14</sup> [...] o conhecimento, as habilidades e destrezas necessárias para promover e cuidar de sua saúde e a de sua família e comunidade, assim como criar e manter ambientes de estudo, trabalho e convivência saudáveis [...] (OPAS, 1996, livre tradução da autora).

1995, a OPAS, que representa a Oficina Regional da OMS nessas regiões, lançou essa iniciativa. Desde então,

[...] os Estados Membros da América Latina e do Caribe têm fortalecido suas ações de Promoção da Saúde na escola a partir de uma rediscussão e reflexão sobre atividades no campo da saúde escolar. [...] A iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde na Região das Américas procura fortalecer a capacidade do setor Saúde e de Educação para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de meninos, meninas, adolescentes, pais, professores e outros membros da comunidade. Por meio de suas atividades, a Iniciativa incentiva o compromisso dos membros da comunidade com ações dirigidas para melhorar a saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento local (BRASIL, 2007b, p. 11-19).

No Brasil, a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde também seguem as proposições internacionais e igualmente buscam a Promoção da Saúde de crianças, adolescentes e jovens dentro do contexto escolar, por meio do desenvolvimento e adoção de

[...] práticas de educação e saúde no sentido integral do processo, que se consolidam com metodologias participativas, que possibilitam a construção de ambientes mais saudáveis na comunidade escolar, que estimulam o acesso aos serviços de saúde, reorientados para a Promoção da Saúde, e contribuem para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007b, p. 23).

Todas as iniciativas multinacionais dos Organismos de cooperação técnica que se pautaram nas proposições da OMS em relação à APS e na iniciativa das Escolas Promotoras da Saúde como formas de ampliar a busca pela Promoção da Saúde dos indivíduos, defendida pela Carta de Ottawa (1986), refletiram na saúde do escolar, que passou a ter visibilidade e a contar com reflexões sobre a sua importância.

No Brasil, a partir da década de 1980, houve ênfase nas questões referentes à importância das práticas de Educação em Saúde, processo que se estendeu para as escolas. No ambiente escolar, as práticas de educação em saúde sofreram progressos por meio

[...] da incorporação de novas concepções teóricas da educação e da saúde, assim como na diversificação de seu campo de atuação. Este avanço possibilitou a incorporação das práticas educativas em saúde, no cotidiano didático-pedagógico das escolas, além de

contribuir para uma crescente consolidação da cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e da Educação, que resultou em acúmulos consideráveis que potencializam a ação educativa em saúde nos espaços institucionais, tais como: 1. Disseminação da proposta das escolas como espaços de desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde. 2. Inclusão dos temas transversais – ética e cidadania, consumo e trabalho, multiculturalidade, meio ambiente, saúde e sexualidade no currículo das escolas. 3. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de dezembro de 1996, reforçou e ampliou os deveres das instituições públicas com a Educação, basicamente com o ensino fundamental. 4. Produção de material didático-informativo para professores, alunos e comunidade escolar sobre temáticas de saúde. Novas ações foram desencadeadas no sentido de reforçar as condições necessárias para que a temática da saúde passe a fazer parte da vida da escola (BRASIL, 2007b, p. 7).

Essas proposições internacionais e nacionais passaram a ser expressas a partir da oferta de políticas e programas sociais voltados, principalmente, ao desenvolvimento de ações em Saúde e Educação Básicas.

No campo da saúde no país, “[...] em 1984, o Ministério da Saúde definiu as ações básicas para a Assistência Integral a Saúde da Criança com vistas à população menor de 05 anos de idade, com a meta de reduzir a morbi-mortalidade nessa faixa etária” (FERRIANI; GOMES, 1997, p. 22).

Mediante esse fato, passou-se a dar maior ênfase ao desenvolvimento de atividades assistenciais à criança, nas quais o olhar deveria estar voltado principalmente para questões de aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, complementação alimentar para o desmame, assistência e controle das infecções respiratórias agudas, controle das doenças diarreicas e imunização (BRASIL, 1984).

Ferriani e Gomes (1997, p. 22) reforçam que essas ações tiveram como base as políticas de “[...] expansão e consolidação da rede de serviços básicos, originados na proposta de Atenção Primária à Saúde, cujos princípios foram difundidos em nível Nacional e Internacional, constituindo a base para a organização do sistema de saúde no Brasil”.

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, foi apontado um conjunto de “direitos sociais” que devem ser assegurados e ofertados pelo Estado com o intuito de “encarregar o Estado de diminuir as desigualdades” sociais (FATTORELLI, 2012, p. 13).

Para tanto, esses direitos são evidenciados dentro do texto da Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 6º, o qual explicita que “são direitos sociais a

educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988, p. 1).

Essa responsabilização do Estado em relação à oferta e garantia de Políticas Sociais por meio da Constituição Federal Brasileira (1988) trata, especificamente, da saúde e da educação em dois parágrafos de sua redação:

Art. 196. 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.

Art. 205º. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988, p. 1).

As questões referentes à saúde, que resultaram na redação final do Artigo 196 da Constituição (1988) citado acima, foram produto de amplas reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária<sup>15</sup> e dos debates e repercussões ocorridas na VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, em Brasília, culminando na efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1997a).

De acordo com Batistella (2007), a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, formulou-se o “conceito ampliado” de saúde, o qual compreendia saúde como resultante de vários condicionantes, entre eles:

[...] alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais

---

<sup>15</sup> Em relação à Reforma Sanitária vale ressaltar que “O projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na década de 80 foi formulado com os princípios da saúde enquanto direito e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade. O processo se iniciou em meados dos anos 70 e teve como liderança intelectual e política, o autodenominado “movimento sanitário”. Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde. Este grupo influenciou fundamentalmente o âmbito acadêmico e pode ser considerado como o mentor do processo de reformulação do setor [...]. Posteriormente entidades advindas dos Movimentos Sociais Urbanos passam a se incorporar no processo de construção da Reforma Sanitária Brasileira, o que fortaleceu muito o processo em plena ditadura militar” (SILVA, 2011, p. 01).

podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

O “conceito ampliado” de saúde lançado a partir da Conferência Nacional de Saúde de 1986 representou um novo olhar sobre o conceito de saúde, que se constituiu das conquistas sociais em determinado momento histórico. Para Batistella, esse conceito

[...] procura resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades. Contrapondo-se à concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico, o texto defende como princípios e diretrizes para um novo e único sistema de saúde a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social (BATISTELLA, 2007, p. 63).

Vale ressaltar que um conceito de saúde vem sendo discutido há décadas, e um dos mais debatidos até hoje é o conceito de saúde emitido concomitantemente à criação da OMS em 1948, em que, na redação de seu “[...] documento de constituição, a saúde foi enunciada como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (BATISTELLA, 2007, p. 57).

Na estrutura de Saúde Pública, a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>16</sup> tem atendido aos educandos com ações normalmente isoladas, por meio da rotina das práticas assistenciais diárias das Equipes de Saúde, com abordagem geralmente restrita e de enfoque curativo, nas Unidades de Saúde.

Para a OMS,

---

<sup>16</sup>A Atenção Primária em Saúde, no Brasil, “[...] incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 44). Já o termo “Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006, p. 10).

Os processos globais de formulação de políticas e, cada vez mais, os nacionais, têm focado temas individuais, com os vários constituintes a competirem pelos poucos recursos, enquanto se tem dado atenção pontual aos constrangimentos subjacentes que atrasam o desenvolvimento dos sistemas de saúde em contextos nacionais. Em vez de melhorarem a sua capacidade de resposta e anteciparem novos desafios, os sistemas de saúde parecem estar à deriva entre prioridades imediatistas, cada vez mais fragmentados e sem uma orientação definida (OMS, 2008, p. XIII).

A partir do ano de 2006 no Brasil, buscando o fortalecimento do SUS e da APS, são aprovadas duas políticas para a saúde. A primeira, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, tem o intuito de “[...] consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2006, p. 3). A segunda, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) instituída por meio da Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, tem como principal objetivo

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, 2010, p. 17).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS - 2006) passou a definir ações específicas de trabalho a serem incorporadas pelas equipes de saúde, tais como: alimentação saudável; prática corporal/ atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

Quando analisada a redação da PNPS fica perceptível e explicitada a indicação por parte dessa Política de trabalhar os temas mencionados acima com a população em geral, mas também indica que sejam realizados trabalhos de Promoção da Saúde no ambiente escolar com os estudantes.

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, com o intuito de

construir políticas para a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde e educação das crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira (BRASIL, 2012a). O PSE incorporou várias proposições da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Nesse sentido, a criação e a implementação de um programa específico voltado aos estudantes vem ao encontro da necessidade de redução de vulnerabilidade social deste grupo populacional. Para tal, o programa deve considerar ações que contemplem desde os anos iniciais do Ensino Fundamental até o Ensino Médio das redes públicas de ensino do país.

O PSE vislumbra o aproveitamento do espaço da escola para as práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz, desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras (BRASIL, 2012a).

Reforçando todas as proposições para a APS (nível de atenção à saúde responsável pelas ações do PSE), a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova e reformula a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual passa a estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2012d).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB - 2011) tem como proposta a articulação entre Atenção Básica em saúde e outras iniciativas do SUS,

[...] como a ampliação das ações intersetoriais e de Promoção da Saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola - e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de 4 mil pólos da Academia da Saúde até 2014. Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar. O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da AB e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada (BRASIL, 2012d, p. 11).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, pensar em políticas focais é de suma importância, haja vista que um dos principais objetivos dos serviços e das políticas em saúde é a facilidade de acesso para todos os cidadãos. Assim sendo, é necessário aumentar a oferta destes serviços. “As redes de serviços são hoje muito

mais amplas do que há 30 anos, mas existem grandes bolsas populacionais sem acesso a essas redes” (OMS, 2008, p. XVII).

Tendo em vista a conjuntura de desenvolvimento econômico e as demandas sociais do país, tornou-se necessário o desenvolvimento de Políticas Sociais para grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade. Com isso, a Saúde e a Educação básicas são concebidas como dois eixos focais nas Políticas Sociais.

As estratégias contempladas em programas específicos referentes às Políticas Sociais que vislumbrassem a assistência em saúde do escolar foram reforçados com o PSE em 2007, conforme apresentaremos no segundo capítulo desta pesquisa.

Como apresentado neste capítulo, as demandas de saúde do escolar passaram por várias proposições desde a Revolução Industrial, período em que era importante manter os indivíduos, inclusive as crianças, sadios para o trabalho fabril. A partir da Revolução Industrial, as ações do Estado em relação à saúde da população nas cidades, principalmente nos países da Europa, seguiram pautando-se em correntes do campo da medicina, a saber, a Polícia Médica, o Sanitarismo e a Puericultura.

Também destacamos que o delineamento e o desenvolvimento de Políticas Sociais voltadas aos estudantes no âmbito da Promoção da Saúde estão amplamente vinculados a discussões e proposições em âmbito nacional internacional, tanto de Organismos Internacionais de Financiamento quanto de Órgãos de Cooperação Técnica, e são desenvolvidas por meio de Políticas Sociais em âmbito nacional, fato que data principalmente do Pós-Segunda Guerra Mundial, a priori, voltados aos financiamentos para infraestrutura e, posteriormente, para as Políticas Sociais atreladas à questão do alívio da pobreza. Essas Políticas Sociais culminaram, recentemente, no âmbito da saúde brasileira, na constituição da Política Nacional de Atenção Básica (2011) e na Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). Quanto à saúde do escolar, o PSE – 2007 busca melhorias nos níveis de saúde e redução de vulnerabilidades de crianças, adolescentes e jovens inseridos nas redes de ensino público do país.

## **2 CADERNOS DO PSE: A INTERSETORIALIDADE SAÚDE E EDUCAÇÃO**

Este capítulo trata das questões referentes ao PSE visando responder, num primeiro momento, ao objetivo referente à identificação das bases legais, dos componentes e das linhas de ação que compõem o PSE; e, num segundo momento, responder ao objetivo referente à investigação da concepção de Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE.

Os Cadernos do PSE, analisados na segunda seção, são: a) Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola (2009), b) Passo a Passo PSE: Tecendo caminhos da intersetorialidade (2011a), emitido pelo Ministério da Saúde; c) Saúde na Escola (2012e), emitido pelos Ministérios da Saúde e da Educação; d) Manual Instrutivo Saúde na Escola (2013c), publicação dos Ministérios da Saúde e da Educação; e e) O Caderno do Gestor do PSE (2015a), emitido pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

### **2.1 O Programa Saúde na Escola: Bases Legais, Componentes e Linhas de Ação**

Nesta seção apresentam-se as principais Portarias referentes ao Programa Saúde na Escola - PSE, bem como os três componentes propostos pelo programa e as linhas de ação para o desenvolvimento das atividades pelos setores de saúde e de educação.

Inicialmente, portanto, convém reiterar que o PSE é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, voltada às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira com o propósito de promover saúde e educação integral, por meio da oferta de serviços/ações em um mesmo território.

A prática de realizar as ações de saúde nas escolas é uma alternativa para tentar solucionar ou minimizar os problemas de saúde pública cada vez mais emergentes e prevalentes entre crianças e adolescentes brasileiros, como o uso de drogas lícitas ou ilícitas, a gravidez na adolescência, a identificação precoce de problemas que levam a déficits de aprendizagem, entre outros fatores que, em sua maioria, afetam a vida e/ou a saúde do indivíduo, principalmente no que diz respeito

ao enfrentamento de vulnerabilidade social neste grupo, que compromete o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2013b).

O PSE foi instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Seu Artigo 1º traz como finalidade prioritária do programa “[...] 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, 2007a, p. 1). No Artigo 2º, são explicitados os objetivos do PSE:

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007a, p. 01).

O Artigo 3º do Decreto nº 6.286/2007 estabelece a necessidade de integração e articulação entre saúde e educação, citando especificamente as equipes de saúde da família e educação básicas (BRASIL, 2007a, p. 1). O artigo 4º delimita que “as ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS” (BRASIL, 2007a, p. 1). No referido artigo também fica especificado que às Equipes de Saúde da Família compete a realização de

[...] visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas (BRASIL, 2007a, p. 1)

O artigo 5º do Decreto nº 6.286/2007 determina que a execução do PSE compete aos Ministérios da Saúde e da Educação conjuntamente (BRASIL, 2007a). Estabelece, ainda, que:

Art. 6º O monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

Art. 7º Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE.

Art. 8º Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão a pactuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações a que se refere o art. 4º, que deverá ocorrer no prazo de até noventa dias.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação (BRASIL, 2007a, p. 1).

A partir da publicação do Decreto nº 6286/2007, o desenvolvimento do PSE ocorreu mediante a emissão de várias Portarias, sendo as mesmas apresentadas nos Quadros 1 e 2 conforme seguem:

**Quadro 1 - Portarias relativas ao PSE**

| PORTARIAS   | OBJETIVOS   | ORGAOS EMISSORES       |
|---|---|------------------------|
| Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008       | Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.  | Ministério da Educação |
| 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 PSE.   | Ministério da Saúde    |
| Portaria Interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008 | Art. 1º - Designar os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola – CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008.<br><br>Art. 2º - Estabelecer como Coordenador Titular da Comissão o membro Titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e como suplente o membro Titular da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação. | Ministério da Educação |

|   |  |                      |
|---|--|----------------------|
| Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008                   | Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos. | Ministério da Saúde  |
| Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009.                 | Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família que aderirem ao PSE.   | Ministério da Saúde  |
| Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010.                      | Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE.  | Ministério da Saúde  |
| Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010.                    | Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009.                            | Ministério da Saúde  |
| Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010 | Estabelece critérios para adesão ao PSE para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse.   | Ministério da Saúde. |

Fonte: FERREIRA et al., 2012, p. 3390.

#### Quadro 2 - Portarias relativas à elaboração do Projeto do PSE Municipal

| Portarias   | Objetivos   |
|---|---|
| Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009.                 | a) Diagnóstico situacional que compreenda questões referentes aos determinantes sociais, ao cenário epidemiológico e às modalidades de ensino das escolas que estão no espectro de atuação das ESF que atuarão no PSE; b) mapeamento da rede SUS de AB/SF e da rede de escolas federais, estaduais e municipais, criando espaços comuns, os territórios de responsabilidade; c) atribuições das ESF e das escolas em cada um dos territórios de responsabilidade, quantificando o número de escolas, de alunos de cada escola e as questões prioritárias do perfil desses alunos, bem como definindo responsáveis das áreas de saúde e educação pelo seguimento do projeto dentro de cada território; d) identificação de cada instituição de ensino atendida pelo PSE com definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e Promoção da Saúde na escola; e) programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no PPP de cada uma das escolas. |
| Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010 | a) Diagnóstico situacional que compreenda questões referentes aos determinantes sociais, ao cenário epidemiológico da população na faixa etária de 5 a 19 anos e às modalidades de ensino das escolas que estão no espectro de atuação das ESF que atuarão no PSE; b) mapeamento da rede do SUS na Estratégia Saúde da Família (cobertura, número de  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>equipes, número de agentes comunitários de saúde etc.) e da rede de escolas federais, estaduais e municipais, criando territórios de responsabilidade, ou seja, estabelecendo espaços comuns para atuação de escolas e equipes de saúde; c) identificação de cada instituição integrante do PSE, quantificação do número de escolas, de alunos de cada escola e as questões prioritárias do perfil desses estudantes, bem como definindo responsáveis das áreas de saúde e educação pelo acompanhamento do projeto dentro de cada território de responsabilidade, e do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e Promoção da Saúde na escola; d) atribuições conjuntas das ESF e das escolas; e) programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no PPP de cada uma das escolas; f) proposta de funcionamento do GTI periodicidade de reuniões, integrantes e outros; g) Plano de Ação Local, contendo o cronograma das ações do Projeto em que constem as diferentes fases de implantação e implementação, o prazo e os responsáveis.</p> |
|--|---|

Fonte: FERREIRA et al., 2012, p. 3392.

De acordo com o apresentado por Ferreira et al. (2012), até o ano de 2012,

Das oito Portarias relativas ao PSE, cinco foram emitidas pelo MS e se referem aos recursos financeiros do PSE. Três foram interministeriais (MS e MEC), destas, duas foram emitidas pelo MEC (se referem à CIESE-Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola) e uma pelo MS (referente aos critérios para adesão ao PSE para o ano de 2010). Duas portarias emitidas pelo MS foram alteradas. As alterações versam sobre: a) data do pagamento dos recursos financeiros; b) prazo para o envio do Termo de Adesão e do Projeto do PSE Municipal (FERREIRA et al., 2012, p. 3390).

Além do estudo realizado por Ferreira et al. (2012), sobre as bases legais do PSE, foram emitidas também as seguintes portarias relativas ao programa, conforme o quadro 3:

**Quadro 3** – Portarias relativas ao PSE dos períodos de 2007, 2012, 2013 e 2014

| Portaria                                   | Objetivos   |
|--|---|
| Portaria nº 204, de 29 de Janeiro de 2007. | Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. |
| Portaria nº 524, de 26 de Março de 2012.   | Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao PSE.   |
| Portaria nº 364, de 8 de                   | Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde  |

|   |  |
|---|--|
| Março de 2013.  | na Escola), de periodicidade anual, e o respectivo incentivo financeiro.   |
| Portaria nº 1.302, de 28 de Junho de 2013.                  | Altera o prazo para o registro das informações das ações realizadas na Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) junto aos Sistemas de Avaliação e Monitoramento do PSE   |
| Portaria nº 1.412, de 10 de Julho de 2013.                  | Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)  |
| Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de Julho de 2013. | Redefine as regras e critérios para adesão ao PSE por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Revogou as portarias: Portaria nº 1.861, de 4 de Setembro de 2008, Portaria nº 2.931, de 4 de Dezembro de 2008, Portaria nº 790, de 12 de Abril de 2010, Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de Agosto De 2011, todas referentes as determinações de repasses de recursos financeiros por adesão e desenvolvimento das ações do PSE. |
| Portaria Interministerial nº15, de 10 de Outubro de 2013.   | Institui o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia, no âmbito do PSE e Programa Brasil Alfabetizado - PBA, e dá outras providências.   |
| Portaria nº 2.608, de 31 de Outubro de 2013.                | Define os Municípios com adesão ao PSE de 2013 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências  |
| Portaria nº 220, de 25 de Março de 2014.                    | Define as normas para o cadastramento no SCNES das equipes com profissionais não cadastrados em estabelecimentos de Atenção Básica, que desempenham ações pactuadas no PSE.  |

Fonte: Departamento de Atenção Básica, 2013a.

Vale ressaltar que a Portaria Interministerial nº 1.413/2013 possui relevância no que tange ao desenvolvimento do PSE, haja vista que, ao redefinir os critérios de adesão ao Programa, possibilitou que Equipes de Atenção Básica ou Equipes de Saúde da Família do país pudessem ser vinculadas ao PSE.

Nesse sentido, os municípios com o intuito de desenvolver as ações do PSE devem realizar a pactuação com o Governo Federal e, posteriormente à publicação da Portaria Ministerial de inserção do município no PSE, comporão o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M). O GTI-M deverá contar com “[...] gestores das Secretarias de Saúde e de Educação, representantes das equipes de saúde da

Atenção Básica e das escolas, estudantes e pessoas da comunidade local também podem fazer parte do grupo” (BRASIL, 2013a, p. 1), os quais serão responsáveis pela gestão do Programa (BRASIL, 2011a).

A esfera de gestão federal abre o período de adesão ao PSE uma vez ao ano, cabendo ao GTI-M providenciar o preenchimento do Termo de Compromisso, no qual os gestores das Secretarias Municipais de Educação e Saúde devem desenvolver as ações com vistas ao cumprimento de um conjunto de metas anuais de cobertura referentes aos educandos beneficiados pelas ações do PSE. Também indicam e vinculam as Equipes de Saúde e as escolas do território de responsabilidade que irão participar das ações do PSE. Os municípios possuem 12 meses, após assinatura do Termo de Compromisso, para cumprir as metas pactuadas (BRASIL, 2011a).

O GTI-M tem uma importante atribuição em relação ao programa, que inclui:

- I – Garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família;
- II – Articular para a inclusão dos temas relacionados às ações do Programa Saúde na Escola nos Projetos Político-Pedagógicos das escolas;
- III – Definir as escolas federais, estaduais e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Unidades Básicas de Saúde e o número de equipes de Saúde da Família implantadas;
- IV – Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;
- V – Subsidiar a assinatura do Termo de Compromisso pelos secretários municipais de Educação e Saúde, por meio do preenchimento das metas do plano de ação no sistema de monitoramento (Simec);
- VI – Apoiar e qualificar a execução das ações e metas previstas no Termo de Compromisso municipal;
- VII – Garantir o preenchimento do sistema de monitoramento (Simec) pelas escolas e pelas equipes de Saúde da Família;
- VIII – Definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal; e
- IX – Garantir a entrega dos materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, para as equipes de saúde e para as escolas (BRASIL, 2011a, p.12).

Com vistas ao preconizado e pactuado no Termo de Compromisso pelas gestões da Saúde e Educação, o desenvolvimento do PSE no município comporta a execução de três componentes, conforme anunciado. Nesse sentido, o Componente I prevê a Avaliação Clínica e Psicossocial dos Estudantes, por meio do desenvolvimento de atividades que, do ponto de vista epidemiológico, são prioritárias, a saber:

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 (BRASIL, 2011a, p. 15).

O Componente II do PSE diz respeito à Promoção e Prevenção à Saúde. A Promoção da Saúde é entendida como

[...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010, p. 12).

O Componente II do PSE objetiva a melhoria da qualidade de vida dos alunos. Para isso, está previsto o trabalho em torno de práticas educativas que incorporem os elementos abaixo relacionados:

- Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável;
- Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas;
- Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE<sup>17</sup>): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS;

---

<sup>17</sup> “Desde 2003, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) vêm 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. O SPE se constitui como uma iniciativa integrada dos Ministérios da Saúde e da Educação, com apoio do Unicef, Unesco e UNFPA. Sua gestão é descentralizada e define responsabilidades para as

- 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 (BRASIL, 2011a, p. 18).

O Componente III do PSE prevê a constituição de um espaço para a formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde em duas vertentes. Uma vertente diz respeito ao processo de formação e elaboração de materiais didático-pedagógicos que atendam às necessidades de implantação das ações de planejamento, avaliação e monitoramento do PSE, ação que diz respeito aos “[...] integrantes da saúde e educação que compõem os Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTIs)” (BRASIL, 2011a, p. 18). A outra vertente representa a 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, 2011a, p. 18).

Há, também, no PSE, a Semana Saúde na Escola, configurando-se em uma semana de mobilização nacional no âmbito do programa, com tema e data pré-definidos pela esfera Federal. A Portaria nº 798, de 17 de Junho de 2015, afirma, no Artigo 2º:

[...] A Semana Saúde na Escola é constituída por ações de promoção e de prevenção de agravos à saúde realizadas em estabelecimentos públicos de ensino em todo o território nacional com participação das equipes da Atenção Básica e das equipes das escolas. Parágrafo único. Os Ministros de Estado da Saúde e da Educação definirão, anualmente, os temas principais que nortearão a execução das ações de que trata o ‘caput’ (BRASIL, 2015b, p. 1).

As ações da Semana Saúde na Escola vêm somar às práticas já realizadas pelas equipes de Educação e Saúde básicas no âmbito do PSE, para o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde e prevenção de doenças e agravos às crianças, adolescentes e jovens do sistema público de ensino brasileiro (BRASIL, 2015b, Brasil, 2011a).

---

três esferas de governo (federal, estadual e municipal) com a constituição de grupos de trabalho intersetoriais. Participam desses grupos representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação, jovens, organizações da sociedade civil, universidades e outros parceiros locais. Em 2007, o SPE passa a integrar o Componente II do Programa Saúde na Escola (PSE) “[...]” (BRASIL, 2011a, p. 39).

Para tanto, a Semana Saúde na Escola visa

[...] mobilizar e envolver a comunidade no território pactuado, com ações prioritárias de educação em saúde, favorece a intersetorialidade; entretanto devemos ressaltar que quanto maior o envolvimento dos atores do território, maior êxito terá a Semana (BRASIL, 2015a, p. 20).

Sendo assim, a Semana Saúde na Escola possui como principal objetivo “[...] dar início a uma mobilização temática prioritária de Saúde, que deverá ser trabalhada ao longo do ano letivo nas escolas” (BRASIL, 2015a, p. 20). Como objetivos específicos, a Semana Saúde na Escola busca

- a. Fortalecer ações prioritárias de política de governo, no âmbito da Saúde e da Educação.
- b. Socializar as ações e os compromissos do PSE nos territórios.
- c. Fortalecer o Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE (E-SUS/Simec) como sistema de informação, de gestão, de monitoramento e de avaliação do PSE e da saúde dos educandos.
- d. Incentivar a integração e a articulação das redes de Educação e atenção básica.
- e. Fortalecer a comunicação entre escolas, equipes de Atenção Básica e comunidade.
- f. Socializar as ações desenvolvidas pelas escolas.
- g. Fomentar o envolvimento da comunidade escolar e de parcerias locais.
- h. Mobilizar as Redes de Atenção à Saúde para as ações do PSE (BRASIL, 2015a, p. 20).

A digitalização dos dados das ações e avaliações desenvolvidas referentes ao PSE, bem como o envio dos mesmos aos Ministérios da Saúde e da Educação acontece em meio *on-line*, de duas maneiras. Uma, através do Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (Simec), o qual é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Educação no que tange às ações desenvolvidas nos Componentes II e III. A outra ocorre através do E-SUS, que é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, para as ações desenvolvidas no Componente I.

Seguindo a linha do que é preconizado pelo PSE, se faz necessário que as gestões municipais da saúde e da educação tenham os Componentes I, II e III como norteadores no desenvolvimento das ações com os estudantes, de maneira a implementar ações gerais, a saber:

- I – Tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
- II – Permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;
- III – 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;
- IV – Promover a saúde e a cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- V – Articular as 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, equipamentos e recursos disponíveis;
- VI – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VII – Promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes;
- VIII – Atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade (BRASIL, 2011a, p. 7).

Pensar políticas Sociais que contemplem as necessidades dos educandos passa a ser fundamental e, nesse sentido, os objetivos do PSE

[...] concentram-se no fortalecimento da relação entre as redes de saúde e educação e motivam a comunicação entre elas, articulando as ações do SUS, de acordo com os seus princípios e diretrizes, com as ações das redes de educação básica do ensino público brasileiro. Os objetivos ainda corroboram para a participação comunitária nas políticas de educação básica e de saúde, contribuindo para a formação integral dos estudantes (FERREIRA et al., 2012, p. 3395).

O Brasil atravessa, atualmente, um período de transição epidemiológica, embora as doenças infecciosas sejam ainda importantes, há um crescimento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, têm respondido por grande parte das mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida [...] (BRASIL, 2014b, p. 11).

Muitos estudos têm demonstrado “[...] forte associação das principais DCNT a fatores de riscos altamente prevalentes, destacando-se o tabagismo, consumo

abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo” (BRASIL, 2014b, p 11).

No Brasil, o cenário atual aponta que “[...] as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude relevante e respondem por mais de 70% das causas de mortes no país” (BRASIL, 2014b, p 35).

A Pesquisa Nacional em Saúde (PNS), realizada no ano de 2013, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e com o Ministério de Desenvolvimento e Gestão, favoreceu o levantamento e conhecimento de dados epidemiológicos acerca de muitos agravos que possuem relevância quando se trata da saúde pública no país.

Diante do exposto, o conhecimento da realidade a que a população está exposta torna-se necessário para o planejamento e formulação de políticas Sociais que procurem sanar ou amenizar tais agravos que repercutam diretamente nas condições de saúde da população, considerando, dessa forma, as perspectivas da Promoção da Saúde.

As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas pelo País nas últimas décadas – com a já citada progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis – acabaram forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira neste sentido reforçar, a atenção à saúde da criança de uma forma geral, inclusive como condição para que se possa garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012c, p. 19).

Neste sentido, os três Componentes do PSE preveem ações específicas com vistas à redução de vulnerabilidade nos estudantes.

Ao longo do ciclo de vida, a vigilância em saúde das crianças, adolescentes e jovens é responsabilidade das equipes de Saúde da Família (ESF), às quais compete realizar periodicamente a avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão nas escolas inseridas em seus territórios adscritos. Frente às necessidades de saúde identificadas, as ESF devem se articular com toda a rede de serviços de saúde, com o setor Educação e com outros equipamentos existentes na comunidade, para a elaboração de planos terapêuticos integrais e integrados para a resolução das necessidades e dos problemas detectados (BRASIL, 2009, p. 20).

Sendo assim, busca-se demonstrar as linhas de ações pertinentes a cada Componente do PSE fazendo uma breve interlocução com alguns dados epidemiológicos do país, de acordo com a Pesquisa Nacional em Saúde (2013).

Como já mencionado, o Componente I do PSE busca desenvolver atividades relacionadas à condição individual de cada educando, por meio de avaliação clínica e psicossocial. Para tal, ampara o desenvolvimento do PSE em linhas de ação, a saber: Avaliação antropométrica e Avaliação nutricional; 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 da saúde bucal; e Avaliação psicossocial.

Em relação ao desenvolvimento das ações de Avaliação Antropométrica e Avaliação Nutricional, considera que “[...] o controle do crescimento é consensualmente aceito como importante instrumento na avaliação do estado de saúde e nutricional da criança. Além do ganho de peso, é importante monitorar o aumento de estatura e a aceleração da idade óssea” (BRASIL, 2011a, p. 24), sendo importante ponderar que

O processo de crescimento é complexo e multifatorial, englobando a composição genética do indivíduo e fatores hormonais, nutricionais e psicossociais. Apesar disso, a criança geralmente cresce de maneira muito previsível. O desvio desse padrão normal de crescimento pode ser a primeira manifestação de uma grande variedade de doenças, tanto endócrinas como não endócrinas. Portanto, é de extrema importância a avaliação frequente e acurada do crescimento de uma criança (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009, p.15).

Considerando a Avaliação Nutricional, no âmbito da saúde do escolar, há a busca pelo desenvolvimento de ações que envolvam, por um lado, “[...] a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição” e, por outro, “[...] a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, o desenvolvimento de pesquisas e recursos humanos e o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos” (BRASIL, 2011a, p. 32).

Assim sendo,

A avaliação do estado nutricional tem se tornado aspecto cada vez mais importante no estabelecimento de situações de risco, no diagnóstico nutricional e no planejamento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Sua importância é reconhecida tanto na atenção primária, para acompanhar o crescimento e a saúde criança e do adolescente, quanto na detecção precoce de distúrbios nutricionais, seja desnutrição, seja obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009, p. 19).

A Avaliação do Calendário Vacinal proposta pelo PSE responde ao preconizado pelo Programa Nacional de Imunização – PNI, por meio do qual são desenvolvidas ações no âmbito da vacinação da população, as quais passaram a representar importantes estratégias de imunização e conseqüentemente, de controle, diminuição e/ou erradicação de diversas doenças infectocontagiosas desde os primeiros dias de vida, conforme indicado pelo Calendário Nacional de Vacinação vigente.

Nesse sentido, torna-se importante destacar que a prática de

Vacinar crianças a partir dos primeiros meses de idade é uma ação de proteção específica contra doenças graves, causadoras de danos definitivos ou letais; portanto, a vacinação de crianças resulta na melhoria do nível de saúde de uma comunidade, pelo seu reflexo nos indicadores de saúde, especialmente na taxa de mortalidade infantil. Assim, metas de vacinação foram estabelecidas com o objetivo de alcançar níveis adequados de imunidade coletiva, capazes de impedir a transmissão das doenças imunopreveníveis (GATTI; OLIVEIRA, 2005, p. 428).

A inserção da prática de atualização do calendário vacinal no âmbito do PSE considera que muitos fatores levam ao abandono da prática de imunização, e, em virtude desse fato, “[...] a intervenção, tanto na saúde como no ensino, deve ser única: alertar e estimular os responsáveis pelos menores a retomar a atualização das vacinas” (SILVEIRA et al., 2007, p. 304).

Atualmente, é inquestionável a importância que as vacinas têm na proteção à saúde e na prevenção de doenças imunopreveníveis, principalmente durante a infância. Como consequência, as autoridades de saúde, em todo o mundo, estabeleceram calendários específicos de vacinas de acordo com a faixa etária infantil. No Brasil, como em outros países, o Ministério da Saúde desenvolve programas de imunização e promove, periodicamente, campanhas

com o intuito de controlar e erradicar doenças a partir da vacinação maciça de crianças (SILVEIRA et al., 2007, p. 300).

Já a detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica em crianças, adolescentes e jovens no PSE leva em consideração que a mesma é um agravo que atinge grande parte da população brasileira e, segundo dados apontados pela Pesquisa Nacional em Saúde (2013), “[...] a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas” (BRASIL, 2014b, p. 35).

Nesse sentido, também é importante considerar que

A incorporação da medida da pressão arterial na avaliação de rotina de crianças e adolescentes tem permitido o diagnóstico mais precoce de HAS secundária em indivíduos assintomáticos, bem como a detecção precoce de HAS primária, que, embora seja diagnóstica principalmente em adultos, inicia-se na infância (BRASIL, 2009, p.33).

Sendo assim, “[...] a determinação da pressão arterial em crianças é recomendada” (BRASIL, 2011a, p. 27) e deve ser desenvolvida como parte integrante da avaliação clínica dentro das ações do PSE.

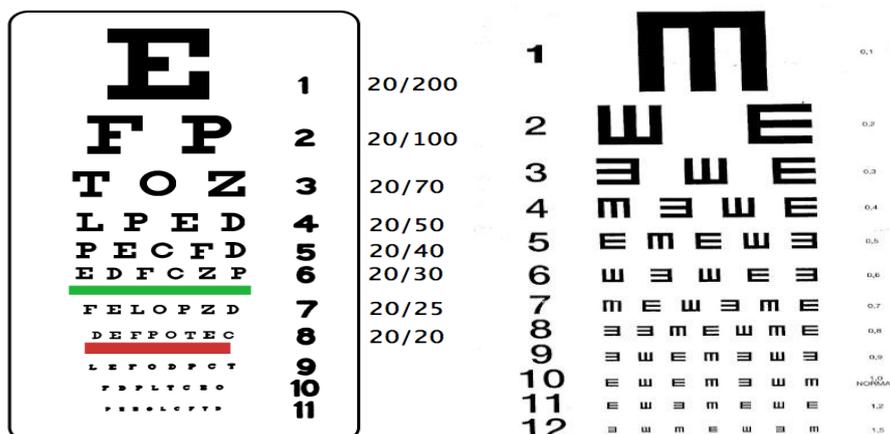
A linha de ação da Detecção Precoce de Agravos de Saúde Negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.), bem como a presença de asma brônquica ou outras doenças crônicas, tem por objetivo, no PSE, a realização de avaliação nos estudantes “[...] para identificar sinais de agravos de saúde negligenciados observando indicadores epidemiológicos locais” (BRASIL, 2011a, p. 28).

Nesse caso, parte-se do contexto de que doenças negligenciadas

[...] são aquelas que contribuem para a manutenção da desigualdade social, pois estão associadas à situação de pobreza, às precárias condições de vida e às iniquidades em saúde. Apesar de serem responsáveis por quase metade da carga de doença nos países em desenvolvimento, os investimentos, tradicionalmente, não priorizaram essa área. Por meio de dados epidemiológicos, demográficos e do impacto da doença, foram definidas prioridades de atuação que compõem o programa do Ministério da Saúde em doenças negligenciadas: dengue, doença de Chagas, leishmaniose, hanseníase, malária e esquistossomose (BRASIL, 2011a, p. 28).

Em relação à Avaliação Oftalmológica, o PSE prevê a “[...] realização da triagem de acuidade visual nos educandos (Teste de Snellen<sup>18</sup>) e identificar educandos com problemas visuais” (BRASIL, 2011a, p. 29).

Figura 1 - Tabelas de Snellen



Fonte: Google imagens.

A Tabela de Snellen, utilizada para a triagem de acuidade visual pode ser composta por letras, números, letra “E”, ou desenhos, e suas variações permitem a utilização da mesma em todas as faixas etárias, inclusive em indivíduos analfabetos ou que ainda não estejam em idade de alfabetização.

A preocupação com a acuidade visual dos estudantes no PSE é justificável, já que,

[...] em razão do esforço visual requerido, podem manifestar distúrbios oculares, como dores de cabeça, tonturas, cansaço visual e olhos vermelhos. Esses sintomas ocorrem principalmente quando estão lendo, escrevendo, pintando ou desenhando com objetos próximos dos olhos. Problemas preexistentes, não identificados, e sem o devido tratamento, podem comprometer a efetividade do processo ensino/aprendizagem, levando-os ao desinteresse e, conseqüentemente, à evasão da escola. Sabendo que os problemas de visão podem ser evitados ou amenizados com atendimento

<sup>18</sup> “A forma mais simples de diagnosticar a limitação da visão é medir a acuidade visual com a Escala de Sinais de Snellen. A escala utiliza sinais em forma de Letra E, organizados de maneira padronizada, de tamanhos progressivamente menores, chamados optotipos. Em cada linha, na lateral esquerda da tabela, existe um número decimal, que corresponde à medida da acuidade visual. A pessoa apresenta visão normal quando, ao ser colocada, a uma distância de 5 (cinco) metros, em frente a uma Escala de Sinais de Snellen, consegue ler as menores letras que nela se encontram. Uma pessoa apresenta limitação da visão quando não enxerga uma ou mais letras da escala, demonstrando maior limitação quando não conseguir visualizar os símbolos de maior tamanho da escala” (BRASIL, 2008, p. 17-18).

preventivo e/ou curativo, torna-se imprescindível que os educandos tenham acesso à consulta oftalmológica e aos óculos, propiciando, dessa forma, condições adequadas para um desenvolvimento sócio-educacional completo (BRASIL, 2008, p. 9).

Com vistas a dar suporte ao PSE no que tange à triagem dos alunos para acuidade visual, os Ministérios da Saúde e Educação lançaram, por meio da Portaria Interministerial nº 15, de 24 de abril de 2007, o Projeto Olhar Brasil<sup>19</sup>.

O projeto prevê um conjunto de recursos para a gestão do cuidado das pessoas identificadas com necessidade de atendimento com profissional especializado e o fornecimento de óculos e outros recursos ópticos, propiciando, assim, condições de saúde ocular favoráveis ao aprendizado do público-alvo, melhorando o rendimento escolar e a qualidade de vida dessa população de forma a reduzir as taxas de evasão e repetência (BRASIL, 2011a, p. 29).

No entanto, os municípios não necessitam aderir ao Projeto Olhar Brasil para que haja a realização da triagem da acuidade visual nos educandos prevista no PSE, pois ela pode ser realizada por profissionais capacitados por meio da aplicação do Teste de Snellen.

Para a linha de ação da Avaliação Auditiva recomenda-se “[...] realizar triagem da acuidade auditiva dos educandos e identificar problemas auditivos” (BRASIL, 2011a, p. 31). Esta ação no PSE está sustentada nos seguintes argumentos:

A audição é um sentido fundamental para o desenvolvimento da fala e extremamente importante nos processos de alfabetização e aprendizagem. Estudos apontam que crianças em idade escolar apresentam algum tipo de alteração auditiva, sendo a maior parte decorrente de acúmulo de cera ou otite secretora, tratáveis, que interferem no desenvolvimento das habilidades auditivas e no rendimento escolar. Essas alterações auditivas, ainda que transitórias e de grau leve, estão associadas a uma série de dificuldades nas crianças: déficits na aquisição do vocabulário, habilidades articulatórias, desatenção, entre outras (BRASIL, 2011a, p. 31).

---

<sup>19</sup> “O Projeto Olhar Brasil, elaborado de forma conjunta pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, propõe-se a atuar na identificação e na correção de problemas de visão em alunos matriculados na rede pública de ensino da Educação Básica, priorizando, inicialmente, o atendimento ao Ensino Fundamental (1ª a 8ª série/1º ao 9º ano), em alfabetizando cadastrados no “Programa Brasil Alfabetizado” e na população com idade igual ou acima de 60 anos. A implementação desse projeto permitirá reduzir as taxas de evasão decorrente de dificuldades visuais, facilitar o acesso à diversidade de contextos sociais e, também, garantir melhoria na qualidade de vida destes cidadãos” (BRASIL, 2008, p. 9).

Já a Avaliação da Saúde Bucal do PSE busca “[...] avaliar o estado de saúde bucal dos educandos e identificar aqueles com necessidade de cuidado em saúde bucal” (BRASIL, 2011a, p. 32). As situações em saúde bucal que necessitam de intervenção são encaminhadas para serem tratadas nas unidades de saúde pela equipe odontológica.

Em relação à Avaliação Psicossocial, preconiza-se que os educandos passem por avaliação e os educandos identificados devem ser encaminhados para “análise interdisciplinar com o envolvimento dos familiares” (BRASIL, 2011a, p. 35).

O Componente II do PSE prevê a realização de ações no âmbito da promoção e prevenção à saúde, com atividades de abrangência coletiva para o público escolar, a saber: Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; a Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; a Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS; a Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas; a Promoção da Cultura de Paz e Prevenção das Violências, e a Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2011a).

As Ações de Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável consideram a realização de “[...] atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis com a comunidade escolar, valorizando os alimentos regionais” (BRASIL, 2011a, p. 36).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), alguns pontos foram investigados em indivíduos adultos. Nesse sentido, em relação ao padrão alimentar, a pesquisa apontou que, no Brasil, “[...] o percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consumiam cinco porções diárias de frutas e hortaliças foi de 37,3%”; entre hábitos não saudáveis referentes à alimentação “[...] estão o consumo regular de refrigerantes, de leite integral, de carnes com excesso de gordura (gordura aparente e frango com pele) e o consumo de sal” (BRASIL, 2014b, p. 25).

A PNS demonstrou, também, outro hábito de alimentação não saudável como “[...] o consumo regular de alimentos doces, como bolos, tortas, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doces em cinco dias ou mais na semana. O percentual de pessoas que referiram esse hábito foi 21,7%” (BRASIL, 2014b, p. 26).

Também ficou evidenciado um consumo excessivo de sal, o qual,

[...] está relacionado ao aumento no risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e doenças renais, entre outras. Na avaliação de 14,2% das pessoas, o próprio consumo de sal era alto ou muito alto. O percentual de mulheres (12,5%) que consideraram seu consumo alto ou muito alto foi menor do que entre os homens (16,1%) (BRASIL, 2014b, p. 27).

A Promoção das Práticas Corporais e Atividade Física nas escolas visa à realização de “[...] práticas corporais orientadas, relacionadas à realidade da comunidade, incluídas no cotidiano escolar” (BRASIL, 2011a, p. 37).

A “[...] prática regular de exercícios físicos ou esportes é considerada como fator de proteção à saúde das pessoas”, já que indivíduos com comportamento sedentário têm “[...] aumento do risco de se contrair doenças, havendo múltiplas evidências de que o número de horas diárias que o indivíduo despense vendo televisão aumenta sua exposição à obesidade e, conseqüentemente, a outras doenças” (BRASIL, 2014b, p. 31).

A Pesquisa Nacional de Saúde (2013) revelou que

A proporção de adultos classificados na condição de insuficientemente ativos no Brasil foi de 46,0%. Estes indivíduos não praticaram atividade física ou praticaram por menos do que 150 minutos por semana [...]. Mais da metade (62,7%) das pessoas de 60 anos ou mais de idade era inativa, e o grupo de idade menos sedentário foi o de 18 a 24 anos de idade, 36,7% (BRASIL, 2014b, p. 31).

As atividades de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Educação para a Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/AIDS preconizam a realização de “[...] atividades abordando as temáticas da saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS e hepatites virais no cotidiano da escola” (BRASIL, 2011a, p. 39).

Já em relação à Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas, a realização de atividades visa abordar a “[...] temática dos riscos e danos do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas no cotidiano da escola” (BRASIL, 2011a, p. 41).

O uso de drogas lícitas ou ilícitas tem influenciado fortemente os hábitos de vida dos indivíduos. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (2013) mostrou que grande percentual da população

[...] com 18 anos ou mais de idade que costumava consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana, foi de 24,0% [...]. Ao analisar este hábito por sexo, entre os homens, a proporção foi de 36,3% enquanto, entre as mulheres foi de 13,0% (BRASIL, 2014b, p. 27).

Ao analisar a idade média para início do consumo de bebida alcoólica, a PNS constatou que a média de idade foi de 18,7 anos (BRASIL, 2014b).

Outro hábito em relação ao consumo de drogas, o tabagismo, contribui “[...] para o desenvolvimento de várias doenças crônicas como doenças cardiovasculares, diversos tipos de câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, pneumonias e asma, problemas oculares como catarata e cegueira, entre outras” (BRASIL, 2014b, p. 32).

A Pesquisa Nacional de Saúde (2013) também constatou que “[...] a prevalência de usuários atuais de produtos derivados de tabaco, fumado ou não fumado, de uso diário ou ocasional, foi de 15,0% (21,9 milhões de pessoas)”. Além disso, “no ambiente domiciliar, a proporção de pessoas não fumantes expostos à fumaça de produtos de tabaco foi de 10,7%” (BRASIL, 2014b, p. 32).

Outra linha de ação do componente II, a Promoção da cultura de paz e prevenção das violências busca desenvolver “[...] atividades no cotidiano da escola abordando as temáticas da diversidade sexual, *bullying*, homofobia, discriminação e preconceito da família e da comunidade” (BRASIL, 2011a, p. 42).

O fortalecimento da cultura de paz e prevenção das violências se dá a partir da vivência de um sentimento de corresponsabilidade nos processos de educação e saúde, mediante o diálogo entre profissionais da saúde e educação, pais, responsáveis e demais membros da comunidade escolar. É fundamental a realização de um diagnóstico situacional dos eventos de violência (*bullying*, homofobia, discriminação, preconceito e/ou outras) que possam estar interferindo na saúde e aprendizagem das crianças e dos adolescentes, com repercussão na convivência familiar, na escola e na comunidade, e na violação de direitos. Deve-se considerar também a violência doméstica e sexual, a tentativa de suicídio e/outras, além dos acidentes no entorno e na escola (BRASIL, 2011a, p. 42).

No âmbito da Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável busca-se, por meio do PSE, “[...] realizar atividades de sensibilização, responsabilização e intervenção do cuidado consigo mesmo e com o ambiente escolar” (BRASIL, 2011a, p. 44). Esse eixo de ação entende a relação entre ambiente e saúde como “[...] duas dimensões inseparáveis, sendo o ambiente indispensável para a ocorrência da existência da vida. É necessário entender a complexidade que envolve as relações entre a sociedade e ambiente: o saber ambiental” (BRASIL, 2011a, p. 44).

O desenvolvimento das ações do Componente III do PSE prevê a criação de um espaço para a formação dos gestores que compõem os GTIs e das Equipes de Educação e de Saúde que atuam no desenvolvimento das ações do PSE. Nesse sentido, compreende-se que

O processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente. Entende-se que a construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais da educação e da saúde, com vistas à integralidade (BRASIL, 2011a, p. 18).

A parceria entre os setores de saúde e de educação visa desenvolver

[...] estruturas de formação e materiais didático-pedagógicos que atendem às necessidades de implantação das ações de:

- 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, 2011a, p. 18).

Dada a discussão desta seção, foi possível identificar tanto as bases legais quanto as linhas de ação do PSE, por meio de seus três componentes. Em síntese, o conhecimento sobre as bases legais e estruturais do PSE vislumbram um importante aspecto no que se refere ao embasamento necessário aos trabalhos desenvolvidos intersetorialmente pelas equipes de Saúde e de Educação básicas com alunos da rede pública de ensino do país.

## 2.2 A Intersectorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE

Como já mencionado, o PSE é um Programa Interministerial, cujas bases pautam-se na execução de ações entre saúde e educação, com o intuito da Promoção da Saúde e diminuição de vulnerabilidade em educandos da rede pública de ensino do país. Para tanto, busca-se apresentar, nesta seção, a concepção de Intersectorialidade Saúde e Educação, tendo como base para a análise os Cadernos emitidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação voltados para o desenvolvimento do PSE.

Nesse sentido, os cinco Cadernos do PSE<sup>20</sup> selecionados para este estudo contemplam: a) Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola (2009), lançado pelo Ministério da Saúde, que contempla atividades do Programa Saúde da Família no que tange ao desenvolvimento das ações do PSE; b) Passo a Passo PSE: Tecendo caminhos da Intersectorialidade (2011a), emitido pelo Ministério da Saúde; c) Saúde na Escola (2012e), emitido pelos Ministérios da Saúde e da Educação; d) Manual Instrutivo Saúde na Escola (2013c), publicação dos Ministérios da Saúde e da Educação; e o e) O Caderno do Gestor do Programa Saúde na Escola (2015a), também publicação dos Ministérios da Saúde e da Educação.

O objetivo principal do PSE é a articulação entre a saúde e a educação, ou seja, das redes públicas de educação e saúde. O desenvolvimento do PSE tem como finalidade ofertar serviços num mesmo território e propiciar a qualificação das políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2013a). Dessa forma, o PSE deve 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 e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos (BRASIL, 2011a, p. 7).

---

<sup>20</sup> Vale ressaltar que uma série de outros Cadernos foram emitidos ou podem ser utilizados para apoio nas ações do PSE como é o caso, por exemplo, dos Cadernos de Alimentação e Nutrição, dos Cadernos do Programa Nacional de Imunização, entre outros. No entanto, os Cadernos selecionados para estudo são aqueles que tratam especificamente do PSE.

Salienta-se que a Intersetorialidade Saúde e Educação no desenvolvimento do PSE acontece de maneira que as equipes de Atenção Primária à Saúde, sejam elas Equipes de Saúde da Família - ESFs ou Equipes de Atenção Básica (AB), passem a trabalhar mediante a interlocução escola/equipe de saúde no desenvolvimento das ações preconizadas pelo programa dentro de seu território de abrangência<sup>21</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é caracterizada, no cenário brasileiro,

[...] como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. [...] Se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1997a, p. 8).

Sendo assim, as escolas contidas em cada área de abrangência das ESFs ou das equipes de Atenção Básica passam a ser concebidas, nesta perspectiva, como um espaço de relação que propicie o “[...] desenvolvimento do pensamento crítico e político, na medida em que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde” (BRASIL, 2011a, p. 5).

O desenvolvimento do PSE segue as recomendações da OMS ao incorporar a Atenção Primária à Saúde no desenvolvimento das ações do programa, com vistas à atenção a problemas de saúde emergentes que necessitam ser trabalhados de maneira preventiva e, idealmente, sanados, evitando-se problemas de saúde futuros.

---

<sup>21</sup> A Portaria nº 2.488/GM/MS/2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta portaria considera que cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição e que para áreas mais vulneráveis é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, aproximando de 2.000 pessoas por equipe. Com a publicação da Portaria nº 2.355/2013, houve alteração na fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família, este fator permite que em municípios/áreas geográficas com condições necessárias pode haver um número maior de equipes, permitindo a expansão da cobertura e a diminuição do número de usuários por equipe (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013d).

[...] é preciso para dar resposta efectiva aos desafios de saúde do mundo de hoje, os valores da equidade, solidariedade e justiça social que orientam o movimento dos CSP, e as crescentes expectativas da população em sociedades em modernização [...] reformas que garantam que os sistemas de saúde contribuem para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, primordialmente através do progresso do acesso universal e da protecção social da saúde (OMS, 2008, p. XVI).

No ambiente escolar, há a defesa da discussão teórica-prática sobre saúde e doença por meio de atividades multiprofissionais com o desenvolvimento do trabalho intersetorial.

O setor educacional, dada sua capilaridade e abrangência, é um aliado importante para a concretização de ações de Promoção da Saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à comunidade, para a criação de ambientes saudáveis e para a consolidação de uma política intersetorial voltada para a qualidade de vida, pautada no respeito ao indivíduo e tendo como foco a construção de uma nova cultura da saúde (BRASIL, 2002a, p. 533).

Em virtude desta questão, aponta-se para a necessidade da prática e desenvolvimento de ações de Saúde na Escola, vislumbrando o ambiente escolar como um importante espaço de atuação de diversas áreas do conhecimento, entre elas a saúde. As atividades devem ser trabalhadas tanto baseadas no aspecto de abordagem individual/curativa, quanto por meio de ações de educação em saúde abrangendo os aspectos de prevenção e educação a todos os estudantes da rede pública de ensino do país.

Assim, o PSE, enquanto Programa Interministerial, busca a prática da Intersetorialidade Saúde e Educação no desenvolvimento dos três componentes propostos. No entanto, para que seja possível discutir o processo de Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE, se faz necessário abordar alguns conceitos ancorados em referencial bibliográfico acerca do tema Intersetorialidade.

O tema intersetorialidade em saúde vem sendo discutido com mais foco desde a implantação do SUS, que pauta um de seus princípios na intersetorialidade. Princípios ambiciosos, assim como todo o SUS, que vinha na contra mão da tendência política vigente, buscando a universalização da saúde como direito de todo cidadão, a descentralização das decisões a nível local e a participação do

cidadão nas decisões e a universalização do acesso (BERNARDI, et al., 2010, p. 137).

A Intersetorialidade Saúde e Educação visa fortalecer a oferta das Políticas Sociais, como forma de propiciar o acesso da população à saúde, o que remete à concepção de um conceito ampliado de saúde.

Diante do novo conceito ampliado de saúde que não contempla apenas a doença, mas o direito a qualidade de vida, as atuais políticas públicas, fragmentadas e centradas no modelo hospitalocêntrico se mostram incipientes em suprir as necessidades individuais e coletivas do cidadão e sua totalidade. Para que possamos nos aproximar deste modelo, faz-se necessária a articulação com as políticas de educação, assistência, habitação, trabalho, além da readequação dos serviços profissionais e instituições de saúde (BERNARDI, et al., 2010, p. 138).

Nestes moldes, a intersetorialidade busca, sobretudo, considerar a atuação em conjunto de cada política governamental, de modo que cada um contribua para o alcance dos direitos sociais pelos cidadãos e, conseqüentemente, a melhoria das condições de vida da população.

A intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses (JUNQUEIRA, 2000, p. 42).

Os apontamentos realizados expressam que os caminhos da intersetorialidade indicam não só o desenvolvimento de ações dentro de um território, mas também possuem relevância na formulação e oferta de Políticas Sociais. Além disso, guiam a atuação dos indivíduos no que se refere a mudanças de atitude e comportamento em relação à corresponsabilização por sua condição de saúde.

Tratar os cidadãos de um mesmo território e seus problemas de maneira integrada exige um planejamento articulado das ações e serviços. Mas isso só não basta. Esse novo fazer envolve mudanças de valores, da cultura que é refletida nas normas sociais e regras que pautam o agir de grupos e organizações sociais (JUNQUEIRA, 2000, p. 42).

Quando incorporada na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e tratada como minimizadora de iniquidades sociais causadas pelo capitalismo, a Intersetorialidade é entendida como de atuação do Estado enquanto responsável pela oferta de Políticas Sociais, e como de atuação dos usuários dos serviços enquanto corresponsáveis por seu desenvolvimento e sucesso.

A ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade entre trabalhadores da Saúde, usuários e território em que se localizam altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor Saúde o desafio de construir a intersectorialidade (BRASIL, 2010, p. 13).

Sendo assim, compreende-se a Intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensarem a questão da saúde, de corresponsabilizarem-se pela garantia da saúde como direito amparado pela Constituição Federal (1988), e de mobilizarem-se na formulação de intervenções que a propiciem. Nesse caso,

O processo de construção de ações intersectoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2010, p. 13-14).

Fica perceptível, diante do exposto, que a questão da Intersetorialidade aparece em destaque, também, como estratégia de Promoção da Saúde, quando tratada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS - 2006) como importante ferramenta para a busca de melhores possibilidades e melhoria das condições de saúde.

### 2.2.1 A Intersetorialidade nos Cadernos do PSE na Gestão e nos Grupos de Trabalhos Intersetoriais - GTIs

A Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE, objeto de estudo dessa dissertação, surge como eixo norteador em todas as esferas do desenvolvimento do Programa. Sendo assim, a gestão de forma compartilhada das ações do PSE vai desde o nível Federal, até o desenvolvimento dos trabalhos locais nas escolas.

O Caderno *Passo a Passo PSE - Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersetorialidade* (2011a) sustenta a questão da Intersetorialidade como o conjunto de ações que devem ser desempenhadas em todas as esferas do Governo (Federal, Estadual e Municipal) com vistas ao planejamento e execução das ações do PSE. Ressalta, também, a importância da articulação destes setores para redução de vulnerabilidade nos escolares, haja vista que “[...] as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público” (BRASIL, 2011a, p. 5).

Nesse sentido o *Caderno Manual Instrutivo Programa Saúde na Escola (2013c)* enfatiza que

A gestão intersetorial compartilhada se dá em todas as esferas de governo e é fundamental para construir ações integrais de educação e saúde. É no diálogo entre os representantes dos diferentes setores que será possível aprofundar saberes e construir práticas que considerem potencialidades e vulnerabilidades do território [...] (BRASIL, 2013c, p. 5).

Muitas vezes, reiteram-se as afirmações quanto aos indicativos da Intersetorialidade Saúde e Educação na gestão do PSE. O anúncio em mais de um Caderno é constatado, por exemplo, no Caderno *Passo a Passo PSE - Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersetorialidade* (2011a) e no Caderno no Gestor do PSE (2015a):

Para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana da intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes de Saúde da Família. Assim, a sinergia entre as políticas de

saúde e de educação pode garantir às crianças, aos adolescentes e aos jovens acesso a uma qualidade de vida melhor [...] (BRASIL, 2011a, p. 14).

Para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana da intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes de Saúde da Família. Assim, a sinergia entre as políticas de saúde e de educação pode garantir às crianças, aos adolescentes e aos jovens acesso a uma qualidade de vida melhor [...] (BRASIL, 2015a, p. 19).

Aos setores da Saúde e da Educação são atribuídas as responsabilidades relativas ao conhecimento do território e o desenvolvimento dos trabalhos do PSE, de modo que as ações sejam planejadas e partilhadas entre os dois setores. Esse conhecimento do território não só representa o vínculo entre a comunidade geral, a comunidade escolar e as equipes de Educação e Saúde básicas, mas incita também que as realidades locais sejam conhecidas e possam ser contempladas na atuação e no desenvolvimento das ações do PSE.

A gestão intersetorial compartilhada se dá em todas as esferas de governo e é fundamental para construir ações integrais de educação e saúde. É no diálogo entre os representantes dos diferentes setores que será possível aprofundar saberes e constituir práticas que considerem as potencialidades e vulnerabilidades do território, assim como a criação de atividades que promovam atuação compartilhada e fortalecida junto à comunidade, tendo a escola e a unidade de saúde como instituições provocadoras (BRASIL, 2013c, p. 5).

Essas orientações reforçam o discurso de que a Intersetorialidade Saúde e Educação possibilitam às crianças e jovens assistidas pelo PSE a melhoria de suas condições básicas de vida por meio do trabalho articulado entre saúde e educação na oferta de práticas mais saudáveis nos ambientes escolares.

Outra questão que fica bastante evidente na proposição da prática da Intersetorialidade Educação e Saúde na composição e atuação dos GTIs é a atuação dos grupos de trabalho, os quais são importantes instrumentos para o desenvolvimento do PSE. Essa questão é constatada em trechos dos Cadernos que anunciam que:

Os GTIs devem ser compostos, 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) (BRASIL, 2011a, p. 9).

Os GTIs devem ser compostos, por, pelo menos, um representante da Secretaria de Saúde e um da Secretaria de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas públicas e/ou movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental, entre outros), assim como pelos educandos (BRASIL, 2013c, p. 5).

Os GTIs devem ser compostos, obrigatória e minimamente, por representantes das secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais (representação de jovens, cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros” (BRASIL, 2015a, p.15).

Fica evidente, conforme descrito acima, que, na composição dos GTIs, os dois setores, Saúde e Educação, representam os principais gestores dos grupos de trabalho intersetoriais, e que, a critério de cada gestão, pode-se contar com o auxílio e participação facultativa de outros setores afins, de modo a reforçar as redes de participação no PSE. Os educandos também podem ser inclusos nos GTIs, firmando, mais uma vez, a questão já discutida sobre a participação dos educandos no PSE.

O caderno *Passo a Passo PSE - Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersetorialidade* (2011a) reforça a importância do trabalho intersetorial nos GTIs, pois “somente a gestão intersetorial do PSE, fortalecida pelos GTIs (saúde e educação), impulsionará os avanços necessários” (BRASIL, 2011a, p. 9).

A proposta de coordenação do PSE por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais é centrada na gestão compartilhada, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados, coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais. As decisões são compartilhadas por meio de análises e avaliações construídas intersetorialmente. O trabalho no GTI pressupõe, dessa forma, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais (BRASIL, 2011a, p. 9).

Para o *Caderno do Gestor do PSE* (2015a), mais voltado para a questão da gestão do PSE, a Intersetorialidade Saúde e Educação são vistas como atividades que devem ser desenvolvidas entre os setores da Saúde e da Educação nas diferentes esferas do Governo com os GTIs, de maneira a subsidiar o desenvolvimento das ações do PSE realizadas pelas equipes de Saúde e Educação Municipais. Nessa perspectiva, o Caderno (2015a) ressalta que “[...] o planejamento do programa e da adesão deve ser realizado conjuntamente entre as áreas da saúde e educação” (BRASIL, 2015a, p. 12).

O *Caderno do Gestor do PSE* (2015a) também reforça a pertinência do GTI-M nos trabalhos referentes à gestão do PSE e reitera a importância deste processo ser desenvolvido de forma intersetorial e com consenso de definições de trabalhos, objetivos e metas. A incumbência do GTI-M é a de “[...] definir intersetorialmente metas e coberturas de ações” (BRASIL, 2015a, p. 12).

Nesse sentido, tratar das ações do PSE torna-se um desafio aos setores Saúde e Educação já que, para Gomes (2012),

O desenho do PSE parte dessa necessidade de articular e integrar os setores da saúde e da educação para ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde aos estudantes e seus familiares, por meio de ações intersetoriais, envolvendo assistência, Promoção da Saúde e prevenção de agravos. No PSE, a proposta é que essa articulação ocorra, principalmente, entre as Equipes de Saúde da Família (ESF) e as escolas do território de adscrição dessas equipes, atendendo às diversas demandas da comunidade escolar, na perspectiva da atenção integral [...] (GOMES, 2012, p. 11).

Dessa forma, a defesa da Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE (2009, 2011a, 2012e, 2013c e 2015a) não só aponta para as práticas entre os setores de Saúde e Educação nas ações das escolas, mas os Cadernos citam o desenvolvimento da Intersetorialidade Saúde e Educação também quando sugerem a participação da comunidade como parceiras das ações do PSE, o que reforça as proposições da PNPS (2006) em relação à corresponsabilização dos estudantes quanto a sua condição de saúde.

Nesse sentido, os Cadernos do PSE reforçam, também, que outros setores podem ser incorporados nas ações do PSE como, por exemplo, o setor de Ação Social, como parceiro na Intersetorialidade com vistas à minimização de

vulnerabilidades sociais dos estudantes, porém não especifica como ou em que momento esses setores participariam do desenvolvimento das ações do programa.

[...] essa parcela da população está exposta a graves riscos de adoecimento e a situações de vulnerabilidade, que precisam ser objeto prioritário de ação eficaz pelo sistema de saúde, em conjunto com outros setores, particularmente os de Educação e Ação Social (BRASIL, 2009, p. 15).

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, 2011a, p. 9).

Essa perspectiva indica que o desenvolvimento das atividades do PSE requer parcerias com outros setores, eleitos de acordo com a temática de ação a ser trabalhada, principalmente nas atividades relacionadas ao Componente II, que realiza ações no âmbito da educação em saúde. A articulação com outros setores em abordagens ou situações individualizadas de cada educando identificadas no desenvolvimento das ações do Componente I depende da necessidade de cada caso, as alterações oftalmológicas, por exemplo, depende de encaminhamentos para outros níveis de atenção a Saúde. Já os atrasos no calendário vacinal são solucionados na própria unidade de saúde.

Quanto à gestão dos recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das ações do PSE na modalidade Piso de Atenção Básica - PAB variável, repassados da esfera Federal para a Municipal, deve ser pautada na Intersetorialidade, de modo que o GTI-Municipal realize o planejamento de sua aplicação.

O recurso do PSE é um incentivo que deve ser empenhado para efetivar as ações do programa: a gestão de seu uso deve ser intersetorial (Saúde e Educação) de responsabilidade do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) (BRASIL, 2015a, p. 11).

Sendo assim, nesta seção, foi possível evidenciar que a proposta da Intersetorialidade Saúde e Educação do PSE perpassa as três esferas do Governo (Federal, Estadual e Municipal). Na esfera Federal e Estadual, a Intersetorialidade Saúde e Educação são defendidas visando às ações normativas referentes ao PSE e ao repasse de recursos, controle e avaliação das metas pactuadas. Na esfera

Municipal, ocorre a indicação de ações intersetoriais para a adesão, planejamento e execução das ações previstas pelo PSE, através do GTI-M. Os Cadernos do PSE reforçam, sobretudo, que uma gestão intersetorial dos setores da Saúde e da Educação corresponde às condições necessárias ao alcance dos objetivos do PSE. Eles reforçam, também, a corresponsabilização da comunidade e de outros segmentos das Políticas Sociais, enquanto constituintes dos GTIs – M na busca do desenvolvimento de ações integrais por meio do PSE.

### **2.2.2 A concepção de Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE**

Partindo do que já foi tratado sobre a gestão do PSE nas três esferas de governo, passamos a discutir o conceito de Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE (2009, 2011a, 2012e, 2013c e 2015a), particularmente sobre o trabalho das Equipes de Saúde e Educação no que se refere ao desenvolvimento das ações do PSE.

O conteúdo dos Cadernos do PSE sustenta a prática da Intersetorialidade Saúde e Educação desde os trabalhos *in locu* na atenção aos estudantes nas escolas, até a gestão do programa nas Esferas Federal, Estadual e Municipal quando do planejamento, implantação e condução da oferta de Políticas Sociais, aqui especificamente o PSE.

No Caderno *Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola* (2009), o conceito de Intersetorialidade Saúde e Educação nas práticas de atividades do PSE aponta para a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF), como importante agente nesse processo:

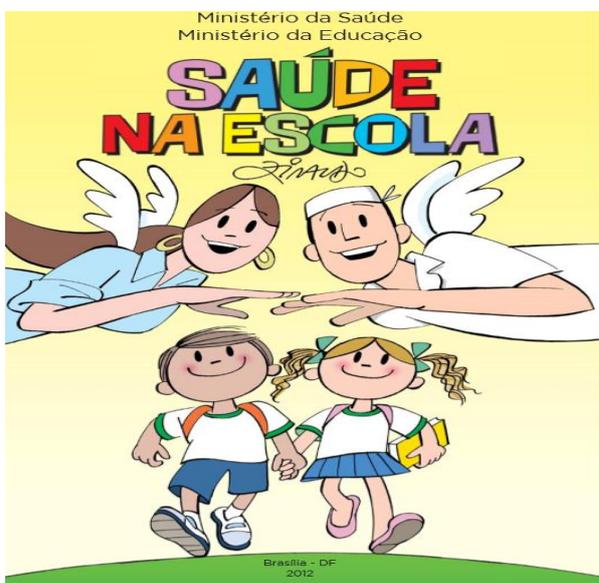
[...] as Equipes de Saúde da Família (ESF) devem se constituir como importantes agentes desencadeadores das iniciativas de Promoção da Saúde escolar em todas as localidades e espaços, [...] as equipes de Saúde da Família podem contar com o apoio dos profissionais da educação, buscando se instrumentalizar sobre o uso de ferramentas pedagógicas e educacionais que podem ser incorporadas à sua abordagem de educação e comunicação em saúde (BRASIL, 2009, p. 16).

A ação de desenvolvimento de trabalhos intersetoriais entre os setores Saúde e Educação é reconhecida como prática positiva nos Cadernos do PSE e, por meio do estímulo de tal prática, se torna possível a oferta de melhores possibilidades de qualidade de vida aos alunos. Conforme explicitado no Caderno *Passo a Passo PSE - Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersetorialidade* (2011a), “[...] essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos” (BRASIL, 2011a, p. 6).

O Caderno *Saúde na Escola* (2012e), documento bastante lúdico, composto de várias ilustrações e frases sobre a questão da Saúde na Escola, expressa de forma positiva a prática da Intersetorialidade Saúde e Educação. Busca, nesse sentido, explicar os vários assuntos trabalhados para o desenvolvimento das ações do PSE entre saúde e educação, e reforçar que “a educação e a saúde devem estar juntas na escola” (BRASIL, 2012e, p. 10).

A capa do Caderno *Saúde na Escola* (2012e) vem, do mesmo modo, reforçar o exposto acima, com a ilustração da capa apresentando os alunos devidamente uniformizados, dirigindo-se à escola. Na parte superior dos alunos há dois adultos, cada um com uma vestimenta que representa os profissionais de Saúde e Educação. Esses dois profissionais possuem asas e estão em imposição das mãos sobre as crianças, indicando a posição de “proteção”.

**Figura 2 – Ilustração de Capa do Caderno *Saúde na Escola* (2012e)**



Fonte: BRASIL, 2012e, capa.

O Caderno *Saúde na Escola* (2012e) também reforça os benefícios que o trabalho de cada profissional de Saúde e Educação trará para o ambiente escolar e para os alunos com o incremento das ações do PSE nas escolas, através de discussões sobre temas relevantes para a vivência cotidiana dos alunos.

Vai ser bom para quem anda comendo demais... vai ser bom para quem anda enxergando de menos...e para aqueles que estão começando a descobrir a vida...em casa, os pais vão ficar sabendo como alimentar melhor a família e ganhar hábitos mais saudáveis (BRASIL, 2012e, p. 11-14).

As frases descritas acima podem ser observadas nas ilustrações apresentadas na sequência, as quais também foram extraídas do Caderno *Saúde na Escola* (2012e) e reforçam os temas a serem trabalhados com os alunos. Outras frases reforçam a utilização do ambiente escolar como local de parcerias entre saúde e educação e favorecem a perspectiva de sustentação do discurso da Promoção da Saúde e da Educação dos alunos.

Figura 3 – Ilustrações do Caderno *Saúde na Escola* (2012e)



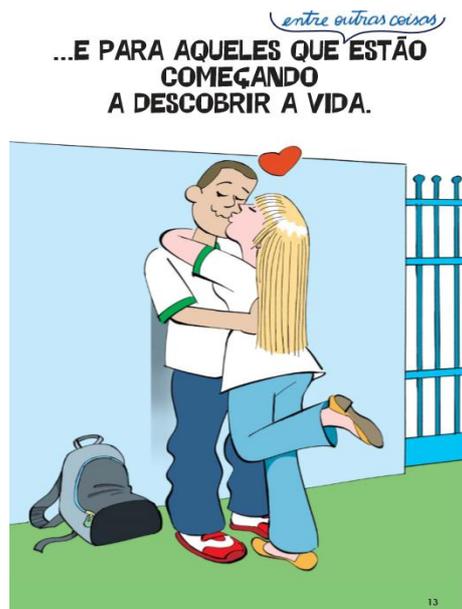
Fonte: BRASIL, 2012e, p. 8.

Fonte: BRASIL, 2012e, p. 10.

Fonte: BRASIL, 2012e, p. 11.



Fonte: BRASIL, 2012e, p. 12.



Fonte: BRASIL, 2012e, p. 13.

Dessa maneira, o Caderno *Saúde na Escola* (2012e) também destaca que “[...] em sala, os professores vão conversar mais com seus alunos” e que essa ação irá repercutir no comportamento e atitudes “[...] em aula, os alunos vão estar mais unidos, deixando de lado o preconceito e respeitando a diversidade” (BRASIL, 2012e, p. 15-16). Esse discurso, pode-se dizer, retoma os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), os quais defendem que a escola deve incorporar temáticas às disciplinas que já existem de modo a dar abertura para discussões com os estudantes sobre assuntos relacionados ao Meio Ambiente, à Pluralidade Cultural, à Ética, à Saúde e à Orientação Sexual (BRASIL, 1997b), ou seja, os temas transversais.

O Caderno *Saúde na Escola* (2012e) também reforça que

A saúde vai estar mais próxima, com os profissionais de saúde, ao longo de todo o ano, orientando a turma na escola... Com a ajuda da escola, os profissionais de saúde vão estar sempre aí, pra cuidar dos pequeninos... dos engraçadinhos... E dos mais crescidinhos. (BRASIL, 2012e, p. 17-22).

Figura 4 – Ilustrações do Caderno *Saúde na Escola* (2012e)



Fonte: BRASIL, 2012e, p. 15.



Fonte: BRASIL, 2012e, p. 17.

Outro fato perceptível no Caderno *Saúde na Escola* (2012e), e que pode ser visualizado nas ilustrações acima, é que nelas estão representadas as duas formas de abordagem com os alunos, as quais respondem às ações dos componentes I e II do PSE <sup>22</sup>.

O caderno *Saúde na Escola* (2012e) ressalta, ainda, que os conhecimentos e habilidades desenvolvidas com as ações do PSE irão além dos muros das escolas, deixando evidente que os alunos levarão os conhecimentos adquiridos no ambiente escolar para as suas casas, família e comunidade, beneficiando todos em seu entorno, uma premissa de responsabilização do estudante para com as mudanças em sua realidade local, ou seja, a perspectiva do empoderamento e autonomia individual.

Os resultados, todos irão ver... Todos irão notar... E alguns... Irão amar! Professores motivados... Famílias orgulhosas... Filhos saudáveis... Nossa juventude crescendo com disposição... Pronta pra mostrar sua alegria, seu talento, suas conquistas... Voltando pra casa com mais conhecimento... E mais saúde! O resultado dessa soma vai ser ótimo para o Brasil! Educação e saúde juntas é a melhor receita! (BRASIL, 2012, p. 23-32).

As ações do PSE do Caderno *Saúde na Escola* (2012e) indicam a busca pela Promoção da Saúde mediante a articulação entre a saúde e a educação sustentada

<sup>22</sup> Para lembrar: a execução dos Componentes I, II e III do PSE contemplam tanto atividades com abordagem individual, quanto coletiva.

pela defesa da intersetorialidade, visando à ampliação dos conhecimentos e, conseqüentemente, das condições de saúde dos estudantes da rede pública de ensino do país. Esse fato, defendido pelos Cadernos do PSE, reforça o discurso de que o conhecimento individual é um dos fatores principais na condição de saúde. Pautados neste raciocínio, os Cadernos buscam “[...] transformar questões sociais em biológicas [...]” (COLLARES; MOYSÉS, 1996, p. 29), reforçando o discurso de que “[...] para ter saúde é preciso ter conhecimento e para aprender é preciso ser sadio, e seu reverso: a causa da doença é a ignorância e a causa de não aprender é a doença” (COLLARES; MOYSÉS, 1996, p. 74).

Outro Caderno que vem reforçar a importância da integração entre os setores da Saúde e da Educação básica para o desenvolvimento de ações intersetoriais do PSE é o *Caderno Manual Instrutivo Saúde na Escola* (2013c). Esse Caderno também reforça que as ações intersetoriais entre a saúde e a educação, somadas a estudantes participativos munidos dos conhecimentos necessários, resultarão na construção e fortalecimento de Políticas Sociais com a perspectiva de integração para o desenvolvimento da cidadania.

A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é à base do Programa 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. Sua sustentabilidade e qualidade dependem de todos nós! (BRASIL, 2013c, p. 4).

Seguindo a mesma linha, o *Caderno do Gestor do PSE* (2015a) aponta que o desenvolvimento das ações parte de uma base de Gestão Intersetorial do trabalho das Equipes de Atenção Básica e Equipes das Escolas. Para tal, ressalta que o planejamento das ações locais deve ser incorporado no Projeto Político-Pedagógico da escola, de forma a ser integrada no trabalho dos professores em sala de aula, para que as atividades do PSE passem a fazer parte da vivência escolar e sejam articuladas aos trabalhos desenvolvidos pelas Equipes de Saúde.

As atividades em Saúde a serem desenvolvidas façam parte do Projeto Político-Pedagógico escolar, atendendo às 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 (BRASIL, 2015a, p. 18).

As propostas de Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE reforçam que tanto o planejamento quanto o desenvolvimento das ações do PSE devem ser compartilhados entre os setores da Saúde e da Educação. Nesse sentido, desenvolver ações de saúde no ambiente escolar não se restringe apenas à abertura das portas da escola para a saúde, mas, significa inserir ações de saúde no cotidiano das escolas.

O *Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola* (2009), juntamente com o *Caderno Passo a Passo PSE - Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersectorialidade* (2011a) e com as proposições gerais sobre Intersetorialidade Saúde e Educação no desenvolvimento das ações do PSE destacam, na forma de anexos nos Cadernos, as várias linhas de ação dos Componentes I, II e III do PSE, favorecendo o desenvolver das atividades pelas Equipes de Saúde e Educação. Vale ressaltar que as linhas de ações que compreendem cada Componente do PSE já foram destacadas na seção 2.1 do Capítulo II desta pesquisa.

Dessa forma, no decorrer da análise, foi possível desvelar o conceito de Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE (2009, 2011a, 2012e, 2013c e 2015a). O conceito de Intersetorialidade Saúde e Educação nos textos dos Cadernos do PSE possui extrema relevância, pois converge com as práticas dos trabalhos realizados pelas Equipes de Saúde e de Educação do PSE. A Promoção da Saúde, a interface entre os conceitos ampliado e restrito de saúde e o processo saúde-doença constituem-se nos principais conteúdos evidenciados e que respondem ao conceito de Intersetorialidade Saúde e Educação.

A Promoção da Saúde, como já sinalizado pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS - 2006), do Ministério da Saúde, é uma das principais estratégias proposta para o alcance de bons níveis de saúde pela população. Nesse sentido, há a busca pela inversão do modelo de atenção à saúde: de um conceito centrado em um modelo biomédico de fornecimento de ações em saúde, de caráter curativo, para um conceito centrado na participação de indivíduos no desenvolvimento de estratégias que visem a melhorias das condições que são causadoras de doenças, tendo o indivíduo como central nesse processo.

As proposições, sobretudo da OMS, indicam que uma das questões mais relevantes para a busca da Promoção da Saúde é a utilização da intersectorialidade

de ações pelas Equipes de Saúde e Educação, haja vista as várias facetas consideradas necessárias para que seja possível o alcance de condições desejáveis de saúde. Como exemplo, é possível destacar o que preconiza a Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2006), a qual considera que:

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas (BRASIL, 2010, p. 12).

Esse apontamento da PNPS (2006) indica o indivíduo e a comunidade novamente como sujeitos que devem ser incluídos no processo de desenvolvimento de adequadas condições de saúde, fato que se estende ao PSE quando o programa considera a inclusão dos estudantes por meio do empoderamento e autonomia com vistas a uma participação ativa na produção e construção de melhores condições de vida e saúde.

Destacamos, aqui, alguns conceitos sobre a Promoção da Saúde de modo a contribuir com os apontamentos desta análise. Para Sicolí e Nascimento (2003) a Promoção da Saúde é entendida como

[...] uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (SICOLÍ; NASCIMENTO, 2003, p. 102).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) reforça que a Promoção da Saúde deve estar ancorada em sete princípios: participação social, ações multi-estratégicas, empoderamento, concepção holística, intersetorialidade, equidade e sustentabilidade. A intersetorialidade aparece apontada como um dos princípios para o desenvolvimento da Promoção da Saúde, sendo que “[...] iniciativas de Promoção da Saúde são programas, políticas e outras atividades organizadas”

(WHO, 1998, p. 8) que devem ser planejadas e implementadas de acordo com os princípios acima citados. Esses princípios são assim detalhados:

**Empowering:** Health promotion initiatives should enable individuals and communities to assume more Power over the personal, socioeconomic and environmental factors that affect their health.

**Participatory:** Health promotion initiatives should involve those concerned in all stages of planning, implementation and evaluation.

**Holistic:** Health promotion initiatives should foster physical, mental, social and spiritual health.

**Intersectoral:** Health promotion initiatives should involve the collaboration of agencies from relevant sectors.

**Equitable:** Health promotion initiatives should be guided by a concern for equity and social justice.

**Sustainable:** Health promotion initiatives should bring about changes that individuals and communities can maintain once initial funding has ended.

**Multi-strategy:** Health promotion initiatives should use a variety of approaches, including policy development, organizational change, community development, legislation, advocacy, education and communication, in combination with one another<sup>23</sup> (WHO, 1998, p. 8).

A concepção que reafirma os princípios da Promoção da Saúde remete ao conceito de empoderamento individual, no qual o indivíduo incorpora atitudes e comportamentos apropriados, mediante a assimilação de informações repassadas ou ensinadas e, dessa maneira, passa a atuar diretamente como responsável e agente de mudança de sua realidade, o que pressupõe o princípio liberal da individualidade<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> Empoderamento: iniciativas de Promoção da Saúde devem permitir aos indivíduos e as comunidades assumir mais poder sobre o pessoal, o socioeconômico e o ambiental, fatores que afetam sua saúde.

Participação social: iniciativas de Promoção da Saúde deve envolver os interessados em todas as fases de planejamento, implementação e avaliação.

Concepção Holística: iniciativas de Promoção da Saúde devem promover o físico, a saúde mental, o social e o espiritual.

Intersetorialidade: iniciativas de Promoção da Saúde devem envolver a colaboração de setores relevantes.

Equitativo: iniciativas de Promoção da Saúde devem ser guiadas pela preocupação com a equidade e justiça social.

Sustentáveis: iniciativas de Promoção da Saúde devem trazer mudanças que os indivíduos e as comunidades podem manter, uma vez que o financiamento inicial foi encerrado.

Ações Multi - estratégias: iniciativas de Promoção da Saúde devem utilizar uma variedade de abordagens, incluindo o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, legislação, defesa, educação e comunicação, em articulação de um com o outro (WHO, 1998, livre tradução da autora).

<sup>24</sup> A respeito dos princípios liberais pode-se anunciar, sucintamente, que: "O liberalismo é um sistema de crenças e convicções, isto é, uma ideologia", cujos princípios pautam-se no individualismo, na liberdade, na propriedade, na igualdade e na democracia. "O individualismo é o princípio que considera o indivíduo enquanto sujeito que deve ser respeitado por possuir aptidões e talentos

Sendo assim, a condição de saúde ou de doença de cada um é resultado de falta de cuidados individuais. Para Faleiros (1986),

[...] a fala e o discurso oficial a respeito de várias intervenções do Estado apresentam as Políticas Sociais como boas em si mesmas e como bons aqueles que os fazem. [...] Esses agentes falam das necessidades do povo, em minorar seu sofrimento, em melhorar sua sorte através do esforço de cada um. [...] Além de fazer o povo aceitar e, portanto, legitimar essas intervenções do Estado e de seus agentes, esses discursos fazem a população acreditar na *bondade do sistema* e no *fracasso individual*. A falta de assistência educacional, a falta de nutrição e saúde, a falta de moradia, a falta de emprego, de lazer, a falta de roupas e alimentos, ou seja, a doença, o desemprego e a fome são atribuídos a falhas individuais ou a ausência de sorte na vida, pois com Políticas Sociais o sistema surge como atuante e preocupado com todos (FALEIROS, 1986, p. 16, grifos do autor).

Essa condição indica de que os conhecimentos e as atitudes individuais são capazes de modificar a realidade em que cada um está inserido. A responsabilização dos estudantes, sustentada pelo princípio do empoderamento, está associada ao fornecimento de informações que possam ser capazes de favorecer uma mudança de hábitos, sendo o sujeito o protagonista das melhorias de condições em sua própria vida. O *Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola* (2009) sustenta o desenvolvimento, em cada um, da

[...] capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Nesse processo, as bases são as “forças” de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2009, p. 11).

A Declaração de Jacarta (1997) também reafirmou essa proposição ao expressar, em sua redação, que a Promoção da Saúde “[...] está sendo reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. É um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde e para melhorá-la” (OMS, 1997, p. 3).

---

próprios, atualizados ou em potencial [...]. Com este princípio [o individualismo], a doutrina liberal não só aceita a sociedade de classes, como fornece argumentos que legitimam e sancionam essa sociedade. É verdade que ela rejeita os estratos sociais “congelados” ou “cristalizados”, mas não a divisão da sociedade de classes” (CUNHA, 1975, p. 28-29, grifos do autor).

Dessa maneira, a Saúde e a Educação básicas no PSE constituem-se na tarefa de estimular, nos alunos, as atitudes proativas, para com o cuidado com a sua saúde e com adoção de comportamentos favoráveis, a chamada “Promoção da Saúde”, conforme expressa nos Cadernos analisados.

Nessa dimensão, uma concepção de saúde e doença

[...] que prioriza ao extremo o aspecto biológico, que foca sua atenção quase que exclusivamente no indivíduo, tanto em termos de determinantes como de soluções, avançando no máximo até a família, realmente não pode admitir condicionantes (COLLARES; MOYSÉS, 1996, p. 76).

No *Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola* (2009), esse fato fica explicitado quando a fundamentação teórica está pautada em autores que escrevem sobre o tema, com destaque para os profissionais de Saúde e de Educação:

[...] dos profissionais de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de empoderamento dos estudantes, professores e funcionários das escolas, o princípio básico da Promoção da Saúde (PORTUGAL, 2006; DEMARZO; AQUILANTE, 2008 *apud* BRASIL, 2009, p. 11).

Nos Cadernos do PSE (2009, 2011a, 2012e, 2013c e 2015a) fica evidenciado, também, o conceito de autonomia. Reiteradamente, aborda-se a prática de Promoção da Saúde aos estudantes para despertar a sensibilização para a autonomia. A formação do cidadão crítico perpassa, portanto, o estímulo da autonomia, para o qual o espaço da escola torna-se fundamental.

A escola é 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 (BRASIL, 2009, p. 15).

Nesse sentido, o *Caderno Passo a Passo PSE - Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersetorialidade* (2011a) destaca, nas escolas, o trabalho de Promoção da Saúde com os educandos e também com professores e funcionários, tendo como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer” (BRASIL, 2015a, p. 8). É preciso desenvolver em cada um a capacidade de

interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Desse modo, profissionais de saúde e de educação tornam-se referência para o desenvolvimento das ações do PSE, e devem assumir uma atitude permanente de empoderamento dos estudantes, um dos princípios básicos de Promoção da Saúde (BRASIL, 2011a, p. 6).

O *Caderno Manual Instrutivo Saúde na Escola* (2013c) também reforça que os educandos necessitam ser contemplados no processo do desenvolvimento do PSE e que, preferencialmente, devem ter destaque aquelas ações de educação em saúde com vistas à Promoção da Saúde por meio do empoderamento e protagonismo individual.

As avaliações das condições de saúde precisam envolver de forma protagonista os educandos, é preciso que eles saibam o que está acontecendo e para que servem as ações realizadas, as avaliações são mais bem sucedidas quando se convertem em processos de educação em saúde. Não basta avaliar e identificar problemas, é importante ter compromisso com a produção de autonomia e de autocuidado dos escolares (BRASIL, 2013c, p. 9).

Ao ressaltarem-se, nos Cadernos do PSE, os conceitos de autonomia e empoderamento dos estudantes,

Desloca-se a responsabilidade para o nível individual, empregando-se argumentos puramente ideológicos: os mitos da igualdade de oportunidades, do esforço individual, da ascensão social via escolarização. De acordo com esses mitos disseminados, se todos são iguais e tem as mesmas chances, só se pode fracassar por fatores individuais, por doença e/ou por falta de esforço. O sistema é perfeito, fracassam os que não se ajustam a ele (EBERHARDT; REIS, 2011, p. 1).

Nesse sentido,

[...] considerar a educação e a saúde à revelia do contexto econômico, político e social, reforça o caráter ideológico do discurso que supostamente as valoriza. Assim, quanto menos se investe em educação e em saúde mais força ganha o mito, político e ideologicamente desmobilizador, de que essas áreas são responsáveis pela situação de pobreza e pelo atraso do país (FIGUEIREDO, 2005, p. 246).

O *Caderno do Gestor do PSE* (2015a) também reitera a perspectiva do *Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola* (2009) sobre o conceito do empoderamento dos educandos, professores e funcionários.

Nas escolas, o trabalho de Promoção da Saúde com os educandos, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”. É preciso desenvolver, em cada um, a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Desse modo, profissionais de Saúde e de Educação devem assumir uma atitude permanente de emponderamento dos princípios básicos de Promoção da Saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas (BRASIL, 2015a, p. 8).

O *Caderno do Gestor do PSE* (2015a) indica, ainda, quão importante é a participação e o envolvimento dos educandos no desenvolvimento do PSE, de modo que a comunidade escolar o acolha como parte ativa de sua vivência escolar, fato que amplia as possibilidades de obter bons resultados.

As avaliações das condições de saúde precisam envolver de forma protagonista os educandos, é necessário que eles saibam o que está acontecendo e para que servem as ações realizadas. As avaliações *são mais bem sucedidas quando se convertem em processos de educação em saúde*. Não basta avaliar e identificar problemas, é importante ter compromisso com a produção de autonomia e de autocuidado dos escolares (BRASIL, 2015a, p. 21, grifos nossos).

Os conceitos de “empoderamento” e “autonomia”, utilizados nos Cadernos do PSE (2009, 2011a, 2012e, 2013c e 2015a), remetem à questão do Protagonismo Juvenil, no qual se busca um jovem ativo, preocupado e engajado com o desenvolvimento de atividades sociais e que se utilize dessa atuação para ser o protagonista de sua história, visando mudar a sua realidade e de seu entorno.

[...] no discurso dos organismos internacionais, a valorização do presente aparece em decorrência do objetivo de integração imediata da juventude pobre e excluída. É no presente que devem se realizar as políticas e medidas dirigidas a juventude; esta por sua vez deve “participar” – ou inserir-se.

[...] O discurso do *protagonismo juvenil* que preceitua a participação de uma juventude hipervalorizada, nasce como resposta ao objetivo de inserção social dos jovens [...]. A participação do jovem *protagonista* é a solução para o problema que a todos preocupa: as condutas disruptivas [...] (SOUZA, 2006, p. 60-74, grifos da autora).

Preconiza-se que, ao trabalhar temas relevantes às condições de saúde no PSE, os estudantes tornam-se aptos a atuar e mudar a sua realidade. Dessa maneira, é necessário o estímulo à participação do jovem nesse processo. Esse fato pressupõe que “[...] hoje em dia, o individuo deve ser capaz de atuar em função de seus interesses, capacidade essa derivada de um conjunto de qualidades ou habilidades materiais, intelectuais, emocionais” (SOUZA, 2006, p. 93, grifos da autora), dessa forma, muda-se o foco ancorado no

[...] o argumento do “potencial” juvenil que deve ser orientado em direção adequada, transformando um jovem como um problema em um jovem como solução, tornou-se um dos pontos de sustentação do protagonismo juvenil (SOUZA, 2006, p. 99, grifos da autora).

Assim, Gohn (2004) fala do “[...] empoderamento da comunidade, para que ela seja protagonista de sua própria história [...]. Trata-se de processos que tenham a capacidade de gerar processos de desenvolvimento autossustentável, com a mediação de agentes externos” (GOHN, 2004, p. 23).

O empoderamento como tem sido traduzido no Brasil, não tem um caráter universal. Tanto poderá estar referindo-se ao processo de mobilizações e práticas destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades - no sentido de seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas vidas (material e como seres humanos dotados de uma visão crítica da realidade social); como poderá referir-se a ações destinadas a promover simplesmente a pura integração dos excluídos, carentes e demandatários de bens elementares à sobrevivência, serviços públicos, atenção pessoal etc., (GOHN, 2004, p. 23).

Para Ferretti, Zibas e Tartuce (2004), o “protagonismo dos jovens/alunos”

[...] é um conceito passível de diferentes interpretações e, além disso, imbrica outros conceitos igualmente híbridos, como “participação”, “responsabilidade social”, “identidade”, “autonomia” e “cidadania”. Nem mesmo a distinção conceitual entre “participação” e “protagonismo” é clara na bibliografia consultada. Ou seja, um autor pode-se referir a “protagonismo” em contextos em que outro falaria de “participação”, e vice-versa, havendo, ainda, casos em que as duas expressões são usadas como sinônimos (FERRETTI; ZIBAS; TARTUCE, 2004, p. 413, grifos do autor).

Sendo assim, a participação juvenil por meio do protagonismo remete à participação do jovem na sociedade, um jovem preocupado e “empoderado” para atuar na resolução de problemas de sua realidade e de seu entorno e que passe a assumir um papel junto à sociedade. Dessa maneira, o que se busca é um jovem apto a assumir as mudanças em sua prática cotidiana. Dessa maneira,

[...] parece que a “ação cidadã” e/ou a “preparação para tal tipo de ação” constituem o cimento semântico que une as diferentes expressões que diversos estudiosos usam para nomear e discutir o envolvimento de jovens em seu contexto escolar, social e/ou político (FERRETTI; ZIBAS; TARTUCE, 2004, p. 414, grifos do autor).

Fica evidenciado, nesse aspecto, as proposições do protagonismo juvenil, pautados em

[...] assunção de responsabilidades nos atos individuais e ações sociais mais amplas, compromisso com os excluídos ou em processo de exclusão, participação ativa na resolução de problemas sociais de diferente amplitude, autonomia intelectual e moral, capacidade de lidar com mudanças, solidariedade, respeito às diferenças, cooperação, aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades sociointelectuais, enfim, todo um conjunto de elementos articulados que conduzem à formação de um ser humano pleno (FERRETTI; ZIBAS; TARTUCE, 2004, p. 416).

Assim sendo, os Cadernos do PSE (2009, 2011a, 2012e, 2013c e 2015a) entendem a escola como espaço para a formação de sujeitos autônomos e críticos, o que remete, pode-se dizer, às proposições do protagonismo juvenil.

[...] a escola, um espaço que contribui para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, torna-se um lugar privilegiado para Promoção da Saúde, visto que tem potencial singular para formar sujeitos autônomos e críticos, capazes de compreender a realidade e modificá-la a partir do lugar que ocupam, ou seja, aptos a fazer uma reflexão acerca dos problemas da comunidade e a propor ações para resolvê-los, a partir de suas perspectivas (BRASIL, 2011a, p. 17).

A questão da Promoção da saúde, enquanto conceito que aborda a possibilidade de transformação individual e, conseqüentemente, do ambiente ao entorno, também fica reforçada no Caderno *Manual Instrutivo Saúde na Escola* (2013c).

A perspectiva da prevenção e da Promoção da Saúde deve perpassar todas as ações do Programa, [...] garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde. O encontro entre os saberes das áreas de educação e de saúde potencializa o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente, provocando efeitos no desenvolvimento saudável e protagonismo do educando e da comunidade onde vive, permitindo que realize opções que melhorem sua qualidade de vida (BRASIL, 2013c, p. 9).

Essas perspectivas de Promoção da Saúde nos Cadernos do PSE (2009, 2011a, 2012e, 2013c e 2015a) são praticadas por modalidades variadas de educação em saúde, que podem ser individuais ou coletivas, porém a incorporação das proposições e das práticas de mudanças para melhorar a qualidade de vida é de base individual.

O PSE prevê Linhas de Ação divididas em três Componentes. O Componente I prevê a avaliação individual em cada educando, buscando identificar condições biológicas ou patológicas que possam levar ao aparecimento de alguma condição patológica aguda ou identificar alguma condição crônica que necessite de intervenção de maneira a ser amenizada, como, por exemplo, uma dificuldade visual e sua correção com uso de órteses. Essas condições patológicas, quando encontradas, são encaminhadas para avaliação nas unidades de saúde ou encaminhadas para os serviços de referência.

O componente II visa à adoção, dentro das escolas, de espaços para trabalhos de Promoção da Saúde, utilizando as atividades grupais com a abordagem de temas que sejam relevantes a esse público, com destaque para: DSTs, uso de drogas, violência, alimentação saudável, entre outros. No entanto, para que essas ações sejam válidas, há a necessidade de incorporação dessas informações pelos estudantes de modo que cada um seja o agente de mudança de sua realidade e de seu entorno. Essa premissa, quando trata do repasse de informações pelas Equipes de Trabalho do PSE, parte de uma abordagem coletiva; e, quando as informações visam provocar mudanças de hábitos e atitudes em cada educando, que são os agentes de mudanças de sua própria realidade, parte para uma concepção individual.

Os cadernos *Passo a Passo PSE - Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersetorialidade* (2011a) e o *Caderno do Gestor do PSE* (2015a)

retomam a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) para frisar a importância e as proposições na defesa da Intersectorialidade como uma “estratégia de articulação transversal” (BRASIL, 2011a, p. 17; BRASIL, 2015a, p. 25), com vistas a dar visibilidade à redução de situação de vulnerabilidade nos estudantes.

Vale ressaltar que os Cadernos acima mencionados utilizam exatamente a mesma redação para ressaltar essa situação.

[...] é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas da Saúde (BRASIL, 2011a, p. 17).

[...] é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas da Saúde (BRASIL, 2015a, p. 25).

O *Caderno do Gestor do PSE (2015)* e o *Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola (2009)* apresentam a aplicação de tais proposições para a Promoção da Saúde por meio de ações do PSE, sendo ela entendida no contexto escolar como uma atividade que garanta

[...] oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria de sua qualidade de vida. Desse modo, a escola, que contribui para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, torna-se espaço privilegiado para a Promoção da Saúde, visto que tem potencial singular para formar sujeitos autônomos e críticos, capazes de compreender a realidade e modificá-la a partir do lugar que ocupam, ou seja, aptos a fazer uma reflexão acerca dos problemas da comunidade e a propor ações para resolvê-los, a partir de suas perspectivas (BRASIL, 2015a, p. 25).

Vale ressaltar, como já destacado no capítulo primeiro, que o desenvolvimento da estratégia de Promoção da Saúde está ancorado tanto nas proposições dos Organismos Internacionais de financiamento, quanto nos Organismos de Cooperação Técnica, a exemplo da OMS. Sendo assim, destacamos

a Carta de Bogotá (1992), no que tange às finalidades do incentivo às ações que propiciem à população atos de Promoção da Saúde:

Impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam chegar tanto à produção quanto ao usufruto de bens e oportunidades para facilitar opções saudáveis. Com eles, será possível a criação de ambientes sadios e o prolongamento de uma vida plena, com o máximo desenvolvimento das capacidades pessoais e sociais (OMS, 1992, p. 2).

O texto da Carta de Bogotá (1992), quando analisado e trazido para âmbito nacional, está contemplado na Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (2006), que consiste em

[...] uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e coresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (BRASIL, 2010, p. 5).

A questão da Promoção da Saúde aparece nos textos dos Cadernos do PSE (2009, 2011a, 2012e, 2013c e 2015a) como uma das estratégias adotadas pelas Equipes de Saúde e de Educação, nas ações intersetoriais, para o alcance de níveis desejáveis de saúde de educandos, sendo as crianças, adolescentes e jovens do sistema público de ensino brasileiro os protagonistas desta ação.

Com o estudo realizado, pode-se dizer que os Cadernos do PSE abordam os conceitos ampliado e restrito de saúde. O conceito restrito de saúde, de base individual, remete à responsabilização do indivíduo pelas mudanças das condições de saúde em sua vida. O conceito ampliado de saúde remete a considerações sobre a prática da Promoção da Saúde e à influência de questões externas e ambientais no processo saúde-doença.

Dessa forma, nos Cadernos do PSE (2009, 2011a, 2012e, 2013c e 2015a) os conceitos referentes à questão de saúde do escolar, dialogam com os conceitos ampliado e restrito de saúde.

O *Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola* (2009) contempla as condições de vida e saúde e iniquidades sociais como condicionantes do processo

Saúde-doença e considera a questão ambiental como influente para a saúde, remetendo ao conceito ampliado de saúde.

No contexto da Promoção da Saúde escolar, os projetos deverão ser dirigidos para: a) Conscientização da comunidade para a vulnerabilidade dos estudantes face aos riscos ambientais que constituem as principais ameaças à sua saúde, em geral, poluição atmosférica, saneamento inadequado, ruído, substâncias químicas, radiações, entre outros, e as formas de reduzi-los [...] (BRASIL, 2009, p. 17).

Nesse sentido, é importante destacar que o Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola (2009) considera as causas multifatoriais das doenças, porém entende essas causas como passíveis de mudança mediante atuação ativa de cada um perante seu entorno.

Para tal, é necessário compreender conceitos sobre o Processo Saúde-doença:

[...] o processo saúde-doença se configura como um processo dinâmico, complexo e multidimensional por englobar dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais, políticas, enfim, pode-se identificar uma complexa inter-relação quando se trata de saúde e doença de uma pessoa, de um grupo social ou de sociedades (CRUZ, 2009, p. 28).

O processo saúde-doença é um conceito central da proposta de epidemiologia social, que procura caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados de modo dinâmico nas condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais; cada situação de saúde específica, individual ou coletiva, é o resultado, em dado momento, de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos (CRUZ, 2009, p. 29).

O Caderno *Passo a Passo PSE - Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersectorialidade* (2011a) e o *Caderno do Gestor do PSE* (2015a) expõem a concepção do processo saúde-doença enquanto causa multifatorial, e retomam a concepção de que o conhecimento dos fatores influentes para o adoecimento leva à possibilidade de desenvolvimento de estratégias por parte dos indivíduos para melhorarem sua condição de saúde.

A saúde, como produção social, exige a participação ativa de todos os sujeitos na construção de ações que visam às escolhas mais

saudáveis. Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade são propostas de ações em saúde (BRASIL, 2011a, p. 15).

A Saúde, como produção social, exige a participação ativa de todos os sujeitos na construção de ações que visam às escolhas mais saudáveis. Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e as adversidades identificados e vivenciados pela comunidade são propostas de ações em Saúde (BRASIL, 2015a, p. 20).

Dessa maneira, as ações do PSE buscam dar visibilidade aos estudantes com destaque para os fatores determinantes e condicionantes de doenças. No entanto, responsabilizam o indivíduo por sua condição de saúde, na medida em que o “empoderam” para escolhas e hábitos saudáveis. Essa perspectiva nos remete aos moldes de Atenção em Saúde do Escolar defendido pelo movimento da Puericultura francesa, em que as ações para a saúde do escolar eram desenvolvidas mediante o repasse de informações e instruções consideradas importantes aos alunos e estes, por sua vez, seriam os agentes de mudanças em sua vida e realidade.

No caso da saúde, considera-se como a causa básica dos problemas de saúde da população a ignorância de cada um individualmente, a falta de informações e/ou a adoção de comportamentos inadequados. De acordo com tal raciocínio, a solução só pode ser educacional. É preciso educar as pessoas para que adotem um estilo de vida saudável. Omitem-se a questão de classe social, a situação econômica, as condições concretas de vida (moradia, saneamento, alimentação, renda, acesso aos serviços de educação e saúde) como determinantes imediatos destes problemas (EBERHARDT; REIS, 2011, p. 1).

Esse raciocínio é reforçado quando no *Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na Escola* (2009) sugere a corresponsabilização dos estudantes pelas melhorias estruturais dos ambientes em seu entorno.

Uma forma de conhecer a vulnerabilidade das instalações, dos equipamentos e dos espaços onde as crianças, adolescentes e jovens circulam é por meio da identificação dos riscos no ambiente escolar, com o objetivo de corrigi-los ou eliminá-los. [...] Os projetos e atividades relacionados com a comunidade educativa e os riscos do ambiente na saúde, como as áreas de lazer inadequadas, bueiros

abertos, muros e vias de acesso e trânsito e outros que ofereçam riscos aos escolares, deverão apelar à participação dos jovens nos processos de tomada de decisão e no desenvolvimento de ações que contribuam para um ambiente saudável e sustentável, por meio da partilha de boas práticas e de um trabalho em rede (PORTUGAL, 2006, *apud* BRASIL, 2009, p. 17).

No *Caderno do Gestor do PSE* (2015a) também se considera que ter uma boa condição de saúde repercute positivamente no desenvolvimento do aluno no ambiente escolar, pois “[...] ter saúde é reunir condições de estudar adequadamente, conviver e socializar. Com isso, para ter saúde, precisamos de ambiente saudável, alimentação adequada e equilíbrio emocional e físico” (BRASIL, 2015a, p. 22).

Não se pode negar que diagnosticar os riscos no ambiente escolar com vistas a resolvê-los é de fundamental importância para o processo de aquisição do conhecimento, todavia, o que é preciso denunciar é o discurso ideológico da Educação e da Saúde como supostos agentes do desenvolvimento e da redução da pobreza:

O sucesso do discurso ideológico da educação e da saúde, como supostos agentes do desenvolvimento e da redução da pobreza reside justamente na sua capacidade de dissimular as suas funções e aparentar independência em relação às condições contextuais a que serve. Portanto, a crença no caráter redentor da educação e da saúde, alimentada pelo discurso dominante, em âmbito nacional e internacional, dissimula as contradições e as relações internas de dominação, próprias ao modo de produção capitalista, e alimenta o mito do crescimento econômico e desenvolvimento social. [...] acreditar no crescimento econômico, no desenvolvimento social, na qualidade de vida, como resultado apenas de investimentos em educação e saúde básicas, é acreditar que essas áreas são independentes das forças produtivas do sistema capitalista (FIGUEIREDO, 2005, p. 246).

Nesse sentido, os Cadernos estudados afirmam que ensinar os estudantes sobre os condicionantes das doenças e as ações para enfrentá-los, de forma grupal ou individual, com caráter curativo, de correção de determinada condição de saúde ou para repasse de informações é de extrema importância no processo de Promoção da Saúde nesse grupo. Sendo assim, “empodera-se” o indivíduo, de forma que ele seja capaz de agir e ser o responsável por conduzir as mudanças necessárias em seu entorno de forma que a questão do adoecer ou não é causada por atitudes individuais. A prática da Intersetorialidade Saúde e Educação, por meio

do desenvolvimento das Linhas de Ação do PSE, fornecem conhecimentos aos indivíduos, tornando-os “empoderados” e “protagonistas” para realizar mudanças em seu cotidiano.

A análise dos Cadernos do PSE no tocante à Intersetorialidade Saúde e Educação nos fez avaliar que o PSE possui uma proposta de integralidade desde a gestão até o desenvolvimento das ações propostas com a comunidade escolar.

As ações intersetoriais das Equipes de Saúde e de Educação visam à adoção do modelo de Promoção da Saúde, com vistas ao alcance de níveis esperados de saúde nos educandos. Para tal, preveem, por meio de seus três Componentes, a execução de atividades grupais ou individuais com linhas de ação pré-definidas pelo PSE. Nessa atividade, as Equipes de Saúde e de Educação fornecem aos educandos avaliações individuais ou trabalhos grupais. Nesse sentido, as equipes trabalham com o repasse de informações sobre saúde e cabe ao aluno aprender, incorporar e desenvolver esses ensinamentos em sua vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, nesta Dissertação de Mestrado, compreender a intenção subjacente à Intersetorialidade Saúde e Educação do PSE, proposta a partir dos Cadernos emitidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Considerando que o PSE trata-se de um Programa Interministerial, lançado no ano de 2007, em parceria entre os setores de Saúde e Educação, buscou-se compreender o desenvolvimento de ações que visam à Promoção da Saúde e à redução da vulnerabilidade do público escolar, o que responde, em certa medida, ao objetivo da oferta dos serviços de Educação e de Saúde básicas, os quais visam à redução de vulnerabilidade e à garantia da estabilidade política e social.

O PSE incorporou várias proposições da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS - 2006), voltando-as ao escolar. Nesse sentido, a criação e a implementação de um programa específico voltado aos escolares vem ao encontro da necessidade de redução de vulnerabilidade relacionada à saúde dos estudantes.

A PNPS - 2006 passou a definir ações específicas de trabalho a serem incorporadas pelas Equipes de Saúde, tais como: alimentação saudável; atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

Foi possível, também, constatar a relação entre o PSE e as proposições relativas à OMS. A primeira proposição diz respeito à defesa da Atenção Primária à Saúde - APS como base e porta de entrada do Sistema Público de Saúde, cujo modelo de assistência proposto pela OMS foi incorporado por diversos países e hoje representa a principal estratégia de Atenção em Saúde Básica no país. A segunda proposição da OMS diz respeito às Escolas Promotoras da Saúde, em defesa do ambiente escolar como espaço ideal para o desenvolvimento de ações de saúde, também incorporadas no Brasil com auxílio da OPAS.

É possível verificar que essas proposições refletiram em algumas Políticas no Brasil, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB - 2011) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS - 2006). Em âmbito nacional, portanto, o PSE incorporou várias proposições da PNPS voltadas ao escolar, as quais

sustentam a necessidade de realização de trabalhos de Promoção da Saúde no ambiente escolar.

Pode-se dizer que as proposições dos Organismos Internacionais de financiamento, no que tange às Políticas Sociais, bem como as proposições dos Organismos de Cooperação Técnica para a adoção de modelos de Saúde Pública como a APS, ancorados nos princípios da Promoção da Saúde, e, especificamente, o movimento voltado à Saúde do Escolar, como as Escolas Promotoras da Saúde, contribuíram para que, em 2007, fosse lançado no Brasil o PSE.

Com a implantação do PSE, portanto, os municípios passaram a fazer adesão ao programa e, dessa forma, passaram a desenvolver ações intersetoriais dos setores da Saúde e da Educação. A investigação, nesse sentido, respondeu aos propósitos anunciados para a Intersetorialidade Saúde e Educação do PSE, propostas a partir dos Cadernos emitidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

A investigação sobre a Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos evidenciou os conceitos do campo da Intersetorialidade, a saber: a Promoção da Saúde e os conceitos ampliado e restrito de saúde, perpassando o processo saúde-doença. Esses conceitos estão vinculados à Intersetorialidade Saúde e Educação, pois são concebidos nos Cadernos como fundamentais no alcance dos objetivos do PSE perante os estudantes.

As ações intersetoriais das equipes de Saúde e Educação são desenvolvidas tanto em âmbito individual, quando o estudante passa a desenvolver práticas e comportamentos saudáveis para a vida, quanto no âmbito coletivo, quando os alunos passam a estar “empoderados” para atuar na realidade familiar e/ou comunitária. Essa perspectiva nos remete, nesse caso, a uma perspectiva individual e restrita de saúde.

Partindo do que já foi analisado anteriormente sobre a Promoção da Saúde e os conceitos de empoderamento, autonomia e protagonismo, nos parece que os Cadernos do PSE concebem a saúde como condição que vai além do orgânico ao considerar o ambiente e as causas sociais como condicionantes de condições patológicas. Para tanto, entendem que o estado patológico tem causa multifatorial, no entanto, a realidade social e econômica vivenciada pelo educando é desconsiderada quando passam para o indivíduo a responsabilidade por sua

condição de saúde. Dessa maneira, a condição de saúde proposta pelos Cadernos do PSE passa a adquirir caráter restrito e individual.

Deve-se destacar que o fato de anunciar as ações do PSE na dimensão grupal não garante aos educandos a condição de saúde, pois essa condição irá partir de ações desenvolvidas ou adotadas individualmente, como se questões de falta de saneamento básico e dificuldades de acesso aos serviços de saúde fossem deixados à margem quando se considera o processo saúde-doença.

Dessa maneira, pode-se dizer que as práticas do PSE contemplam os conceitos ampliado e restrito de saúde. O conceito ampliado de saúde é constatado quando trata da Promoção da saúde e da multifatorialidade das doenças. O conceito restrito de saúde é constatado quando trata da autonomia e empoderamento dos educandos e centra no indivíduo a responsabilização por sua condição de saúde, ao tornar o estudante apto a atuar em sua realidade por meio das ações do PSE. Essa prática individual perpassa a aquisição do conhecimento em saúde necessário para que os estudantes possam realizar melhorias em suas vidas. Argumenta-se que questões sociais tais como falta de infraestrutura, condição social, qualidade de vida, habitação, entre outros, tornam-se passíveis de mudança com uma “simples” atuação por parte desse indivíduo e que aquele que não se engaja nesse processo não alcançará os níveis desejáveis de saúde ou não será atuante para redução da vulnerabilidade de sua vida e de seu entorno.

A Intersetorialidade Saúde e Educação nos Cadernos do PSE contemplam os conceitos ampliado e restrito de saúde. O conceito ampliado de saúde considera a prática da Promoção de Saúde, a multifatorialidade das doenças e as condições do meio social e ambiental em que cada indivíduo está inserido como condicionantes do processo saúde-doença. O conceito restrito de saúde considera o indivíduo em potencial, responsabilizando-o pelo processo de mudança no ambiente em que vive e, conseqüentemente, pelo processo saúde-doença.

Outro fator referente ao PSE que chama a atenção é que, embora sua proposta seja a prática da Intersetorialidade Saúde e Educação desde o nível Federal até o nível Municipal, os dados referentes à execução das ações realizadas pelas Equipes de Saúde e Educação com os estudantes são lançados em dois programas distintos, o SIMEC, cuja responsabilidade é da Equipe de Educação, e o E-SUS, de responsabilidade da Equipe de Saúde. Essa constatação possibilita afirmar que não existe uma base unificada de dados sobre o PSE, o que representa,

em se tratando da defesa da prática de Intersetorialidade Saúde e Educação, um grande desafio a ser vencido.

Não tivemos a pretensão, com este estudo, de esgotar as reflexões acerca do tema estudado, no entanto, as questões abordadas foram importantes para compreender a Saúde do Escolar, haja vista a necessidade de repensarmos as práticas cotidianas visando sua melhoria e a construção de práticas futuras, com vistas à busca pela efetiva atenção integral aos estudantes da rede pública de ensino do país, uma vez que um “[...] programa de saúde do escolar, como ações de saúde, deve ser direcionado por uma política única voltada para o atendimento das reais necessidades de saúde da população”. (FERRIANI; GOMES, 1997, p. 23).

Sendo assim, o estudo dos Cadernos do PSE no que se refere à Intersetorialidade Saúde e Educação pode contribuir para o aprimoramento das práticas das equipes de Saúde e Educação no processo de desenvolvimento dos Componentes I, II e III do PSE.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Marlúcio. **Estratégia de Saúde da Família e a Promoção da Saúde no Território – A Saúde Atuação do Agente Comunitário**. Universidade Federal de Uberlândia, Brasil. Trabalho apresentado no Workshop Internacional: Saúde Ambiental para Cidades Saudáveis - Lisboa/Portugal, 2011. Disponível em: <[mopt.org.pt%2Fuploads%2F1%2F8%2F5%2F5%2F1855409%2Fmarlucio\\_alves.pdf](http://mopt.org.pt%2Fuploads%2F1%2F8%2F5%2F5%2F1855409%2Fmarlucio_alves.pdf)>&ei=2b\_vU5zCAYfksASY94CABA&usg=AFQjCNHlgux8ilX0qFKCG45oXtYTefedUA>. Acesso em 27 de jun. de 2014.

BARBOSA, Rita de Cássia Ribeiro. **Liberalismo e Reforma Educacional: os Parâmetros Curriculares Nacionais**. 2000. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação. Unicamp. Campinas, SP: 2000. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000214663>>. Acesso em 17 de jan. de 2016.

BATISTELLA, Carlos. **Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica** in: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. / Organizado por Angélica Ferreira. Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php>>. Acesso em 29 de jan. de 2015.

BERNARDI. Adriana Pigatto; D' Andréa. Alessandra Irene Ramos; Zampirolo Daniela Araújo; Simone Perini; Calvo. Maria Cristina Marino. Intersetorialidade – um desafio de gestão em Saúde Pública. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.1, n.1, p.137-142, 2010. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/viewFile/408/463>>. Acesso em 12 de Nov de 2015.

BRASIL, **8ª Conferencia Nacional de Saúde: Relatório final**. 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em 27 de Nov. de 2015.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em 24 de jul. de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência integral a saúde da criança: ações básicas**. Brasília. Ministério da Saúde. 1984. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf)>. Acesso em 12 de mar. De 2016.

\_\_\_\_\_. 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, v. 134, n. 248, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27834-27841. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm)>. Acesso em 02 de dez. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em 27 de out. de 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais, ética** / Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília: MEC/SEF, 1997b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro081.pdf>>. Acesso em 21 de out. de 2015.

\_\_\_\_\_. A Promoção da Saúde no contexto escolar. Projeto Promoção da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde/MS. **Rev. Saúde Pública**. 2002a; 36(4): 533-5. Disponível em: <[www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)>. Acesso em 13 de set. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em 25 de mai. de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em 17 de set. de 2014.

\_\_\_\_\_. Decreto Nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências**. Brasília, 2007a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)>. Acesso em 23 de jan. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 304 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas\\_promotoras\\_saude\\_experiencias\\_brasil\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf)>. Acesso em 22 de fev. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto Olhar Brasil: triagem de acuidade visual: manual de orientação** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000015497.pdf>>. Acesso em 23 de ago. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em 18 de ago. de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade** /Ministério da Saúde / Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 46 p.: il. – (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo\\_a\\_passo\\_programa\\_saude\\_escola.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf). Acesso em 25 de mai. de 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 12 de jan. de 2015.

\_\_\_\_\_. **Apresentação do programa Saúde na Escola**. 2012a. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID\\_AREA=1828](http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1828) >. Acesso em 03 de abr de 2014.

\_\_\_\_\_. **Conselho de desenvolvimento econômico e social políticas de proteção e promoção social no Brasil**: promovendo equidade e desenvolvimento. 2012b. Disponível em: [www.cdes.gov.br](http://www.cdes.gov.br). Acesso: em 27 de mai. de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf). Acesso em 23 de abr. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 23 de jul. de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Saúde na Escola**. Série F Comunicação e Educação em Saúde. Brasília. 2012e. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_na\\_escola\\_2012.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_na_escola_2012.pdf). Acesso em 21 jul. de 2015.

\_\_\_\_\_. Página do Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola (PSE)**. Brasília, 2013a. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em 19 de mar. de 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. **Apresentação do Programa Saúde na Escola**. 2013b. Disponível em:

<[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacaocontinuada&Itemid=817](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacaocontinuada&Itemid=817)>. Acesso em 21 de out. de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Manual Instrutivo do Programa Saúde na Escola**. Brasília-DF 2013c. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19\\_06\\_2013\\_16.21.18.880166244cb983df2c85e0bcc746a73b.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_06_2013_16.21.18.880166244cb983df2c85e0bcc746a73b.pdf)>. Acesso em 23 de out. de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013**. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. Brasília, DF, 2013d. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355\\_10\\_10\\_2013.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.htm)>. Acesso em 12 de jan. de 2015.

\_\_\_\_\_. **Relatório Educação para todos no Brasil 2000-2015**: Versão Preliminar. Brasília-DF, 2014a. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task)>. Acesso em 20 de mar. de 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro 2014b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em 23 de out. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 68 p.: II. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_gestor\\_pse.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf)>. Acesso em 29 de ago. de 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria nº 798, de 17 DE Junho de 2015. Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola). Brasília, 2015b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0798\\_17\\_06\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0798_17_06_2015.html)>. Acesso em 23 de jan. de 2016.

COLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez, Campinas: UNICAMP: Faculdade de Educação: Faculdade de Ciências Médicas, 1996.

CUNHA, Carla Giane Soares da. **Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil**. Trabalho elaborado durante o curso “The Theory and Operation of a Modern National Economy”. Ministrado na George Washington University, no âmbito do Programa Minerva, Washington 2006. Disponível em: <[www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper06.pdf](http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper06.pdf)>. Acesso em 23 de mai. de 2015.

CUNHA, Luis Antonio. **Educação e desenvolvimento social no Brasil**. Rio de Janeiro, 1975, 291p.

CURY, Carlos Roberto Jamil. A Educação Básica no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 23, n. 80, setembro/2002, p. 168-200 Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em 29 de mai. de 2015.

CRUZ, Marly Marques da. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde in: Qualificação de gestores do SUS.** / Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009.404. Disponível em: [http://faa.edu.br/portal/PDF/livros\\_eletronicos/medicina/19\\_qualificacao\\_gestores\\_sus.pdf](http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/19_qualificacao_gestores_sus.pdf)>. Acesso em 21 de jan de 2016.

DEITOS, Roberto Antonio. Estado, Organismos Internacionais e Políticas Sociais no Brasil, In: CHAVES, Marta, SETOGUTI, Ruth Izumi, VOLSI, Maria Eunice França. {org}. **A função social da escola: das políticas públicas as praticas pedagógicas.** Maringá, PR: Eduem, 2011. 236p, p 121-150.

EBERHARDT, Thaís Dresch; REIS, Luiz Fernando. **Programa Saúde na Escola – PSE: Estruturado de Acordo com os Princípios do SUS?** Anais os 5º seminário Nacional Estado e Políticas Sociais. 09 a 12 de outubro de 2011. UNIOESTE – Cascavel –PR. Disponível em: [http://cac-  
php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario6/arqs/Trab\\_completos\\_politicas\\_seguridade/Programa\\_saude\\_na\\_escola\\_estruturado\\_sus.pdf](http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario6/arqs/Trab_completos_politicas_seguridade/Programa_saude_na_escola_estruturado_sus.pdf)>. Acesso em 23 de jul. de 2014.

SCOREL, Sarah. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2009. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acesso em 09 de ago. de 2015.

\_\_\_\_\_, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Ver. Panam. **Salud Publica/Pan Am J Public Health** 21(2), 2007. Disponível em: [http://scholar.google.com.br/scholar?q=aten%C3%A7%C3%A3o+basica+e+aten%C3%A7%C3%A3o+primarias+em+saude&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com.br/scholar?q=aten%C3%A7%C3%A3o+basica+e+aten%C3%A7%C3%A3o+primarias+em+saude&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)>. Acesso em 23 de jul. de 2015.

EVANGELISTA, Olinda. **Apontamentos para o trabalho com documentos de política Educacional.** S/a. Disponível em: [http://gepeto.ced.ufsc.br/downloads/Produto%20Acadmica/Trabalhos%20em%20Eventos/trab\\_evento\\_olinda\\_apontamentos\\_p\\_o\\_trab\\_c\\_docs\\_de\\_politica\\_educacional.pdf](http://gepeto.ced.ufsc.br/downloads/Produto%20Acadmica/Trabalhos%20em%20Eventos/trab_evento_olinda_apontamentos_p_o_trab_c_docs_de_politica_educacional.pdf)>. Acesso em 23 fev. 2016

FALEIROS, Vicente. de Paula. **O que é política social.** 1ª. Edição, São Paulo: Brasiliense, 1986.

\_\_\_\_\_, Vicente. de Paula. **A política social do Estado capitalista: as funções da previdência e assistências sociais.** São Paulo: Cortez editora, 1980.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A política da avaliação de políticas públicas. Outubro/2005. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 20, núm. 59, outubro,

2005, pp. 97-109. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo, Brasil. Disponível em:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10705907>>. Acesso em 17 de abr. de 2014.

FATTORELLI, Maria, Lucia. **Caderno de Estudos** - a dívida pública em debate. Brasília, 2012. 80p.

FERREIRA; Izabel do Rocio Costa et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (12): 3385-3398, 2012. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/23.pdf>>. Acesso em 23 de abril de 2015.

FERRETTI, Celso J.; ZIBAS, Dagmar M. L. ; TARTUCE, Gisela Lobo B. P. Protagonismo juvenil na literatura especializada e na reforma do ensino médio. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 122, p. 411-423, maio/ago. 2004. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742004000200007&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742004000200007&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em 30 de jan. de 2016.

FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. **A inserção do enfermeiro na saúde Escolar: análise crítica de uma experiência**. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 1991.

FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; GOMES, Romeu. **Saúde do Escolar: Contradições e Desafios**. GOIANIA: AB, 1997.

FIGUEIREDO, Ireni Marilene Zago. A centralidade em educação e em saúde básicas: a estratégia político-ideológica da globalização. In: **Pro-Posições**, v. 19, n. 1 (55) - jan./abr. 2008. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73072008000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072008000100018)>. Acesso em 23 de set. de 2014.

\_\_\_\_\_, Ireni Marilene Zago. **Desenvolvimento, globalização e políticas sociais: um exame das determinações contextuais dos projetos de reforma da educação e da saúde brasileiras da última década**. (Tese de Doutorado). UNICAMP, Campinas, SP, 2005. Disponível em:  
<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000380450>>. Acesso em 24 de mai. de 2014.

FIORI, José. Luis. "**Neoliberalismo e políticas públicas**". In: \_\_\_Os Moedeiros Falsos, Petrópolis - Rio de Janeiro, Vozes, 1997.

GATTI, Márcia Aparecida Nuevo; OLIVEIRA, Luiz Roberto. Crianças faltosas à vacinação, condições de vida da família e concepção sobre vacina: um inquérito domiciliar. **Salusvita**, Bauru, v. 24, n. 3, p. 427- 436, 2005. Disponível em:  
[http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v24\\_n3\\_2005\\_art\\_07.pdf](http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v24_n3_2005_art_07.pdf)>. Acesso em 25 de Nov. de 2015.

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.2, p.20-31, maio-ago 2004. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7113>>. Acesso em 22 de jan de 2016.

GOMES, Livia Cardoso. **O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro; s.n; 2012. Disponível em: <[bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2907](http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2907)>. Acesso em 23 de jul. de 2015.

GONÇALVES, F. D. et al. A Promoção da Saúde na educação infantil. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.181-192, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/13.pdf>>. Acesso em 23 de abr. de 2014.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, ano XXI, nº 55, p. 30-41. Novembro/2001. Disponível em: <[scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539](http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539)>. Acesso em 22 de mai. de 2014.

HOSTINS, Regina Célia Linhares. **Formação de Pesquisadores na Pós-Graduação em Educação: Embates Ontológicos e Epistemológicos**. Tese de Doutorado. Universidade Federal De Santa Catarina. Florianópolis, SC 2006. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/89304>>. Acesso em 23 de jan. de 2016.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em 27 de jul. de 2015.

IPPOLITO-SHEPHERD, Josefa; CERQUEIRA, María Teresa. **Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional**. 2003. p 19-26. Disponível em: <[ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m03.pdf](http://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m03.pdf)>. Acesso em 12 de jan.2016.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 34(6): 35-45, Nov./Dez. 2000. Disponível em: <[bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/493](http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/493)>. Acesso em 02 de fev. de 2016.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Políticas Sociais e de Saúde. Rio de Janeiro: **CEBES**, 2012. 73 p.; 14 X 21cm. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2015/02/4Pol%C3%ADticas-Sociais-e-de-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em 23 de out. de 2015.

MATTA, Gustavo Correa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães: Atenção Primária em Saúde. *In* PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA Julio César França [org]. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <[www.epsjv.fiocruz.br](http://www.epsjv.fiocruz.br)>. Acesso em 23 de set. de 2014.

MELO, Rutinéia Jacob de. **Atenção primária à Saúde e Atenção Básica à saúde: os discursos ideó-políticos do Ministério da Saúde**. Dissertação de mestrado em Política Social/ Universidade Federal do Espírito Santo /Vitória, junho de 2009. Disponível em: <[www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/23/25](http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/23/25)>. Acesso em 14 de ago. de 2014.

MÉSZÁROS, Istivan. **A educação para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2005. Disponível em: <[http://resistir.info/meszaros/meszaros\\_educacao.html](http://resistir.info/meszaros/meszaros_educacao.html)>. Acesso em 30 de jun. de 2014.

MORI, Nerli Nonato Ribeiro. **Metodologia da Pesquisa**. Maringá, 2012.

NEVES, Fabiana Bianchet de Souza. **Percepção do enfermeiro sobre suas competências gerenciais no Programa Saúde da Família**. 2005. 102F. Dissertação (mestrado profissional em saúde e gestão de trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí – SC. Disponível em: <[www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select)>. Acesso em 23 de mai. de 2014.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca**. Geneva, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)>. Acesso em 22 de jun. de 2014 às 19h52min.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 27 de Nov. de 2015.

\_\_\_\_\_. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Ottawa.pdf>>. Acesso em 12 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **A Declaração de Jacarta: sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. Adaptado na Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 21-25 de Julho de 1997. Jacarta, República de Indonésia. Disponível em: <[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf)>. Acesso em 27 de Nov. de 2015.

OPAS. **Declaração de Santafé De Bogotá**. Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Santafé de Bogotá, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992.

\_\_\_\_\_. **Memoria: Primera Reunión y Asamblea Constitutiva-Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud**. San José, Costa Rica: 1996.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção; FALLEIROS, Ialê. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**/ Carlos Fidélis e Ialê Falleiros organizadores. – Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Disponível em:

<[www.epsiv.fiocruz.br/.../na-corda-bamba-de-sombrinha-a-saude-no-fio-da-historia](http://www.epsiv.fiocruz.br/.../na-corda-bamba-de-sombrinha-a-saude-no-fio-da-historia)>. Acesso em 19 de out. de 2014. .

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Tese de Doutorado. Campinas, SP: [s.n.], 2000. Disponível em: <[www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=vtls00021882](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=vtls00021882)>. Acesso em 13 de abr. de 2014.

SÍCOLI, Juliana Lordello, NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização, **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.91-112, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>>. Acesso em 21 de fev. de 2015.

SILVA, Alessandra Ximenes da. **A Reforma Sanitária Brasileira em debate**. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas. 23-26 de agosto de 2011. São Luiz/ Maranhão. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/cdvjornada/jornada\\_eixo\\_2011/impas/eses\\_e\\_desafios\\_das\\_politicas\\_da\\_seguridade\\_social/a\\_reforma\\_sanitaria\\_brasileira\\_em\\_debate.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/cdvjornada/jornada_eixo_2011/impas/eses_e_desafios_das_politicas_da_seguridade_social/a_reforma_sanitaria_brasileira_em_debate.pdf)>. Acesso em 27 de jul. de 2014.

SILVEIRA. Ana Stella de Azevedo, et al. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2007; 41(2): 299-05. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acesso em 13 de ago. de 2014.

SHIROMA, Eneida Oto; CAMPOS, Roselane Fátima; GARCIA, Rosalba Maria Cardoso. Decifrar textos para compreender a política: subsídios teórico-metodológicos para análise de documentos. **PERSPECTIVA**, Florianópolis, v. 23, n. 02, p. 427-446, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ced.ufsc.br/nucleos/nup/perspectiva.html>>. Acesso em 06 de dez. de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente – Manual de Orientação**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2009. 112 p. Disponível em: <[www.sbp.com.br/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf)>. Acesso em 18 de maio de 2015.

SOUZA, Regina Magalhães de. **O discurso do protagonismo juvenil**. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde.../tese\\_regina.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde.../tese_regina.pdf)>. Acesso em 12 de dez. de 2015.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108116/1/E60706.pdf>>. Acesso em 23 de dez. de 2015.

XAVIER, Maria Elizabete Sampaio Prado. **Poder político e educação de elite**. São Paulo: Cortez/autores associados, 1980 – Estado, educação e sociedade capitalista - EDUNIOESTE, Cascavel/PR, 2008.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo e escola no Brasil**: a constituição do liberalismo em ideologia educacional e as reformas do ensino (1931-1961). Campinas, SP: papirus, 1990.

XIMENES, D.A. Vulnerabilidade social. In: OLIVEIRA, D.A.; DUARTE, A.M.C.; VIEIRA, L.M.F. **DICIONÁRIO: trabalho, profissão e condição docente**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. CDROM. Disponível em: <<http://www.gestrado.org/pdf/235.pdf>>. Acesso em 25 de ago. de 2015.

#### **DOCUMENTOS ANALISADOS:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE**: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade /Ministério da Saúde / Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 46 p.: il. – (Série C. Projetos, programas e relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Saúde na Escola**. Série F Comunicação e Educação em Saúde. Brasília. 2012e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Manual Instrutivo do Programa Saúde na Escola**. BRASÍLIA-DF 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 68 p.: Il