

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO

VANESSA BORDIN

**INTEGRALIDADE, INTERSETORIALIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AÇÕES
DE CUIDADO À SAÚDE DE ESCOLARES: ENCAMINHAMENTOS EM OUTROS
PAÍSES E NA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ – BRASIL**

CASCAVEL-PR

Maio/2023

VANESSA BORDIN

**INTEGRALIDADE, INTERSETORIALIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AÇÕES
DE CUIDADO À SAÚDE DE ESCOLARES: ENCAMINHAMENTOS EM OUTROS
PAÍSES E NA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ – BRASIL**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Políticas de saúde

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Rodrigues

CASCADEL-PR

Maio/2023

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Bordin, Vanessa

Integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde em ações de cuidado à saúde de escolares: encaminhamentos em outros países e na macrorregião oeste do Paraná, Brasil / Vanessa Bordin; orientadora Rosa Maria Rodrigues . -- Cascavel, 2023.

183 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Cascavel) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em BioCiências e Saúde, 2023.

1. Serviços de saúde escolar. 2. Promoção da saúde. 3. Integralidade e intersetorialidade em saúde. 4. Profissionais de saúde. I. Rodrigues , Rosa Maria, orient. II. Título.



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria

CNPJ 78.680.337/0001-84

Rua Universitária, 1619, Jardim Universitário

Tel.: (45) 3220-3000 - Fax: (45) 3225-4590 - www.unioeste.br

CEP: 85819-110 - Cx. P.: 701

Cascavel - PARANÁ



VANESSA BORDIN

Integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde em ações de cuidado à saúde de escolares: encaminhamentos em outros países e na Macrorregião Oeste do Paraná – Brasil .

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde, linha de pesquisa Práticas e políticas de saúde, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a) - Rosa Maria Rodrigues

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

Solange de Fatima Reis Conterno

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

Documento assinado digitalmente
 NADILE JULIANE COSTA DE CASTRO
Data: 13/06/2023 12:08:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Nádile Juliane Costa de Castro

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Cascavel/PR, 25 de maio de 2023

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Videmar e Geneci.

Ao meu noivo, Mateus e meu irmão, Vilmar.

Aos meus pets: Theodoro, Léia e Meg.

Todo meu amor a vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida, pela oportunidade de aqui estar, pelas pessoas com quem posso conviver, por todas as dificuldades superadas e sonhos realizados, além de todas as outras bênçãos que me foram concedidas nessa jornada até o momento.

Aos meus pais, pelo exemplo de honestidade, companheirismo, compreensão, zelo, por todo o amor incondicional e incentivo em todos os ciclos vividos até aqui.

À Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Rodrigues, pela oportunidade de trabalharmos juntas, pela excelente orientação, dedicação e compreensão durante esse período.

Ao meu irmão, Vilmar, que, mesmo ausente em muitos momentos em virtude da localização, quando juntos, me proporciona momentos alegres, além de incentivo e afeto.

Agradeço ao meu noivo, Mateus, pela paciência, amor e compreensão em todos os momentos divididos, bem como à sua família pela atenção, incentivo e orações.

Aos profissionais de saúde, que se prontificaram a responder ao questionário e, dessa forma, contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

À Unioeste e ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, por todo amparo, todo conhecimento repassado pelos docentes e pela experiência proporcionada pela pós-graduação.

EPÍGRAFE

“Pense nas coisas mais felizes. É o mesmo que ter asas”.

Peter Pan – Asas

BORDIN, V. **Integralidade, intersectorialidade e promoção da saúde em ações de cuidado à saúde de escolares**: encaminhamentos em outros países e na macrorregião oeste do Paraná – Brasil. 183p. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel/PR, 2023.

RESUMO

O estudo objetiva analisar as atividades de saúde para escolares em diferentes países e na macrorregião Oeste do Paraná, a partir do princípio da integralidade, intersectorialidade e promoção da saúde. Para tanto, foi desenvolvido estudo de natureza exploratória, descritiva, a partir de fontes documentais e abordagem quantitativa com profissionais de saúde. A pesquisa documental foi realizada a partir do estudo de nove países, incluindo o Brasil, cujos dados foram acessados pelas páginas disponíveis na internet; os dados quantitativos foram obtidos por meio de questionário com perguntas fechadas, autoaplicável, para preenchimento *on-line*. Os dados documentais mostram que atuar na escola e desenvolver ações programáticas em todos os países são ações que vêm aumentando; as ações visam criar hábitos para a vida futura do escolar e suas famílias, destacando-se o cuidado nutricional; prevenção da obesidade infantil; promoção das práticas corporais, de atividade física e lazer; prevenção ao uso e abuso problemático de álcool, tabaco, crack e outras substâncias psicoativas; saúde mental; direito sexual e reprodutivo, bem como prevenção e controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Participaram da pesquisa qualitativa 59 profissionais de saúde sendo que, desses, 30 estiveram no ciclo 2017-2018 do PSE e 26, no ciclo 2021-2022. Os dados quantitativos relativos ao PSE no Brasil foram sistematizados em tabelas e distribuídos em frequências absolutas e relativas, evidenciando-se que a maioria dos participantes é de enfermeiras (os); ademais, dentre as ações desenvolvidas, destacam-se as de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, verificação e atualização da situação vacinal, promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil com maiores índices de participação para os dois ciclos estudados. Quanto às ações de formação, foram citadas como realizadas eventualmente, raramente ou nunca, além de dificuldade de articulação intersectorial e elevada rotatividade de gestores. O monitoramento é realizado pelo E-SUS; a adesão ao PSE visa acessar os recursos previstos no programa; as ações são realizadas em conjunto pelo serviço de educação e saúde; os problemas detectados são atendidos na unidade de saúde ou encaminhados para serviços especializados, mas nem sempre com facilidade; os participantes consideram sua participação boa ou regular no PSE. Vislumbra-se que a intersectorialidade, a integralidade e a promoção da saúde são desafios na realidade local e nas experiências estudadas em outros países.

Palavras-chave: Serviços de saúde escolar; Promoção da saúde; Integralidade em saúde; Colaboração intersectorial; Pessoal de saúde.

BORDIN, V. Integrality, intersectoriality and health promotion in health care actions for schoolchildren: referrals in other countries and in the western Paraná macro-region – Brazil. 183p. Dissertation (Master in Biosciences and Health) – Center for Biological and Health Sciences. State University of Western Paraná. Cascavel/PR, 2023.

ABSTRACT

The study aims to analyze health activities for schoolchildren in different countries and in the Western Paraná macro-region, based on the principle of integrality, intersectoriality and health promotion. For that, an exploratory, descriptive study was developed, based on documentary sources and a quantitative approach with health professionals. The documentary research was carried out from the study of nine countries, including Brazil whose data were accessed through the pages available on the internet and the quantitative data were obtained through a questionnaire with closed questions, self-administered, to be completed online. Documentary data show that working at school and developing programmatic actions in all countries has been growing; actions are aimed at creating habits for the future life of students and their families, highlighting nutritional care; childhood obesity prevention; promotion of body practices, physical activity and leisure; prevention of problematic use and abuse of alcohol, tobacco, crack and other psychoactive substances; mental health; sexual and reproductive rights and prevention and control of Sexually Transmitted Infections. Fifty-nine health professionals participated in the qualitative research, of which 30 participated in the 2017-2018 cycle of the PSE and 26 in the 2021-2022 cycle. The quantitative data related to the PSE in Brazil were systematized in tables and distributed in absolute and relative frequencies, showing that the majority of the participants are nurses and, among the actions carried out, those to combat the *Aedes aegypti* mosquito, verification and updating of vaccination status and promotion of healthy eating and prevention of childhood obesity with higher participation rates for the two studied cycles. As for the training actions, these were mentioned as being carried out occasionally, rarely or never, in addition to the difficulty of intersectoral articulation and high turnover of managers. Monitoring is carried out by E-SUS; joining the PSE aims to access the resources provided for in the program; actions are carried out jointly by the education and health service; detected problems are attended to at the health unit or referred to specialized services, but not always easily; participants consider their participation in the PSE to be good or fair. It is seen that intersectoriality, integrality and health promotion are challenges in the local reality and in the experiences studied in other countries.

Keywords: School Health Services; Health Promotion; Integrality in Health; Intersectoral Collaboration; Health Personnel.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Documentos disponíveis na íntegra via internet para o desenvolvimento da análise documental. Cascavel/PR, 2022.	41
Quadro 2 – Distribuição dos municípios, número de habitantes, número de alunos pactuados no PSE ciclo 2017-2018 e ciclo 2021-2022 e número de recursos humanos atuantes nas Unidades nos Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde 2018 e 2021, que compõem a Macrorregião Oeste de Saúde do Estado do Paraná. Cascavel/PR, 2022.	42
Quadro 1 – Documentos disponíveis na íntegra via internet para o desenvolvimento da análise documental. Cascavel/PR, 2022 (ARTIGO 1).	109
Quadro 2 – Financiamento da atenção à saúde escolar em diferentes países. Cascavel/PR, 2022 (ARTIGO 1).	113
Quadro 3 – Ações realizadas pelos países com relação à saúde escolar em diferentes países. Cascavel/PR, 2022 (ARTIGO 1).	115

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa dos municípios pertencentes às Regionais de Saúde que compõem a Macrorregião Oeste do Estado do Paraná.

46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), desenvolvidas pelos profissionais de saúde no ciclo 2017-2018 (n=30) e durante o ciclo 2021-2022 (n=26), Cascavel, PR, 2022 (ARTIGO 2).	140
Tabela 1 – Caracterização quanto a formação dos profissionais de saúde, no ciclo 2017-2018 (n=30), Cascavel, PR, 2022 (ARTIGO 3).	166

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AE	Agrupamentos Escolares e Escolas não Agrupadas
APS	Atenção Primária em Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
AUGE	Sistema de Acesso Universal com Garantias Explícitas
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CE	Comissão Europeia
CE	Controles Estimados
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIS	Controle de Saúde Integral
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Resolução do Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CR	Comportamentos de Risco
CR	Controles Realizados
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF	Distrito Federal
DGS	Divisão Geral da Saúde
EBS	Ensino Básico e Secundário
EEE	Estabelecimentos de Educação e Ensino
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EPS	Escolas Promotoras de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FONASA	Sistema Nacional de Serviços de Saúde
GTI	Grupos de Trabalho Intersectoriais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INP	Instituto de Normalização da Previdência Social
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
ISAPRE	Instituições de Saúde Previdenciária
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVC	Índice de Validade de Conteúdo

LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MAI	Modalidade de Atenção Institucional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MINSAL	Ministério da Saúde do Chile
MLE	Modalidade de Livre Eleição
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGS	Organizações Não-Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PASSE	Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar
PEPSEE	Profissional de Enfermagem Promotor de Saúde no Ambiente Escolar
PESE	Programa de Educação em Saúde Escolar
PESEI	Programa de Educação em Saúde na Escola e Instituto
PESI	Programa de Educação em Saúde no Ensino Médio
PGA	Programação Geral Anual
PIAS	Plano Integral de Atenção em Saúde
PNPSO	Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PR	Paraná
PRESSE	Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
PROSANE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PSE	Programa Saúde na Escola
RS	Regional de Saúde
SISA	Sistema Integrado de Informação em Saúde
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Saúde
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SPO	Monitoramento e Prestação Oportuna
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
USP	Unidade de Saúde Pública

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3. REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 Saúde do escolar em experiências internacionais.....	21
3.2 Legislações e fundamentos para a criação de um programa para a saúde do escolar no Brasil	23
3.3 A saúde na escola como política pública: o PSE	29
3.4 Bases conceituais e instrumentais do PSE: promoção da saúde, integralidade e intersetorialidade.....	30
3.5 O PSE na literatura nacional	35
4. MÉTODO.....	40
4.1 Delineamento do estudo.....	40
4.2 Local do estudo	40
4.3 População do estudo	46
4.4 Coleta dos dados	48
4.5 Análise dos dados.....	51
4.6 Aspectos éticos	51
REFERÊNCIAS.....	52
ARTIGOS RESULTANTES DA PESQUISA	64
CONCLUSÕES GERAIS	65
APÊNDICES	67
ANEXOS	103

1. INTRODUÇÃO

As ações voltadas à saúde de escolares, ao longo dos anos, foram se construindo e ganhando diferentes contornos. O interesse e as primeiras preocupações com essa prática emergiram na Europa, durante os séculos XVI e XVII, principalmente em países, como a Alemanha, França e Inglaterra, os quais passavam por momentos de reorganização de práticas e de serviços, tais como a saúde e a educação. As transformações, ocorridas no campo da saúde já no século XVIII, impulsionaram o desenvolvimento de práticas assistenciais voltadas aos escolares, ancorados em três doutrinas médicas, a saber: Sanitarismo; Polícia Médica e Puericultura (FERRIANI, 1992; LIMA, 1985).

Essas doutrinas influenciaram as práticas voltadas à saúde dos escolares. O Sanitarismo com a vigilância dos espaços escolares colaborou para o desenvolvimento de ações voltadas principalmente para os aspectos ambientais. A Polícia Médica contribuiu por meio da inspeção higiênica da comunidade escolar, reforçando práticas de controle social; e a Puericultura, com o objetivo principal de difundir regras de vida adequadas e de comportamentos saudáveis (FERRIANI, 1992; FERRIANI; GOMES, 1997).

No Brasil, as ações educativas em saúde para escolares estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, época da Primeira República, centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis (GONÇALVES *et al.*, 2008).

No século XX, a educação em saúde visava ao desenvolvimento sadio e produtivo, a partir da observação, exame, controle e disciplina na infância. As práticas pedagógicas eram centradas em ações individualistas, focadas na mudança de comportamentos e atitudes, sem considerar as inúmeras condições de vida e a realidade, nas quais os escolares estavam inseridos (VALADÃO, 2004).

Desse caminhar, alcançou-se o entendimento de que o ambiente escolar é considerado um espaço no qual são programadas ações de promoção e prevenção da saúde, dada sua peculiaridade e expansão, desempenhando papel fundamental na formação de valores, modos de vida, os quais são voltados para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisões, para a criação de ambientes saudáveis, que respeitem a diversidade cultural, ambiental, econômica e

social, para a consolidação de uma política intersetorial voltada à qualidade de vida (ACCIOLY, 2009).

Nessa perspectiva, saúde escolar deve ser o encontro entre saberes e práticas de profissionais da saúde e da educação, alicerçado em uma concepção ampliada do processo saúde-doença e da educação. Isso pode ser desenvolvido por meio de atividades com o objetivo de permitir aos escolares serem sujeitos e não objetos, a fim de reproduzir um contexto de vida saudável (RODRIGUES *et al.*, 2020).

No Brasil, no ano de 2007, por meio do Decreto Presidencial nº 6.286, foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE) como uma política pública, organizado em parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC) (BRASIL, 2007a). O programa baseia-se na articulação entre escola pública e rede básica de saúde, configurando-se em estratégia de integração entre os setores para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas de saúde e educação (BRASIL, 2014).

A implantação do PSE pressupunha que os profissionais de saúde se percebessem mediadores na relação educação e saúde, desde o contato entre escolares e equipes de saúde, de forma que essa aproximação pudesse articular a apropriação de conhecimentos científicos trabalhados na escola e modos de vida saudáveis (SANTIAGO *et al.*, 2012).

Dentre as dimensões do PSE, destacam-se as atividades elaboradas pela atenção primária, ampliando possibilidades de assistência à saúde e desenvolvendo métodos educativos que ultrapassem os convencionais, o que pode oferecer possibilidades de melhoria nos atendimentos prestados pelas equipes de saúde (SANTIAGO *et al.*, 2012). Assim, há o papel dos educadores que, para Costa, Figueiredo e Ribeiro (2013), significa que uma expressiva quantidade não foi capacitada para dar atenção a problemas relacionados à saúde, mostrando-se desmotivados a desenvolverem ações de educação em saúde. Isso limita os escolares à compreensão sobre a sua condição de saúde ou deixa de auxiliar a tomada de decisão quanto a escolhas saudáveis.

Destarte, se, na escola, há dificuldades no enfrentamento das condições de saúde que podem acometer os alunos, pelo lado da saúde, as dificuldades também existem, seja por não considerar a escola como integrante da atenção primária, seja por adentrar esse espaço, levando consigo percepções biologicistas que não contribuem com a superação das condições encontradas nesses ambientes (MELLO,

2018). Isso fragmenta o cuidado prestado, alicerçado no modelo preventivista, de modo que direciona para o risco biológico na definição das ações a serem implementadas.

Com base nisso, o PSE possui, como alicerces que sustentam e que direcionam a sua implementação, a intersetorialidade; a estruturação pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se a integralidade, contemplando a atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde. Tais princípios são articuladores das iniciativas de políticas para o ambiente escolar, os quais permitem a ampliação da troca de saberes entre diferentes categorias e setores de atuação dos profissionais, com vistas à atenção integral à saúde dos estudantes (BRASIL, 2007a).

Lopes, Nogueira e Rocha (2018), ao desenvolverem uma revisão integrativa, acerca das ações do PSE e promoção da saúde, identificaram que, dos 38 estudos analisados, a maior parte se referia ao modelo preventivista, sendo as ações propostas de forma fragmentada e individualizada; assim, apenas sete relatavam a promoção da saúde e a prevenção de agravos voltados para a saúde do escolar.

Ao analisar-se as legislações do PSE, identifica-se a primazia do setor saúde, tendo em vista que, das oito portarias que regulavam o programa, cinco foram emitidas pelo MS e se referiam ao financiamento. Nessa mesma análise, constatou-se que a promoção da saúde não se constitui como elemento central do programa, destacando-se a ênfase em fatores comportamentais em detrimento dos fatores de ordem contextual, de modo que a preponderância dada ao setor saúde reflete uma compreensão que difere do conceito ampliado de saúde, limitando a intersetorialidade (CAVALCANTI, LUCENA; LUCENA, 2015).

Os estudos sobre o PSE são recentes e, no Estado do Paraná (PR), são ainda pouco discutidos. Dentre os já realizados, identificam-se pesquisas no Oeste do PR, com foco nas ações do PSE (MELLO, 2018); além disso, há a implantação do programa em municípios que contemplam a 10ª Regional de Saúde (RS) (BAGGIO *et al.*, 2018); como esses municípios implementam as atividades propostas nos componentes do PSE (RODRIGUES *et al.*, 2020); percepção de profissionais da educação e saúde em região de tríplice fronteira (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2017); percepção de gestores atuantes em municípios paranaenses localizados na região Oeste em relação ao Programa (SILVA *et al.*, 2022) e sobre a percepção dos professores das escolas estaduais e municipais (MORAES *et al.*, 2018).

Em âmbito internacional, o desenvolvimento de ações de saúde, nas escolas, é acordado por várias instituições internacionais, destacando que os problemas de saúde na atualidade são atribuíveis aos determinantes da saúde relacionados com os modos de vida, representado, principalmente, pelas doenças crônicas não transmissíveis. Para tanto, a melhora do nível de saúde, por meio de estratégias de promoção da saúde no contexto escolar, deve ser incorporada na infância ou adolescência.

Assim, a escola é um dos lugares onde as crianças passam grande parte de suas vidas, sendo fundamental levar em consideração a influência que essa instituição exerce sobre elas, local em que, além de conhecimentos, vivenciam atitudes e hábitos para cuidar da saúde.

Baseado no exposto, questiona-se: como se organiza a saúde escolar em outros países, considerando-se a integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde? E como os profissionais de saúde em uma região do PR incorporaram a saúde escolar ao seu trabalho na atenção primária?

Espera-se conhecer as ações de atenção à saúde escolar e quais as principais diferenças e similaridades existentes com o atual programa implantado no Brasil, o que pode contribuir para a identificação de possíveis caminhos que fortaleçam essa ação desenvolvida no Brasil, em especial, após a criação do PSE.

Além disso, vislumbra-se que as ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde dos municípios que compõem a Macrorregião Oeste considerem a integralidade do cuidado aos escolares, a intersetorialidade entre os setores saúde e educação e a promoção da saúde, considerando os escolares como protagonistas de seu processo de produção de modos de vida saudáveis.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as atividades de saúde para escolares em diferentes países e na macrorregião Oeste do Paraná, a partir do princípio da integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever como a saúde de escolares se organiza e é implementada em outros países;

Levantar os municípios que pactuaram o PSE na Macrorregião Oeste do Estado do PR, no ciclo 2017-2018 e no ciclo 2021-2022;

Relacionar os profissionais de saúde que atuam no PSE nos municípios que pactuaram o PSE;

Descrever as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde atuantes no PSE nas Regionais de Saúde que compõem a Macrorregião Oeste do Estado do PR;

Identificar se as atividades desenvolvidas visam e se sustentam na integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde;

Relatar como os profissionais de saúde avaliam sua atuação no PSE.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Saúde do escolar em experiências internacionais

A escola, ao longo do tempo, tem explicitado diversas significações no que diz respeito à sua função com relação à organização, missão e características sociais, de tal maneira que, nos dias atuais, apresenta-se como um espaço no qual são desenvolvidos processos de ensino e aprendizagem, os quais articulam ações de natureza diversa, com envolvimento de seu território e seu entorno (BRASIL, 2007b), bem como ações de educação em saúde, com prevenção e promoção da saúde.

O desenvolvimento de ações de saúde nas escolas, no âmbito internacional, envolve várias instituições, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Comissão Europeia (CE), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), dentre outros, que enfatizam que promover a adoção, a longo prazo, de estilos de vida saudáveis, por meio da educação em saúde, é primordial para o desenvolvimento de escolares no que se refere à sua saúde (GRÁCIA *et al.*, 2021).

Nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1950, expressões, como “ambiente escolar saudável”, já eram empregadas. Já em 1980, um “programa integral de saúde escolar” passou a ser debatido como uma abordagem mais ampla, em que englobava os constituintes de instrução em saúde, serviços de saúde e ambiente escolar, modelo com características semelhantes à referência europeia (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE SAÚDE ESCOLAR, 2008; OPAS, 1997).

Em 1981, a OMS apoiou o projeto da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, que definia as Escolas Promotoras de Saúde (EPS) em um lugar saudável para ver, aprender e trabalhar. Essa rede, atualmente denominada Escolas de Saúde na Europa, abrange 31 países membros da Europa e da Ásia Central e tem por objetivo criar, manter e garantir a colaboração ativa entre o setor da saúde e o setor social, apoiando organizações e profissionais na área de desenvolvimento, manutenção e promoção da saúde nas escolas (MARTÍNEZ, 2017).

Ainda, em 1990, nos EUA, um conceito mais amplo de programas abrangentes de saúde escolar foi idealizado e colocado em prática (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE SAÚDE ESCOLAR, 2008; OPAS, 1997). Em 1993, o Banco Mundial e a OMS compararam a relação custo-benefício de vários programas de saúde pública, concluindo que os programas de saúde escolar eram os mais lucrativos e que o ambiente escolar seria o local em que intervenções educativas, quando realizadas de forma eficaz, distancia os escolares de problemas de saúde que se manifestarão na idade adulta. Isso se demonstra, assim, ser benéfico e rentável no que diz respeito aos gastos públicos, evidência identificada também pelos peritos que constituíam o comitê de Educação Integral para a Saúde e Promoção da Saúde da OMS, em 1996, os quais concluíram que os gastos com saúde escolar geravam economia, quando planejados a longo prazo (OMS, 1997; MARGÃNÓN; GARÚZ; MOYA, 2019; MARTÍNEZ, 2017).

No Chile, em 1995, durante o Congresso de Saúde Escolar, foi acordada a criação da Rede Latino-Americana de EPS, reforçando mecanismos de intercâmbio de conhecimentos e experiências sobre saúde escolar, com temas prioritários de saúde e a identificação de linhas de ação para melhorar a capacidade do sistema escolar com ações voltadas para a promoção de saúde nos países (OPAS, 1997).

Durante a I Conferência de Promoção da Saúde na Grécia, ocorrida em 1997, foi afirmado que todas as crianças e jovens da Europa tinham o direito de ser educados numa EPS, bem como princípios para a promoção da saúde nas escolas foram definidos (OMS, 1997).

A II e III Conferência Europeia destacaram a importância da participação entre os setores da educação e da saúde em prol do desenvolvimento da promoção da saúde nas escolas de toda a Europa, considerando a escola um espaço para aprender, trabalhar e fortalecer a saúde (OMS, 1997).

Na IV Conferência, realizada na Dinamarca, em 2013, as políticas e práticas relacionadas à promoção da saúde nas escolas, com base em estudos científicos, notabilizaram a fim de consolidar, fortalecer e difundir tais ações, bem como, durante a V Conferência (2019), em Moscou, com a participação de 40 países, foi evidenciada a influência positiva das políticas de promoção da saúde nas agendas escolares (OKAN; PAAKKARI; DADACZYNSKI, 2020).

Destaca-se que os objetivos da promoção da saúde nasceram a partir da Carta de Ottawa, por meio de diversas estratégias, tais como a criação de ambientes

favoráveis e a aquisição de competências dos indivíduos por meio da informação e educação em saúde.

Documento da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) elenca os padrões para o estabelecimento de EPS, entendendo que os países devem dar apoio às escolas, para que sejam ambiente de promoção da saúde, pois, nelas, os escolares acessam conhecimentos sobre saúde que podem impactá-los, bem como as suas famílias e a comunidade (OMS; OPAS, 2022).

Para a OPAS, a constatação de que uma parcela maior de crianças latino-americanas tem hoje acesso à educação formal reforça o argumento de promover saúde na escola (OMS; OPAS, 2022).

As evidências internacionais realçam que o enfoque integral na escola, para promover a saúde e o bem-estar, melhora o desempenho acadêmico, a frequência escolar e as reprovações na escola, o que beneficia, por extensão, a saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes, equipe escolar e comunidade como um todo (BARRY *et al.*, 2013; VREEMAN; CARROLL, 2007).

Assim, torna-se pertinente conhecer como ações de promoção da saúde e integralidade do cuidado estão ajustadas de modo a contemplar a saúde de escolares, fortalecendo o desenvolvimento da cultura de saúde, por meio da coordenação intersetorial.

3.2 Legislações e fundamentos para a criação de um programa para a saúde do escolar no Brasil

Nas últimas décadas, a percepção dos países sobre o conceito, a prática de saúde escolar e de promoção da saúde tem mudado. Na década de 1980, a crítica do setor de Educação em relação ao setor de Saúde desconsiderava a escola como aliada e parceira, de maneira que se tornou mais taxativa, indicando que a educação, para a saúde, baseada no modelo médico tradicional e focalizada no controle e na prevenção de doenças, não contribuía para mudanças de atitudes e opções mais saudáveis de vida que minimizassem as situações de risco à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos (BRASIL, 2007b). Dessa forma, era plausível afirmar

que a escola é aliada a outros espaços institucionalizados, um *locus* de cuidado em saúde.

A escola tem como missão crucial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenhando papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todos os âmbitos da vida. Ademais, cumpre um papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas, visando ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Dessa forma, no ano de 2007, foi oficializado o PSE pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a), programa voltado para a saúde escolar, com a aspiração de encadear os serviços de saúde e as escolas da rede pública de ensino, organizando o desenvolvimento de ações entre os dois setores (MELLO *et al.*, 2018).

Tal Programa amplia as ações de saúde aos alunos da rede pública de ensino, englobando o ensino fundamental e médio, além da rede federal da educação profissional, tecnológica e Educação de Jovens e Adultos (EJA) (BRASIL, 2009). Nesse sentido, engendra uma modalidade de educação em saúde que propõe novas perspectivas na política de saúde escolar, transpondo os conceitos de ações curativas e fragmentadas desarticuladas da perspectiva da integralidade do cuidado.

Assim, o PSE permeia a inserção de profissionais de saúde no espaço escolar, estimulado por legislações específicas e sustentado na integralidade e intersetorialidade entre os setores Saúde e Educação, preconizando ações que envolvam os escolares no âmbito de promoção, prevenção e de atenção à saúde. Ademais, auxilia o fortalecimento de ações integrais que possibilitem projetos entre saúde e educação, bem como prepara os alunos para o enfrentamento das fragilidades que possam comprometer seu desenvolvimento (BRASIL, 2015).

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 oferta de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade (BRASIL, 2013a).

Assim sendo, são objetivos do PSE:

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

- II- Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III- Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV- Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V- Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI- Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;
- VII- Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007a, n. p.).

Para alcançá-los, o Programa organiza-se em três componentes:

Componente I – Ações de avaliação das condições de saúde planejadas e articuladas entre a escola e o serviço de saúde, para avaliar a saúde dos escolares, e encaminhar os que se encontram com alterações, para atendimentos em sua Unidade de Saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015).

As avaliações das condições de saúde precisam envolver os educandos para que se tornem os protagonistas, os quais devem saber o que está acontecendo e para que servem as ações realizadas, tornando-os comprometidos com a produção de autonomia e de autocuidado.

Cabe destacar, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que a educação escolar pública no Brasil é estruturada por meio da educação básica, organizada da seguinte forma: educação infantil; ensino fundamental; e ensino médio (BRASIL, 1996).

Dentre as ações da perspectiva epidemiológica que são prioritárias para os educandos no componente I, estão (BRASIL, 2015, p. 21-22):

- CRECHES: – Avaliação antropométrica. – Promoção e avaliação da saúde bucal. – Avaliação oftalmológica. – Verificação da situação vacinal. – Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração na audição (optativa).
- PRÉ-ESCOLAS: – Avaliação antropométrica. – Promoção e avaliação da saúde bucal. – Avaliação oftalmológica. – Verificação da situação vacinal. – Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração na audição (optativa). – Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração da linguagem oral (optativa).
- ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO: – Avaliação antropométrica. – Promoção e avaliação da saúde bucal. – Avaliação oftalmológica. – Verificação da situação vacinal. – Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração na audição (optativa). – Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração da linguagem oral (optativa). – Identificação de

educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação (optativa).

Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos que visam garantir a possibilidade de todos os educandos fazerem escolhas mais assertivas quanto à sua saúde, transformando-os em protagonistas do processo de produção da própria saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015).

Assim, com o planejamento, execução e avaliação das ações de forma comum, profissionais da área da saúde e da educação poderão trocar saberes sobre as práticas pedagógicas mais notáveis para abordagens dos temas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

As estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no território, que compõem o componente II, compreendem (BRASIL, 2015, p. 26):

CRECHES: – Promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável. – Promoção da cultura de paz e direitos humanos. – Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de Saúde Mental no contexto escolar em articulação com o GTI municipal. – Prevenção das violências e acidentes (optativa). – Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos de famílias solidárias para o encontro e a troca de experiência com mediação da creche/escola e/ou Saúde (optativa). – Estratégia NutriSUS fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó (optativa).

PRÉ-ESCOLAS: – Promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável. – Promoção da cultura de paz e de direitos humanos. – Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de Saúde Mental no contexto escolar em articulação com o GTI municipal. – Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas (optativa). – Promoção da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável (optativa). – Prevenção das violências e dos acidentes (optativa). – Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos de famílias solidárias para o encontro e a troca de experiência com mediação da creche/escola e/ou Saúde (optativa).

ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO: – Promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável. – Promoção da cultura de paz e de direitos humanos. – Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de Saúde Mental no contexto escolar em articulação com o GTI municipal. – Saúde e prevenção nas escolas (SPE), direito sexual e reprodutivo e prevenção das DSTs/Aids. – Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), prevenção ao uso do álcool, tabaco, crack e outras drogas. – Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas (optativa). – Promoção da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável (optativa). – Prevenção das violências e dos acidentes (optativa). – Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos entre pares para fomento e estímulo ao protagonismo de adolescentes e de jovens para administrar conflitos no ambiente escolar (optativa). – Saúde e prevenção nas escolas (SPE): formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas de direito sexual e reprodutivo e de prevenção das DSTs/Aids (optativa).

Componente III – Formação, direciona-se a prever o processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no PSE, por meio de momentos formais, destacando que a formação é um processo permanente, de integração dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) e das equipes de saúde e educação, abarcando as três esferas de governo (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015).

Os GTI têm papel fundamental na gestão e implementação dessas atividades de formação, que se baseiam em coordenações compartilhadas, planejando ações coletivas para atender às necessidades e às demandas locais; assim, pressupõe-se articulação e trocas de saberes entre profissionais da Saúde e da Educação, escolares e comunidade, elaborando ferramentas para qualificar esse trabalho e desenvolvendo um cronograma de encontros para discutir as condições de saúde dos territórios (BRASIL, 2015).

Dentre as diretrizes do Programa, destacam-se (BRASIL, 2011, p. 7):

- 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.

O PSE foi planejado com o intuito de auxiliar sua implementação nos territórios de sua responsabilidade. Para tanto, foram estabelecidas orientações em relação ao processo de gestão, incluindo seu monitoramento, avaliação e fluxo de transferência de recursos financeiros (BRASIL, 2013a), indispensáveis para o desenvolvimento dos trabalhos.

Com a expansão do PSE, em 2013, todos os municípios do País tornaram-se aptos a aderir e pactuar atividades, engajando um número maior de educandos, escolas, equipes de Atenção Básica (AB), bem como a ampliação das ações para a educação infantil, realizadas em centros de educação infantil (BRASIL, 2015).

As ações do PSE tornaram-se essenciais, as quais estão vinculadas a Programas prioritários do governo federal, de pactuação obrigatória e registro nos sistemas de monitoramento considerados para o alcance das metas, repasse de recurso financeiro e optativas, que são de livre pactuação; nesse sentido, seu registro nos sistemas de monitoramento não será considerado para repasse de incentivo financeiro (BRASIL, 2015), ambos com o propósito de atender, de maneira integral, à saúde dos escolares, sendo estruturadas a partir do reconhecimento das necessidades de saúde do contexto em que vivem os educandos.

A adesão ao PSE efetiva-se por meio da pactuação de ações intersetoriais, a partir da assinatura de um Termo de Compromisso acessível por ferramenta eletrônica pelos municípios e os estados, os quais precisam assinar o Termo de Adesão, também disponibilizado de forma eletrônica (BRASIL, 2017a).

Os estados, o Distrito Federal e os municípios que aderirem ao PSE deverão realizar, no período do ciclo de adesão, as seguintes ações, obrigatoriamente (BRASIL, 2017a, n.p.):

- I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- V. Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- VIII. Verificação e atualização da situação vacinal;
- IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/Aids; e
- XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

O incentivo financeiro às ações, no âmbito do PSE, após a adesão do Distrito Federal e dos municípios ao PSE, são repassadas fundo a fundo, anualmente, em parcela única, por intermédio e custeio do MS, por meio do Piso Variável da Atenção Básica, no valor de R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais), para o

Distrito Federal (DF) e municípios com 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos, com acréscimo de R\$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 (um) e 800 (oitocentos) educandos inscritos que superarem o número de 600 (seiscentos) (BRASIL, 2017a).

O cálculo do incentivo financeiro do segundo ano do ciclo do PSE a ser repassado para o DF e municípios levará em conta a realização das ações pactuadas na adesão e monitoradas pelo MS, por meio do monitoramento e avaliação por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação (BRASIL, 2017a).

3.3 A saúde na escola como política pública: o Programa Saúde na Escola

A trajetória da saúde escolar demarca a sua emergência, em âmbito internacional, articulada à construção do conceito de infância que se firmou a partir da Idade Moderna, no contexto das doutrinas médicas baseadas na polícia médica, higiene pública e puericultura, as quais exerceram influência para a organização das primeiras experiências de saúde na escola (FERRIANI, 1992).

Ações voltadas à saúde escolar no Brasil surgiram em 1850, quando o Estado, com o intuito de controlar as epidemias de febre amarela, cólera e varíola, disseminadas na cidade do Rio de Janeiro, adotou medidas para inspecionar lugares onde se reuniam grupos, dentre esses, as escolas (LIMA, 1985).

Assim, a educação e a saúde apresentam-se como uma estratégia importante para a saúde pública, embora práticas de educação em saúde venham sendo realizadas ao longo do tempo, em sua maioria, direcionadas à prevenção de doenças e ao controle de agravos. Dessa maneira, são o enfoque na formação de modos saudáveis de vida, no desenvolvimento psicossocial e da saúde mental, de forma que são pouco difundidos (BRASIL, 2007b).

Destarte, as políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que se fundamentam na orientação política do Estado e estabelecem as atividades governamentais relacionadas às funções de relevância pública. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de

regulação de outros agentes econômicos (LUCCHESI, 2004), visando assegurar um direito a determinado serviço, ação ou programa.

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado conduzido para o avanço das condições de saúde da população e do ambiente natural, social e do trabalho, organizando as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2004). Tão logo, o PSE é configurado como política pública de caráter intersetorial, elaborado com pretensões voltadas ao melhoramento da qualidade de vida e enfrentamento das vulnerabilidades sociais, com foco nos escolares.

3.4 Bases conceituais e instrumentais do Programa Saúde na Escola: promoção da saúde, integralidade e intersetorialidade

Factualmente, a escola é reconhecida como um ambiente para inserir demandas sobre a saúde, as quais são problematizadas na rotina diária. No Brasil, diversos modelos foram utilizados ao longo dos anos, desde aqueles que visavam à domesticação, à orientação clínico-assistencial, pautada no modelo biomédico, até, de forma contemporânea, as propostas que estimulam a capacidade crítica e a autonomia dos sujeitos em sintonia com a promoção da saúde. Sendo assim, era possível que os escolares protagonizassem seu autocuidado.

Desse modo, a proposta do PSE é de articular setores de educação e saúde para promover a saúde por meio da integralidade da atenção à saúde. Assim, a intersetorialidade entre a escola e o serviço de saúde tem como objetivo o fortalecimento da prática de produção e promoção da saúde, a adoção de um novo modelo de atenção à saúde e a consideração do espaço escolar como ambiente potencial para a produção de práticas de saúde. As ações nesses campos têm recíprocas repercussões e, assim sendo, a construção de ações integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados da educação e da saúde, com vistas à integralidade (BRASIL, 2009).

A intersetorialidade é um processo de construção compartilhada, que envolve múltiplos saberes e possibilita o acesso ao conhecimento e às interlocuções, propiciando a corresponsabilidade, a cogestão e o vínculo, com vistas à melhoria das

condições de vida da população (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004). Ações baseadas na intersectorialidade, na transdisciplinaridade e na autonomia dos indivíduos propiciam a identificação de adversidades que acometem a população, a construção e a implementação de intervenções (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

O planejamento de programas em saúde configura-se na articulação entre saberes e experiências, durante o delineamento das ações, implementação e avaliação, que visam alcançar soluções a problemas relacionados à saúde, porém, o que se compreende é que as atividades desenvolvidas entre diferentes setores acabam sendo conjuntas e não intersectoriais (OLIVEIRA, 2017).

Assim, a intersectorialidade aponta possibilidades de desenvolver a interdisciplinaridade entre campos de conhecimentos, dentre os quais, a saúde e a educação, atuantes no PSE. Dessa forma, é possível prever o trabalho de diferentes profissionais com objetivos comuns, tendo em vista transformar os diferentes tipos de saberes disciplinares (PEREIRA, 2017), de maneira que se possibilite o redesenho e a construção de conhecimentos ampliados sobre o cuidado em saúde (BANDEIRA; OLIVEIRA; MILÉO, 2021), para superar e transcender a fragmentação das áreas de saberes que se fazem inerentes no planejamento das ações e reflexões que norteiam o Programa.

Ademais, outro ponto que merece destaque é a formação dos profissionais de saúde centrada nos ambientes nosocomiais, com enfoque ao modelo de atenção individualizado e especializado em áreas do saber. Assim, reflete a dificuldade em se trabalhar com atendimentos voltados para a saúde coletiva, especialmente com relação ao modelo proposto pelo PSE. Frequentemente, a demasiada burocracia, a falta de recursos humanos e de tempo são os principais dificultadores do processo (PENSO *et al.*, 2013).

É fundamental que o atendimento à saúde ultrapasse os limites dos hospitais e centros de saúde, com o envolvimento de outros setores da sociedade, sendo a escola uma importante aliada no compartilhamento de vivências e aproximação, para desenvolver estratégias educativas que ultrapassem as palestras tradicionais (SANTIAGO *et al.*, 2012). Assim, a educação em saúde é primordial para a reflexão e mudança de comportamento na vida das pessoas. O profissional da saúde precisa se desvincular de sua prática assistencial, colocando-se como educador e transformador (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Destarte, a intersetorialidade é fundamental para que o PSE alcance seus objetivos na prática cotidiana nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos do setor saúde e educação. Ademais, faz-se importante a abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes de saúde que integram a Atenção Básica de cuidado, a fim de garantir às crianças, aos adolescentes e aos jovens acesso à qualidade de vida (BRASIL, 2015).

A congruência intersetorial deve respeitar as formas e as condições de organização da população, priorizando medidas definidas entre distintos setores, com base nos problemas da sociedade (GIAQUETO, 2010). Assim, é possível contribuir para a integração e troca de saberes de diversas áreas, que possam proporcionar ganhos à população para o processo organizacional e organização das políticas públicas voltadas às populações e territórios específicos (NASCIMENTO, 2010).

A escola e a rede básica de saúde são os alicerces do PSE, sendo uma estratégia de integração entre os dois setores para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação de políticas públicas brasileiras; assim, sua sustentabilidade e qualidade estão vinculadas ao empenho de cada indivíduo (BRASIL, 2015).

No âmbito da atenção e do cuidado em saúde, a integralidade na promoção da saúde passa a ser um método de produção de saúde que respeita as especificidades e as potencialidades dos indivíduos, bem como a organização do trabalho em saúde, a partir da escuta qualificada. Desse modo, é possível deslocar a atenção na perspectiva do adoecimento, para o acolhimento de suas histórias e condições de vida (BRASIL, 2018), seja de forma individual ou coletiva.

A Carta de Ottawa (OMS, 1986) define promoção à saúde como sendo (BRASIL, 2002, p. 19):

[...] 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.

Dessa forma, como resultado, a Carta de Ottawa propõe valores morais e sociais para a promoção de saúde, levando em consideração 23 pré-requisitos para a

saúde e propondo cinco estratégias principais: a construção de políticas públicas saudáveis, orientadas pelos princípios do direito à saúde e qualidade de vida (intersectorialidade); formação de ambientes auspiciosos à saúde; fortalecimento da ação comunitária (empoderamento e participação); promoção de habilidades pessoais (capacitação da população), além da reorientação do serviço de saúde (mudanças de práticas tradicionais) (OMS, 1986), com foco no indivíduo e em suas necessidades.

Assim sendo, a promoção da saúde efetiva-se mediante uma estratégia de articulação transversal, conferindo perceptibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco, com vistas à elaboração de mecanismos que minimizem as fragilidades (BRASIL, 2006). Considera-se a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, os modos de viver, como esses se organizam, satisfazem suas necessidades, condicionadas e determinadas pelo contexto social, econômico, político e cultural em que esses indivíduos estão inseridos (BRASIL, 2018). Assim, o trabalho de promoção de saúde com alunos, professores e funcionários tem, como premissa, o entendimento de quais conhecimentos prévios possuem e do que podem fazer a partir das ações trabalhadas.

Portanto, para se pensar em ações e promoção da saúde, torna-se necessário considerar a visão ampliada da saúde, relacionada ao conjunto de diversos fatores que envolvem o processo saúde-doença, tais como: sociais, econômicos, ambientais e políticos que determinam as condições de saúde e de qualidade de vida, além dos fatores condicionantes e determinantes, como a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, posição social, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Assim, faz-se necessária a construção de políticas públicas mais favoráveis à saúde, que promovam mudanças de comportamento (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Destarte, a saúde exige a participação ativa de todos os sujeitos na análise e na formulação de ações que visem à sua promoção, apontando para o desenvolvimento de políticas públicas, para a produção e disseminação de conhecimentos, bem como de práticas de saúde de forma compartilhada e participativa (BRASIL, 2018), com objetivo de melhorar as condições de saúde.

No contexto das ações de promoção da saúde com vistas aos educandos, têm por função promover o desenvolvimento de escolhas mais favoráveis à saúde, tornando-os protagonistas do processo de produção da própria saúde em busca de melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2015).

Desse modo, a escola, com base no PSE, constitui-se como uma estratégia que contribui para a construção de valores pessoais, crenças e conceitos, tornando-se espaço para a promoção da saúde. Assim, produz a compreensão da realidade em que esses sujeitos estão inseridos, de modo a modificá-la, propondo ações para resolver tais problemas de forma coletiva, com a participação de profissionais da saúde, educação, escolares e da comunidade (BRASIL, 2015); dessa forma, é possível contemplar a integralidade da assistência.

A integralidade é uma das bases do PSE, haja vista que as atividades desenvolvidas pelo programa estão pautadas nesse princípio, apresentando a saúde e educação como formação ampla; assim, compreende ações de atenção, de promoção e de assistência integral à saúde dos escolares (BRASIL, 2015).

Por conseguinte, a integralidade destaca-se como sendo a imagem-alvo que direciona os profissionais de saúde, para mudar a realidade dos indivíduos com vulnerabilidades, almejando superá-las (FRACOLLI *et al.*, 2011), bem como a atenção à saúde do escolar, contemplando ações preventivas, curativas e de reabilitação, além das ações promotoras de saúde.

Assim, a integralidade pode ser entendida como um conjunto de ações em saúde de uma política ou de um programa de governo, voltado a um público-alvo característico, com o objetivo de oferecer respostas a certos problemas de saúde pública previamente identificados por meio de avaliação. Ademais, é essencial integrar medidas assistenciais e de prevenção à saúde para formação ampla, as quais fortaleçam o enfrentamento das vulnerabilidades que possam implicar pleno desenvolvimento dos educandos, com base na intersetorialidade, a qual permite o gradativo desenvolvimento da troca de saberes entre diferentes profissões e a articulação das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação (PINHEIRO; MATTOS, 2009).

Por fim, entre os desafios mais importantes das ações de promoção da saúde, intersetorialidade e integralidade do cuidado, dadas as especificidades da atenção às necessidades de saúde dos escolares, o alcance das metas que devem ser pactuadas no desenvolvimento do PSE, pautadas na integralidade e na intersetorialidade, estão a inserção com ensino de competência para os escolares; a mobilização dos professores e funcionários das escolas e dos profissionais da saúde para o desenvolvimento dessas iniciativas; o reconhecimento de práticas de risco; o monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas (BRASIL, 2006), uma vez

que os problemas de saúde podem exigir diferentes sujeitos, saberes e práticas para seu atendimento.

3.5 O Programa Saúde na Escola na literatura nacional

A partir de uma revisão descritiva dos últimos cinco anos, foram identificados estudos que retratam como o PSE vem sendo estruturado no Brasil. Dessa maneira, destacam-se desde abordagens em disciplinas dos escolares, as dificuldades e fragilidades encontradas no cotidiano dos profissionais, que atuam no setor saúde e educação, até o elo entre os dois setores, o qual nem sempre ocorre de maneira adequada para a implementação de ações. Assim, ressalta-se a imprescindibilidade do fortalecimento da intersetorialidade, da integralidade do cuidado, da promoção da saúde, bem como a formação dos profissionais que atuam no programa, de forma a tornar o escolar, de fato, protagonista da sua própria situação de saúde.

Vieira e Belisário (2018), em pesquisa exploratória em um distrito sanitário de uma das principais capitais do Brasil, identificaram o ingresso de abordagens de saúde nas disciplinas regulares conduzidas na rede pública, como é o caso da alimentação saudável, trabalhada na matéria de Ciências, conteúdo escolar considerado desde a década de 1990. Todavia, identificou-se que a intersetorialidade e promoção da saúde, como ênfases da abordagem escolar, convencionavam a prescrição de ações fragmentadas e como apenas concessor do espaço físico para instalação de equipamentos oriundos do setor saúde.

Lopes, Nogueira e Rocha (2018) reforçam, em estudo de avaliação de 38 artigos, que a maior parte se sustenta no modelo preventivista, centrado em ações fragmentadas e individualizadas. Assim, destacam que as pesquisas envolvendo o PSE devem aproximar teoria e prática, fortalecendo princípios, como integralidade, intersetorialidade e participação social, além de reconhecer os determinantes sociais do processo saúde-doença, por meio de um cuidado compartilhado.

Estudo, realizado por Oliveira (2017), retrata a pouca participação dos profissionais do setor saúde no planejamento das atividades em conjunto com as escolas, sugerindo uma rede multissetorial. Nesse sentido, não há participação dos representantes no momento da construção e operacionalização das ações; além

disso, as práticas de promoção de saúde são pouco consistentes para serem implementadas.

Assim, de acordo com Chiari *et al.* (2018), os modelos de gestão das áreas de saúde, educação e do PSE são facilitadores da ação intersetorial, com participação, descentralização, processos de planejamento conjunto das ações e construção de parcerias. Destacam que as avaliações de saúde, realizadas pelas equipes nas escolas, não possuem o envolvimento e participação dos pais, fragmentando a atenção à saúde.

A gestão do PSE, em sua totalidade, reconhece a potencialidade do trabalho de prevenção e promoção da saúde, porém, aponta desafios devido à grande demanda de trabalho gerada pelo Programa, à fragilidade na inserção da escola nas ações realizadas e distanciamento com as famílias, além da dificuldade na valorização do trabalho na escola por parte da equipe de saúde e da pouca resolutividade das demandas clínicas dos escolares (CORRÊA; TOASSI; FIRMINO, 2018). Ademais, há o número insuficiente de trabalhadores para lidar com todas as demandas existentes com relação à população em geral e no que se refere aos escolares (MEDEIROS, 2017; MEDEIROS *et al.*, 2021). Falhas no sistema de monitoramento também foram relatadas (OLIVEIRA, 2017), sendo necessária a ampliação dessa política de saúde escolar, para alcançar maior cobertura de escolares (MELLO *et al.*, 2019).

Outro ponto que se destaca é que processos avaliativos em saúde são relevantes, porém, ainda incipientes no Brasil, para o conhecimento de resultados concretos na área. Dessa maneira, é essencial a tomada de decisão, construção e fortalecimento de políticas públicas que considerem as reais necessidades da população escolar, propiciando o aumento da efetividade, eficiência e eficácia das atividades desenvolvidas na área (SILVA *et al.*, 2021a).

Dessa forma, a fim de evitar a fragmentação do cuidado e atenção em saúde, a intersetorialidade é de suma importância. Baggio *et al.* (2018), ao entrevistarem profissionais da saúde de um município da região Oeste do Estado do PR, identificaram, no quesito receptividade e interação dos profissionais da educação com os da saúde e, após a inserção da equipe de saúde na escola, a colaboração dos profissionais da educação, viabilizando o processo de avaliação em saúde dos escolares. Dentre as potencialidades citadas do programa, destacam-se a detecção precoce dos problemas de saúde das crianças e adolescentes; o conhecimento da

comunidade escolar e das suas condições de saúde para planejar ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças e agravos que acometem os escolares.

Ainda, com vistas à interação e troca de saberes entre os setores de saúde e educação, Moraes *et al.* (2018), estudando o PSE em escolas municipais e estaduais, identificaram que a interação se faz de suma importância no atendimento às demandas dos escolares e promoção de saúde, por meio de ações de melhoria na qualidade de vida dos escolares e de seus familiares. Entretanto, percebeu-se que o distanciamento e falta de entrosamento, entre os setores saúde e educação, prejudica a qualidade das ações, principalmente no que tange à rede estadual de ensino, fragilizando, assim, a intersetorialidade e a integralidade do cuidado.

Profissionais apontam a relevância do Programa e do elo Saúde e Educação para a prevenção de riscos e agravos, bem como para a promoção da saúde e destacam que os desafios enfrentados se mostram na incipiente integração entre os setores, nas ações descontínuas e pontuais, na escassez de recursos humanos e no desconhecimento do PSE ou de seus pressupostos por alguns profissionais (PEREIRA *et al.*, 2020).

Corroborando Brasil *et al.* (2017b), Sousa, Esperidião e Medina (2017) observaram fragilidades nos quesitos de intersetorialidade, integralidade do cuidado e formação dos profissionais que atuam diretamente no programa e para a efetivação da promoção de saúde na escola, os quais ainda se apresentam limitados e com vulnerabilidades.

No que tange ao desenvolvimento dos componentes do programa, quanto à avaliação das condições de saúde, que corresponde ao Componente I, destacam-se ações assistenciais (RODRIGUES *et al.*, 2020), sendo observado um significativo número de escolares com alguma alteração em sua saúde (MELLO *et al.*, 2019). No entanto, apresenta-se pouca resolutividade (CORRÊA; TOASSI; FIRMINO, 2018) dos problemas identificados.

O componente II, que trata sobre a promoção da saúde e prevenção de agravos, é destacado especialmente pela promoção da alimentação saudável (RODRIGUES *et al.*, 2020; MELLO *et al.*, 2019; MORAES *et al.*, 2018; OLIVEIRA, 2017), que é ofertada na forma de palestras com abordagem biomédica, focando na mudança comportamental, sem levar em consideração os determinantes sociais (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017), que estão presentes no cotidiano de cada um dos escolares, e as reais condições socioeconômicas que vivenciam.

Mello *et al.* (2019), em pesquisa realizada na região Oeste do Estado do PR, identificaram que 1,33% dos indivíduos encontravam-se com muito baixo peso; 4,49% com baixo peso; 70,73% eutróficos; 21,64% com peso elevado; e 1,75% dos dados não foram amostrados. O índice municipal de problemas bucais foi de 36,88%. Na saúde ocular, 12,81% dos alunos avaliados apresentaram alterações de visão de alguma magnitude.

Estudo transversal, realizado com 101.534 estudantes do 9º ano do ensino fundamental, no ano de 2015, demonstrou que 8,8% dos adolescentes não apresentaram Comportamentos de Risco (CR). Dentre os CR mais prevalentes, destacaram-se: comportamento sedentário e baixo consumo de frutas (33,8%) e comportamento sedentário com baixo consumo de frutas e consumo regular de álcool (9,5%). Além disso, destaca-se também que escolares com maior chance de apresentarem CR estavam associados com não morar com os pais, ter pais que às vezes, nunca ou raramente entendiam seus problemas, preocupações ou que acompanhavam o dever de casa, bem como realizar refeições com os pais ou responsáveis menos que quatro dias por semana (SILVA *et al.*, 2021b).

Concomitantemente, Chaves *et al.* (2021) constataram maior chance de ocorrência de risco obesogênico em adolescentes do sexo feminino, com menor monitoramento familiar e que realizavam menor número de refeições com os responsáveis, além de inatividade e sedentarismo (SANTANA *et al.*, 2021). Ações que estimulem maior envolvimento e vigilância familiar nos modos de alimentação podem promover sensibilização positiva na prevenção da obesidade (CHAVES *et al.*, 2021), dessa forma, a promoção da saúde na escola deve ser assumida como um elo de responsabilidade entre os pais, estudantes, profissionais das áreas da educação e da saúde e comunidade escolar (MACHADO; PINHEIRO; MIGUEZ, 2021).

Para as ações de formação do componente III, evidenciou-se a carência de capacitações e treinamentos dos profissionais, como um dos principais problemas vivenciados pelo programa (MELLO *et al.*, 2019; BAGGIO *et al.*, 2018; MORAES *et al.*, 2018; OLIVEIRA, 2017) e que foram identificados como as ações menos pactuadas pelos municípios (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Para Mello *et al.* (2019), a qualificação dos profissionais de saúde e de educação envolvidos no PSE faz-se necessária para o empoderamento do corpo social escolar, tendo em vista a saúde como um processo socialmente formado.

Assim, pode ocasionar o absoluto avanço do educando, oportunizando que opte por meios mais saudáveis e de qualidade de vida.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Realizou-se pesquisa exploratória e descritiva a partir da análise documental de fontes primárias e artigos científicos, bem como de dados quantitativos decorrentes de pesquisa de campo.

Os estudos exploratórios possibilitam ao pesquisador aumentar seu conhecimento em torno de determinado problema, ou seja, o investigador parte de uma hipótese e aprofunda seus estudos, buscando maior conhecimento por meio do planejamento de uma pesquisa do tipo descritiva ou experimental (TRIVIÑOS, 1987).

De acordo com Triviños (1987), os estudos descritivos possuem, como foco primordial, o interesse em conhecer as características dos sujeitos que se deseja pesquisar, descrevendo os elementos da realidade que está sob estudo e investigação.

Gil (2008) salienta que as pesquisas descritivas têm por objetivo estudar as características de um grupo, dentre as quais se pode citar: idade, sexo, nível de escolaridade, estado de saúde física, mental, dentre outros aspectos a serem investigados e conhecidos.

A pesquisa documental consiste na exploração das fontes documentais, valendo-se de materiais que não receberam, até o presente, um tratamento analítico, ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2008).

A abordagem quantitativa pode ser utilizada para avaliar o desempenho de determinada instituição ou ao estudo organizacional de fenômenos ou processos (MINAYO, 2013), fornecendo indicadores e aspectos passíveis de enumeração e de estabelecimento de relações entre variáveis.

4.2 Local do estudo

A pesquisa documental com fontes primárias e artigos científicos contou com

documentos disponíveis na íntegra via internet, totalizando oito países, conforme Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Documentos disponíveis na íntegra via internet para o desenvolvimento da análise documental. Cascavel/PR, 2022.

Países	Documentos
Argentina (08 documentos)	<ul style="list-style-type: none"> - Resolução nº 1.141/2019 – Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social, 2019 (ARGENTINA, 2019a). - Manual de Implementação do PROSANE – Ministério da Saúde, 2020 (ARGENTINA, 2020). - Relatório da situação de saúde de crianças e adolescentes do PROSANE – Ministério da Saúde, 2016 (ARGENTINA, 2016a). - Relatório da situação de saúde de crianças e adolescentes do PROSANE – Ministério da Saúde, 2015 (ARGENTINA, 2015a). - Resolução nº 1.511/2016 – Ministério da Saúde, 2016 (ARGENTINA, 2016b). - Resolução nº 11/2015 – Ministério da Saúde, 2015 (ARGENTINA, 2015b). - Acordo para o desenvolvimento e execução do programa nacional de saúde escolar – Poder Executivo Nacional, 2019 (ARGENTINA, 2019b). - Revista Argentina de Saúde Pública, 2018 (CODARINI <i>et al.</i>, 2018).
Chile (02 documentos)	<ul style="list-style-type: none"> - Norma Técnica para a supervisão de saúde integral de crianças de 0 a 9 anos na Atenção Primária de Saúde 2021. Capítulo 1 – Ministério da Saúde, 2021 (CHILE, 2021a). - Norma Técnica para a supervisão de saúde integral de crianças de 0 a 9 anos na Atenção Primária de Saúde 2021. Capítulo 2 – Ministério da Saúde, 2021 (CHILE, 2021b).
Etiópia (01 documento)	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura do Programa de Saúde Escolar – Ministério da Saúde, 2017 (ETIÓPIA, 2017).
Espanha (02 documentos)	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de Educação para a Saúde nas Escolas e Institutos (PESEI), 2021 (GRÀCIA <i>et al.</i>, 2021). - Educação para a saúde na escola: uma poderosa ferramenta para mudanças positivas nos hábitos saudáveis da sociedade, 2014 (PARDO; FERNÁNDEZ, 2014).
Índia (01 documento)	<ul style="list-style-type: none"> - Diretrizes operacionais para o Programa de Saúde Escolar sob Ayushman Bharat – Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar, 2018 (ÍNDIA, 2018).
Peru (03 documentos)	<ul style="list-style-type: none"> - Resolução Ministerial nº 079/2020 – Ministério da Saúde, 2020 (LIMA, 2020). - Lei nº 30.061/2013 – Poder Legislativo, 2013 (LIMA, 2013). - Decreto nº 010/2013 – Ministério da Saúde, 2013 (PERU, 2013).
Portugal (01 documento)	<ul style="list-style-type: none"> - Norma da Direção Geral da Saúde nº 15/2015, 2015 (PORTUGAL, 2015).
Uruguai (02 documentos)	<ul style="list-style-type: none"> - Lei nº 19.140/2013 – Registro Nacional de Leis e Decretos, 2013 (URUGUAI, 2013).

	- Recomendações de boas práticas para a implementação de cantinas e quiosques saudáveis em instituições educativas – Ministério da Saúde Pública, 2014 (URUGUAI, 2014).
--	---

Fonte: Dados coletados na pesquisa, 2022.

O estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa foi realizado na Macrorregião Oeste do Estado do PR, que conta com cinco RS: 07^a RS, de Pato Branco; 08^a RS, de Francisco Beltrão; 09^a RS, de Foz do Iguaçu; 10^a RS, de Cascavel, e a 20^a RS, de Toledo.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020, o PR contava com uma população estimada de 11.516.840 habitantes, sendo que, desses, 1.881.354 residem na Macrorregião Oeste do Estado (IBGE, 2020), distribuídos nas cinco RS, as quais contam com 94 municípios. O Quadro 2 e a Figura 1 abaixo mostram, além dessas variáveis, o número de alunos pactuados no ciclo 2017-2018 (BRASIL, 2017c) e no ciclo 2021-2022 (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2022) e profissionais de saúde atuantes em Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, dados que foram abordados na metodologia.

Quadro 2 – Distribuição dos municípios, número de habitantes, número de alunos pactuados no PSE ciclo 2017-2018 e ciclo 2021-2022 e número de recursos humanos atuantes nas Unidades nos Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde 2018 e 2021, que compõem a Macrorregião Oeste de Saúde do Estado do Paraná. Cascavel/PR, 2022.

07^a RS PATO BRANCO					
Municípios	Habitantes	Alunos Pactuados ciclo 2017-2018	Alunos Pactuados ciclo 2021-2022	Recursos Humanos 2018	Recursos Humanos 2021
Bom Sucesso do Sul	3.254	637	736	42	39
Chopinzinho	19.167	2.353	3.822	97	97
Clevelândia	16.450	566	4.048	61	61
Coronel Domingos Soares	7.518	630	1.661	64	61
Coronel Vivida	20.580	4.893	3.012	116	118
Honório Serpa	5.119	817	1.112	91	83
Itapejara d'Oeste	12.094	2.216	2.533	74	69
Mangueirinha	16.642	891	2.164	129	131
Mariópolis*	6.632	0	1.408	44	60
Palmas*	51.755	0	1.727	145	105
Pato Branco	83.843	5.521	7.462	276	277
São João*	10.181	0	2.409	36	44

Saudade do Iguaçu	5.539	1.383	1.678	43	46
Sulina	2.930	600	629	24	23
Vitorino	6.859	1.249	1.506	42	44
15 municípios	268.563	21.756	35.907	1.059	1.258
08ª RS FRANCISCO BELTRÃO					
Municípios	Habitantes	Alunos Pactuados ciclo 2017-2018	Alunos Pactuados ciclo 2021-2022	Recursos Humanos 2018	Recursos Humanos 2021
Ampére	19.311	991	2.185	81	79
Barracão	10.312	1.302	1.358	71	71
Bela Vista da Caroba	3.457	774	788	28	34
Boa Esperança do Iguaçu	2.470	634	379	31	31
Bom Jesus do Sul	3.506	893	1.064	39	40
Capanema*	19.148	0	2.066	43	43
Cruzeiro do Iguaçu	4.240	468	1.078	25	29
Dois Vizinhos	41.038	7.247	5.249	150	166
Enéas Marques	5.933	1.249	1.339	55	56
Flor da Serra do Sul	4.603	1.067	1.135	51	52
Francisco Beltrão	92.216	4.278	6.265	380	388
Manfrinópolis	2.506	618	554	40	35
Marmeleiro	14.387	2.747	1.858	77	73
Nova Esperança do Sudoeste	5.030	1.124	459	20	19
Nova Prata do Iguaçu	10.544	1.509	1.393	57	57
Pérola d'Oeste	6.288	1.181	691	40	41
Pinhal de São Bento	2.737	673	688	27	25
Planalto	13.431	1.318	1.552	47	52
Pranchita	5.095	1.264	1.198	36	34
Realeza	16.950	3.517	950	85	85
Renascença	6.787	1.425	1.429	68	69
Salgado Filho	3.483	930	662	29	34
Salto do Lontra	14.872	267	2.977	75	76
Santa Izabel do Oeste	14.794	2.436	978	76	70
Santo Antônio do Sudoeste	20.261	2.112	4.694	19	22
São Jorge d'Oeste	9.028	1.837	2.058	55	54
Verê	7.174	1.568	1.755	15	16
27 municípios	330.560	43.429	46.802	1.677	1.751

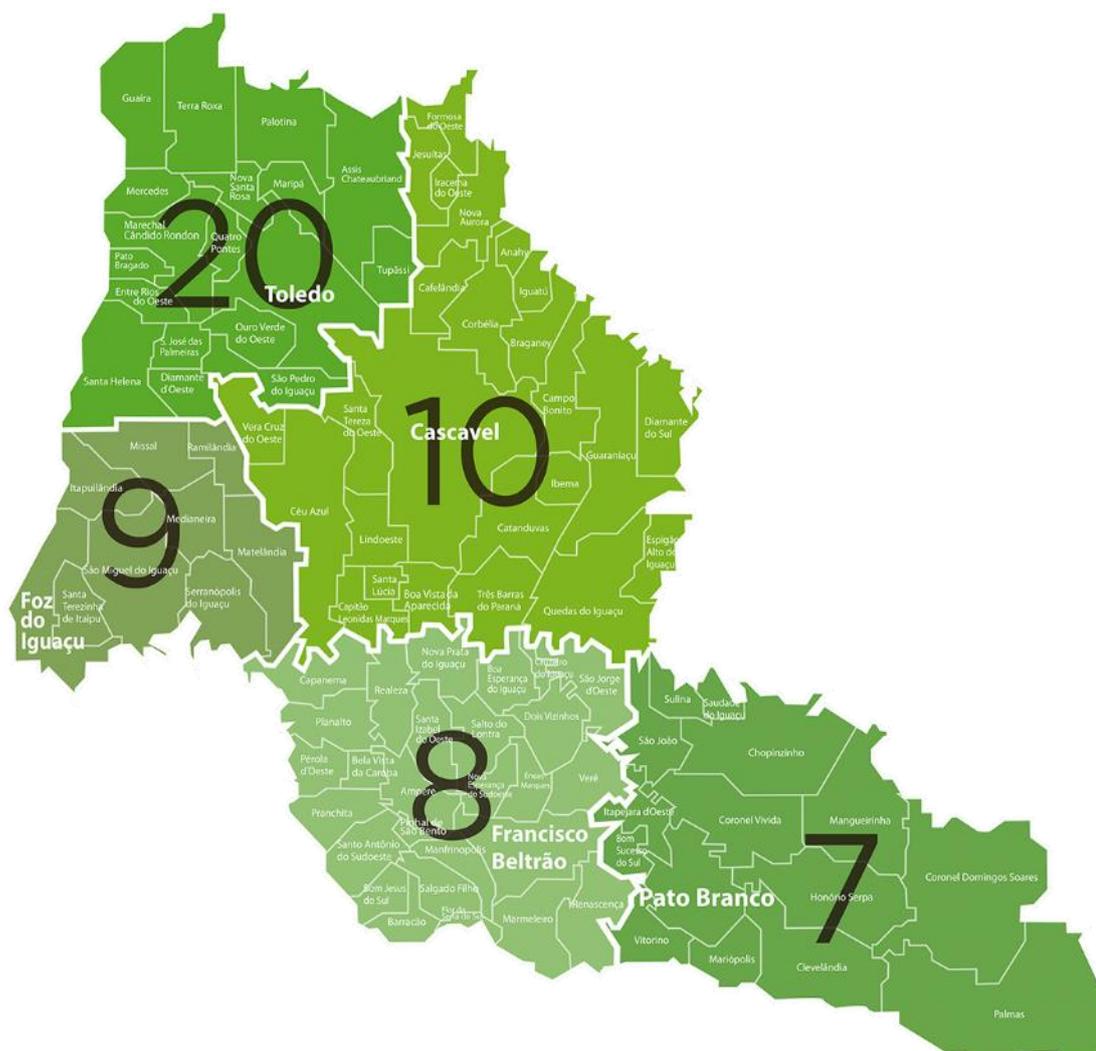
09ª RS FOZ DO IGUAÇU					
Municípios	Habitantes	Alunos Pactuados ciclo 2017-2018	Alunos Pactuados ciclo 2021-2022	Recursos Humanos 2018	Recursos Humanos 2021
Foz do Iguaçu	258.248	4.811	17.075	871	877
Itaipulândia*	11.385	0	1.988	04	14
Matelândia	18.107	2.059	2.719	71	84
Medianeira	46.574	1.404	7.161	48	16
Missal	10.704	247	2.460	59	71
Ramilândia*	4.476	0	1.039	26	26
Santa Terezinha de Itaipu	23.699	325	823	40	56
São Miguel do Iguaçu	27.576	3.253	3.774	18	20
Serranópolis do Iguaçu	4.477	361	615	42	41
09 municípios	258.248	4.811	37.654	1.149	1.205
10ª RS CASCAVEL					
Municípios	Habitantes	Alunos Pactuados ciclo 2017-2018	Alunos Pactuados ciclo 2021-2022	Recursos Humanos 2018	Recursos Humanos 2021
Anahy	2.788	611	670	50	51
Boa Vista da Aparecida	7.540	1.974	2.147	66	62
Braganey	5.382	601	1.253	46	46
Cafelândia	18.456	1.968	2.348	139	147
Campo Bonito	3.763	952	995	58	57
Capitão Leônidas Marques	15.834	1.507	1.823	31	34
Cascavel	332.333	27.382	48.238	1.090	1.057
Catanduvás	10.167	1.001	2.120	70	72
Céu Azul	11.819	2.331	2.630	49	49
Corbélia	17.117	3.763	4.181	137	150
Diamante do Sul	3.424	810	850	28	31
Espigão Alto do Iguaçu	4.048	1.162	1.174	44	43
Formosa do Oeste	6.460	658	1.434	47	48
Guaraniaçu	12.217	2.975	3.122	114	111
Ibema	6.370	1.372	1.358	36	42
Iguatu	2.253	486	477	41	37

Iracema do Oeste	2.251	477	517	28	34
Jesuítas	8.330	1.271	1.589	43	45
Lindoeste	4.592	1.251	1.369	42	49
Nova Aurora	10.299	2.325	2.746	78	79
Quedas do Iguaçu	34.409	2.868	7.930	88	110
Santa Lúcia	3.793	766	731	46	44
Santa Tereza do Oeste	10.096	2.696	3.038	73	58
Três Barras do Paraná	12.038	1.325	1.723	51	52
Vera Cruz do Oeste	8.454	1.924	1.905	28	34
25 municípios	531.896	64.456	96.368	2.523	2.542
20ª RS TOLEDO					
Municípios	Habitantes	Alunos Pactuados ciclo 2017-2018	Alunos Pactuados ciclo 2021-2022	Recursos Humanos 2018	Recursos Humanos 2021
Assis Chateaubriand	33.340	1.799	2.434	122	115
Diamante d'Oeste*	5.266	0	800	29	25
Entre Rios do Oeste*	4.596	0	1.042	28	29
Guaíra	33.310	1.298	2.830	150	148
Marechal Cândido Rondon*	53.495	0	10.656	220	184
Maripá	5.582	1.189	1.372	35	35
Mercedes	5.577	732	1.389	58	56
Nova Santa Rosa	8.266	878	1.162	37	38
Ouro Verde do Oeste	6.016	1.265	1.454	46	47
Palotina	32.121	3.674	4.837	159	160
Pato Bragado	5.684	624	1.304	42	40
Quatro Pontes	4.029	729	634	12	15
Santa Helena	26.767	1.557	2.647	21	15
São José das Palmeiras*	3.627	0	905	19	20
São Pedro do Iguaçu*	5.820	0	1.392	30	34
Terra Roxa	17.522	2.160	4.551	61	78
Toledo	142.645	6.009	21.548	377	377
Tupãssi	8.109	1.588	1.382	37	37
18 municípios	363.196	23.502	62.339	1.157	1.453

O "*" representa os municípios que não pactuaram o PSE no ciclo 2017-2018.

Fonte: Paraná. Secretaria de Saúde. <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Macroeconomia-Oeste>; IBGE, 2020; DATASUS, 2021; BRASIL, 2017c; BRASIL, 2021a; BRASIL, 2022.

Figura 1 – Mapa dos municípios pertencentes às Regionais de Saúde que compõem a Macrorregião Oeste do Estado do Paraná.



Fonte: Paraná. Secretaria de Saúde. <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Macrorregional-Oeste>

4.3 População do estudo

A pesquisa foi realizada envolvendo profissionais das equipes de saúde lotados em Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde da Macrorregião Oeste do Estado do PR, atuantes em municípios que pactuaram o ciclo 2017-2018 e 2021-2022 do PSE, nesse último período, bem como municípios impactados pela emergência da pandemia da Covid-19 no ciclo correspondente a tal situação. É essencial esclarecer que o ciclo 2017/2018 deveria ser desenvolvido em 2018 e, portanto, quando houve a ocorrência da pandemia, já estaria finalizado, o que significa que os profissionais de

saúde que responderam ao questionário tinham passado pelo desenvolvimento do programa nos municípios, assim como os participantes que atuaram durante o ciclo 2021-2022, em plena emergência da pandemia.

Assim, de um total de 94 municípios localizados na Macrorregião Oeste do Estado (IBGE, 2020), 83 finalizaram a adesão para o respectivo ciclo que os habilitou ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso previamente assinado (BRASIL, 2017c), conforme evidenciado no Quadro 1.

Dos municípios que pactuaram, 165.603 alunos foram incluídos para participar do PSE no ciclo supracitado (Quadro 1), no qual se observa que, na 10ª RS, foram pactuados 64.456 alunos; 43.429 na 08ª RS; 23.502 na 20ª RS; 21.756 na 07ª RS; e 4.811 alunos pactuados na 09ª RS (BRASIL, 2017c).

Já com relação ao ciclo 2021-2022, todos os municípios que estão situados na Macrorregião objeto do estudo realizaram a pactuação e o aporte financeiro para o desenvolvimento das atividades de acordo com a quantidade de escolares pactuados, os quais foram 279.070 alunos da rede pública de ensino (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2022), o que está demonstrado no Quadro 1.

Os municípios que não realizaram a pactuação no ciclo 2017-2018 (n=11) foram: três da 07ª RS (Mariópolis; Palmas; São João); um da 08ª RS (Capanema); dois municípios da 09ª RS (Itaipulândia; Ramilândia) e cinco municípios da 20ª RS (Diamante d'Oeste; Entre Rios do Oeste; Marechal Cândido Rondon; São José das Palmeiras; São Pedro do Iguaçu) (BRASIL, 2017c).

A partir dos dados coletados pela plataforma Datasus (opção dezembro de 2018), no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), os profissionais das equipes de saúde atuantes em Centros e Unidades Básicas de Saúde correspondem a um total de 6.966 indivíduos, sendo: 2.279 profissionais de saúde atuantes na 10ª RS; 1.157 na 20ª RS; 1.049 na 08ª RS; 970 na 07ª RS; e, 969 na 09ª RS (DATASUS, 2021); e, na opção dezembro de 2021, totalizam 8.209 profissionais de saúde, os quais estão destacados no Quadro 1.

Responderam ao questionário aqueles que, ao abri-lo, afirmaram que estavam atuando no município, em 2018, e durante os ciclos do PSE no decorrer da emergência de saúde causada pela Covid-19; caso não estivessem atuando, foram orientados a finalizar o questionário, sem respondê-lo e devolvê-lo.

4.4 Coleta dos dados

A coleta dos dados ocorreu em duas etapas.

Na primeira, os documentos com fontes primárias foram coletados por meio da identificação de documentos oficiais de países com a temática saúde escolar disponíveis na íntegra via internet. O período de coleta dos dados foi de julho a setembro de 2022.

Após identificados, os documentos foram traduzidos e as informações foram submetidas a sucessivas leituras para identificar as ações de saúde escolar que os países criaram, evidenciando suas características individualmente e em relação aos demais países analisados.

Posteriormente, os dados foram organizados para sistematizar as seguintes informações: nome do programa, ano de criação, objetivo (s), ações desenvolvidas, profissionais envolvidos, tipos de escolas (públicas, privadas etc.), público-alvo, tipo de financiamento, periodicidade de realização, gestão da saúde escolar e observações sobre o sistema de saúde e a saúde na escola, disponíveis para a pesquisa (Apêndice IV). Dessa maneira, é possível orientar a análise a partir do olhar da integralidade, intersetorialidade e da promoção da saúde.

Em um segundo momento, a coleta de dados exploratória foi realizada por meio de um instrumento de coleta (Apêndice I e II), autoaplicável, para preenchimento on-line por meio do *Google Forms*®, composto por perguntas fechadas, pontuadas pela medida da Escala de Likert, com base em níveis de discordância ou concordância, sendo de caráter ordinal, simples, que não mede, portanto, o quanto uma atitude é mais ou menos favorável (GIL, 2008).

Previamente à coleta dos dados, a pesquisadora fez contato via telefone com os profissionais da gestão responsáveis pelo PSE nas RS, explicando sobre a pesquisa e solicitando auxílio para que mensagens via *WhatsApp*® e *e-mails* fossem disparadas com as informações relativas à pesquisa aos municípios.

Os profissionais de saúde foram convidados a participar, considerando-se incluídos os sujeitos que estiveram envolvidos na realização das atividades do PSE, bem como os que aceitaram responder ao questionário on-line mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice III), durante o período de 24 de fevereiro de 2022 a 05 de julho de 2022.

O questionário foi construído com base no Caderno do Gestor do PSE (BRASIL, 2015) e conforme Portaria Interministerial nº 1.055 (BRASIL, 2017a), estruturado nos seguintes elementos:

- 1) Identificação do profissional;
- 2) Ações do PSE;
- 3) Formação dos profissionais que atuam no PSE;
- 4) Dificuldades para implantação do PSE;
- 5) Organização e desenvolvimento das ações do PSE;
- 6) Monitoramento e avaliação do PSE;
- 7) Adesão do PSE;
- 8) Intersetorialidade no PSE entre setor de saúde e educação e outras áreas;
- 9) Identificação de problemas de saúde dos escolares e seguimento (integralidade);
- 10) Periodicidade das ações do PSE;
- 11) Avaliação do profissional quanto à sua atuação no PSE;
- 12) Identificação do profissional que atuou no PSE durante a pandemia da Covid-19;
- 13) Ações do PSE desenvolvidas durante a pandemia.

O instrumento de coleta de dados foi validado por cinco juízes especialistas da saúde por meio da validação de conteúdo (PASQUALI, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Em relação à seleção dos juízes, levou-se em consideração a experiência, atentando-se para as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários, bem como se publicaram e pesquisaram sobre a temática previamente.

O processo foi iniciado com o convite aos juízes, contatados por meio eletrônico, contendo em anexo uma carta explicativa, que apresentava o objetivo do estudo e a descrição do instrumento. Dessa maneira, orientou-se sobre como avaliar cada item, bem como o TCLE, que deveria ser assinado digitalmente pelos avaliadores.

Os itens foram avaliados individualmente verificando sua clareza e pertinência, com atribuição dos valores correspondentes: -1 inadequado; 0 nem adequado nem inadequado; e 1 adequado.

Em relação à clareza, avaliou-se a redação dos itens, se eles foram redigidos de forma que o conceito estivesse compreensível e se expressavam adequadamente o que se espera por meio dos objetivos.

Quanto à pertinência, os juízes analisaram se os itens eram relevantes e se eram adequados para atingir os objetivos propostos. Além disso, um espaço foi deixado para que os especialistas pudessem redigir sugestões e comentários para melhorar o item avaliado.

A análise da validação do instrumento de coleta de dados foi feita pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que avalia o quanto proporcionalmente os juízes estão em concordância sobre aspectos do instrumento e de seus itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O método empregado para calcular a porcentagem de concordância entre os juízes efetivou-se pela seguinte fórmula:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de participantes que concordaram}}{\text{número total de participantes}} \times 100$$

Fonte: ALEXANDRE; COLUCI (2011).

Após a avaliação, dentre os 13 elementos que compõem o instrumento de coleta de dados, a concordância entre os avaliadores quanto à clareza e pertinência foi superior a 90,0% para todos os itens, com exceção de dois.

O item que questionava a idade dos participantes do estudo atingiu 80,0% no quesito clareza e pertinência, sendo proposta a inclusão da idade de profissionais da saúde com idade inferior a 20 anos.

Já no item que atingiu 89,0% de concordância entre os juízes, que trata sobre os direitos sexuais e reprodutivos, a sugestão efetivou-se para a mudança de nomenclatura por parte dos avaliadores, sendo realizada a adequação: DSTs para a nomenclatura correta – Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Nenhuma questão foi desprezada e as questões que receberam sugestões ou que não atingiram 90,0% de concordância foram devidamente reformuladas.

Com relação à coleta de dados referente à análise documental, buscaram-se sites oficiais, de domínio público de outros países, para identificar documentos que

trouxessem informações suficientes à compreensão das ações relativas ao tema, versando sobre as suas políticas/programas/estratégias, para o cuidado de escolares, guiado por protocolo de coleta de informações, conforme evidenciado no Apêndice IV.

4.5 Análise dos dados

Os dados da análise documental foram sistematizados em quadro e discutidos à luz de outros estudos identificados na literatura pertinente ao tema.

Os dados quantitativos foram inseridos em planilhas no *Microsoft Excel®*, para análise estatística descritiva simples das variáveis, cálculo de frequência absoluta e frequência relativa (percentual).

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) (Anexo I), com parecer favorável nº 5.072.975 e CAAE: 52268421.0.0000.0107, em 30 de outubro de 2021; a coleta de dados seguiu todas as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 (BRASIL, 2013b), bem como do Ofício Circular nº 2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) de 24 de fevereiro de 2021, no que concerne às orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual (BRASIL, 2021b).

Os profissionais que participaram da pesquisa foram convidados a assinar o TCLE (Apêndice III), na folha de apresentação do estudo e, após leitura, o participante aceitou recusar ou participar da pesquisa por meio de um clique. Para preservar e respeitar a individualidade de cada um, os profissionais e municípios não serão identificados na redação da dissertação, garantindo o sigilo profissional.

Os artigos científicos resultantes da pesquisa, elaborados para publicação, serão disponibilizados aos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ACCIOLY, E. A. A escola como promotora da alimentação saudável. **Revista Ciência em Tela**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 1-9, jul./dez, 2009. Disponível em: <http://www.cienciaemtela.nutes.ufrj.br/artigos/0209accioly.pdf>. Acesso em: 27 maio 2021.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-68, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- ARGENTINA. Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social. Secretaria de Governo de Saúde. **Resolução nº 1141/2019**. Buenos Aires, 23 jul. 2019. 2019a. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1141-2019-325636/texto>. Acesso em: 29 jul. 2022.
- ARGENTINA. Ministério da Saúde. **Análisis de la situación de salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas de nivel primario de la república Argentina: Reporte Anual 2014**. Secretaria de Saúde Comunitária. Programa Nacional de Saúde Escolar (PROSANE). Argentina: Ministério da Saúde e da Nação, 2016. 2016a. Disponível em: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000734cnt-reporte-2014-2017.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2021.
- ARGENTINA. Ministério da Saúde. Manual de Implementação. **Módulo 1: Controle de Saúde Abrangente**. Programa Nacional de Saúde Escolar (PROSANE). Atualização de 2020. 2020. Disponível em: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-04/prosane-manual-de-implementacion-2020-modulo1.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2022.
- ARGENTINA. Ministério da Saúde. **Resolução nº 1511/2016**. Buenos Aires, 23 set. 2016. 2016b. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1511-2016-265782/texto>. Acesso em: 30 jul. 2022.
- ARGENTINA. Ministério da Saúde. Saúde pública. **Resolução nº 11/2015**. Programa de Saúde Escolar. Buenos Aires, 9 mar. 2015. 2015b. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1302.pdf. Acesso em: 07 ago. 2022.
- ARGENTINA. Ministério da Saúde. **Situación de salud de niños, niñas y adolescentes en la Argentina**. Secretaria de Saúde Comunitária. Programa Nacional de Saúde Escolar (PROSANE). Argentina: Ministério da Saúde e da Nação, 2015. 2015a. Disponível em: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000928cnt-situacion-salud-argentina-agosto-_2015.pdf. Acesso em: 29 jun. 2021.

ARGENTINA. Poder Ejecutivo Nacional. **Convenio de desarrollo y ejecucion del programa nacional de salud escolar**. Buenos Aires, 4 jun. 2019. 2019b. Disponível em: http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgrsres1141_2019anexo.pdf. Acesso em: 02 ago. 2022.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE SAÚDE ESCOLAR. **Promoção da Saúde através das Escolas**: A Agenda Federal ASHA, Kent Ohio, 2008.

BAGGIO, M. A. *et al.* Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná: relato de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, [S. l.], v. 71, suppl. 4, p. 1540-7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0188>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QZ5pxBh4HvMQ6fR7HfXXbkp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 08 jun. 2021.

BANDEIRA, M. A.; OLIVEIRA, N. C. M.; MILÉO, I. S. O. Programa Saúde na Escola: interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. Eletrônica Pesquiseduca**, Santos, v. 13, n. 29, p. 340-355, jan./abr., 2021. Disponível em: <https://periodicos.unisantos.br/pesquiseduca/article/view/1100/927>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BARRY, M. M. *et al.* A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. **BMC Public Health**, [S.l.], v. 13, n. 835, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-835>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL, E. G. M. *et al.* Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, v. 51, n. e03276, p. 1-9, 2017. 2017b. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016039303276>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100454&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto (MEC). Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 248, p. 27.833, 23 dezembro de 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 234, p. 2, 06 de dezembro de 2007. 2007a. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 29 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde**: experiências do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 2007b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do Gestor do PSE**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Passo a passo Programa Saúde na Escola (PSE)**. Tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf. Acesso em: 07 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Manual Instrutivo. Brasília, DF, 2013. 2013a. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_06_2013_16.21.18.880166244cb983df2c85e0bcc746a73b.pdf. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 2/2021**. Comissão Nacional em Ética em Pesquisa (CONEP). Assunto: Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, DF, 2021. 2021b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 79, p. 36, 26 abril de 2017. 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.320, de 22 de junho de 2021. Define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e ao Crescer Saudável para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 117, p. 72, 24 de junho de 2021. 2021a. Disponível

em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-1-320/>. Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017. Lista os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 202, p. 49-125, 20 outubro de 2017. 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2706_20_10_2017.html. Acesso em: 05 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 63, p. 138, 31 março de 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf. Acesso em: 21 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**: passo a passo para adesão. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_passo_adesaoPSE2014.pdf. Acesso em: 04 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 junho de 2013. 2013b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na Escola**. Cadernos de Atenção Básica. n. 24. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf. Acesso em: 02 jun. 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Painel de Adesões**. Adesões pelo Brasil. PSE Ciclo 2021-2022, 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/pse/relatorio>. Acesso em: 05 ago. 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 jun. 2021.

CAMPOS, G. V; BARROS, R. B; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/t39W4PnHZCxWnYCbZyyk9Vc/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M. F.; LUCENA, P. L. C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387-402, ago./dez., 2015. DOI: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.2.21728>. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21728>. Acesso em: 29 maio 2021.

CHAVES, O. C. *et al.* Concorrência de fatores de risco obesogênicos em adolescentes brasileiros: o papel das características sociodemográficas e da presença parental. **Cad. Saúde Pública**, [S. l.], v. 37, n. 3:e000131202021, p. 1-14, ago., 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00013120>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9XJTmxbkMhn9pxRpcRfyp7d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2021.

CHIARI, A. P. G. *et al.* Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. e00104217, dez., 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00104217.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

CHILE. Ministério da Saúde. **Norma técnica para la supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud**. Atualização em 2021. Capítulo 1: Antecedentes sociais e de saúde. 2. ed., 2021a. Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Capi%CC%81tulo-1-Web.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2022.

CHILE. Ministério da Saúde. **Norma técnica para la supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud**. Atualização 2021b. Capítulo 3: Supervisão de saúde integral infantil. 2. ed., 2021b. Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Capi%CC%81tulo-3-Web.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2022.

CODARINI, G. *et al.* Intervenções Sanitárias. Programa Nacional de Salud Escolar: una política de cuidado de niñas, niños y adolescentes en edad escolar de Argentina. **Rev Argent Salud Pública**, Buenos Aires, v. 9, n. 35, p. 38-41, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rasp/v9n35/v9n35a07.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

CORRÊA, H. W.; TOASSI, R. F. C.; FIRMINO, L. B. Programa Saúde na Escola: potencialidades e desafios na construção de redes de cuidado. **Saúde em Redes**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 37-47, dez., 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1835/297>. Acesso em: 21 jun. 2021.

COSTA, G. M.; FIGUEREDO, R. C.; RIBEIRO, M. S. A importância do Enfermeiro junto ao PSE nas ações de educação em saúde em uma escola municipal de Gurupi - TO. **Rev Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 6, n. 2, abr., 2013. Disponível em: <https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/62/6.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2021.

DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). **CNES - Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - Segundo CBO 2002 – Paraná**.

Maio. 2021. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02pr.def>. Acesso em: 06 jul. 2021.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. **Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde**. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ETIÓPIA. Ministério da Saúde. **School Health Program Framework**. Be Healthy to Learn and Learn to be Healthy. Agosto, 2017. p. 118, 2017. Disponível em: https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/Ethiopia-School-Health-Program-Framework-August-2017_FINAL.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

FERRIANI, M. G. C. **A inserção do Enfermeiro na Saúde Escolar**: análise crítica de uma experiência. São Paulo: USP, 1992.

FERRIANI, M. G. C.; GOMES, R. **Saúde Escolar**: contradições e desafios. Goiânia: AB, 1997. 76p.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, [S. l.], v. 45, n. 5, p. 1135-1141. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NLKhPGd9YWpQr9gYZL6MgKt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 07 jun. 2021.

GIAQUETO, A. A descentralização e intersectorialidade na política de assistência social. **Revista Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 6, n. 10, dez., 2010. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634883/2783>. Acesso em: 23 jun. 2021.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200p.

GONÇALVES, F. D. *et al.* A promoção da saúde na educação infantil. **Interface - Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 181-92, jan./mar., 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000100014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/mrv3zN4qwNhn3mjJDFDR8Sd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2023.

GRÀCIA, S. P. *et al.* **Programa de Educación para la Salud em las Escuelas e Institutos (PESEI)**. International Association of School Nurses & Health Promotion (ISNA); Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar (ACEESE); Associació Catalana d'Infermeria i salut escolar (ACISE). p. 62, 2021. Disponível em: https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/pdfs/observatorio-nacional/PESEI_2021-Actualizado.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

INDIA. Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar. Ministério do Desenvolvimento e Recursos Humanos. **Operational Guidelines on School Health Programme under Ayushman Bharat Health and Wellness Ambassadors partnering to build a stronger future**. Abril 2018. p. 22, 2018. Disponível em:

https://nhm.gov.in/New_Updates_2018/NHM_Components/RMNCHA/AH/guidelines/Operational_guidelines_on_School_Health_Programme_under_Ayushman_Bharat.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça cidades e Estados do Brasil**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 06 jul. 2021.

LIMA, G. Z. **Saúde Escolar e Educação**. São Paulo: Cortez, 1985. 160 p.

LIMA. Ministério da Saúde. Resolução Interministerial nº 079-2020- MINSA. **Aprobar el documento técnico: “Plan de Salud Escolar 2020-2021”, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial**. 2020. Disponível em: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/544238/resolucion-ministerial-079-2020-MINSA.PDF>. Acesso em: 05 ago. 2022.

LIMA. Poder Legislativo. Lei nº 30.061. **Ley que declara de prioritário interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del ámbito del programa nacional de alimentación escolar qali warma y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS)**. Congresso da República. 06 jul. 2013, 2013. Disponível em: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/per125595.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 773-789, jul./set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300773&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2021.

LUCCHESI, P. Informação para tomadores de decisão em saúde pública. **Tema Políticas Públicas em Saúde**. São Paulo, p. 90, jul., 2004. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

MACHADO, V. A.; PINHEIRO, R.; MIGUEZ, S. F. Educação e liberdade na promoção da saúde escolar: perspectivas compreensivas sobre a ação política como potência nas comunidades escolares. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 25:e200035, p. 1-12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200035>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8s7Wqx7kBKMyrpHTRnJB69n/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2021.

MARGÃNÓN, R. A.; GARÚZ, C. M.; MOYA, J. L. M. Estudio Delphi de las competencias pedagógicas del profesional de Enfermería en la escuela. **Revista objetivos de enfermagem, [S. l.]**, v. 22, n. 5, p. 49-58, jun., 2019. DOI: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.22.1003081431>. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6943870>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MARTÍNEZ, D. G. **Enfermagem na comunidade escolar: uma abordagem avaliativa da educação em saúde na infância**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais

e da Saúde) – Universidade Católica de Murcia, Espanha, 2017, p. 330. Disponível em: <http://repositorio.ucam.edu/handle/10952/2438>. Acesso em: 29 set. 2022.

MEDEIROS, E. R. **Avaliação do grau da implantação do programa saúde na escola no município de Natal**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017, p. 79. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/24591/1/EliabeRodriguesDeMedeiros_DISSERT.pdf. Acesso em: 26 jun. 2021.

MEDEIROS, E. R. *et al.* Avaliação do grau da implantação do Programa Saúde na Escola em municípios do nordeste brasileiro. **Rev. Salud Pública**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 1-7, fev., 2021. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V23n1.86258>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v23n1/0124-0064-rsap-23-01-e201.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MELLO, M. A. F. C. **Ações do Programa Saúde na Escola em Município da Região Oeste do Paraná**. 2018. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2018, p. 149. Disponível em: http://tede.unioeste.br/bitstream/tede/3790/5/Manoela_Mello2018.pdf. Acesso em: 03 jun. 2021.

MELLO, M. A. F. C. *et al.* Avaliações de Saúde de Escolares no Programa Saúde na Escola. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARP**, Rio do Peixe, v. 9, n. 2, v. 18, p. 261-277, nov., 2019. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1546/1083>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 416 p.

MORAES, A. C. *et al.* Health in School Program in elementary municipal and state education institutions. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 782-806, ago., 2018. DOI: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20184203782806>. Disponível em: <https://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20180014.PDF>. Acesso em: 13 jun. 2021.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. São Paulo. **Serv. Soc. Soc**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar., 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/TDCqtLhvDvRnRmDXhtTBHZK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2021.

OKAN, O.; PAAKKARI, L.; DADACZYNSKI, K. **Alfabetización en salud en las escuelas. Novedades sobre el estado de la cuestión**. Finlândia e Alemanha, p. 15, set., 2020. Disponível em: https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/factsheets/she_factsheet_2020_in_spanish.pdf. Acesso em: 02 out. 2022.

OLIVEIRA, F. P. S. L. **Avaliação do programa saúde na escola com foco na integração entre unidade básica de saúde e escola de ensino fundamental**: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. Tese (Doutorado em Odontologia) –

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017, p. 227. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-ATXKKG>. Acesso em: 21 jun. 2021.

OLIVEIRA, H. M.; GONCALVES, M. J. F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-63, nov./dez., 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hSpf9RWGCJ8M35kqMk9nMWH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 26 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **A Escola Promotora de Saúde – um investimento em educação, saúde e democracia**. Primeira Conferência da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, Thessaloniki, Grécia. Secretaria Técnica da REEPS, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa, 1986**: aprovada na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. nov, 1986. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Transformar cada escola em uma escola promotora de saúde**. Guia de implementação. 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55812/9789275725306_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Relatório da Organização Pan-Americana da Saúde da Primeira Reunião da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde**. Washington, DC: OPAS/OMS. 1997.

PARDO, E. S.; FERNÁNDEZ, E. C. **La educación para la salud en la escuela: Una herramienta con poderes de cambios positivos en los hábitos saludables de la sociedad**. Programa de Educación para Salud en las Escuelas e institutos (PESEI). Jan., 2014. Disponível em: <https://docplayer.es/19298574-La-educacion-para-la-salud-en-la-escuela-una-herramienta-con-poderes-de-cambios-positivos-en-los-habitos-saludables-de-la-sociedad.html>. Acesso em: 25 jul. 2022.

PASQUALI, L. **Psicometria**. Teoria dos testes na psicologia e na educação. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

PENSO, M. A. *et al.* A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saude soc**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HqsZ9KWgXNRXncJZ5kw6RMh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2021.

PEREIRA, A. C. M. A prática da intersetorialidade como promoção e prevenção de saúde nas escolas: um relato de experiência em São Luís do Maranhão – Brasil. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 67-80, 2017. Disponível em: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/download/2578/2787>. Acesso em: 26 jul. 2021.

PEREIRA, P. L. G. *et al.* A implementação do Programa Saúde na Escola em três municípios de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 10, 10:e3566, 2020. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3566>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3566/2447>. Acesso em: 28 jun. 2021.

PERU. Ministério da Saúde. Decreto nº 010-2013- SA. **Aprueban plan de salud escolar 2013-2016, con cargo al presupuesto institucional del ministerio de salud, del seguro integral de salud y de los demás pliegos involucrados**. 2013. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/pe_1162.pdf. 2013. Acesso em: 01 ago. 2022.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2009. 184 p.

PORTUGAL. **Programa Nacional de Saúde Escolar 2015**. Norma da Direção-Geral da Saúde. n. 15/2015. 12 ago. 2015, 2015. Disponível em: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2022.

RODRIGUES, R. M. *et al.* Implantação dos componentes I, II e III do Programa Saúde na Escola. **J Manag Prim Health Care**, [S. l.], v. 12:e20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.976>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/97-6/893>. Acesso em: 01 jun. 2021.

SANTANA, C. P. *et al.* Associação entre supervisão parental e comportamento sedentário e de inatividade física em adolescentes brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 569-580, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.07272019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SPJpPYbG9sHwcBr3MXpgQzx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

SANTIAGO, L. M. *et al.* Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza - CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 1026-1029, nov./dez., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600020. Acesso em: 03 jun. 2021.

SILVA, A. A. *et al.* Ações de promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Ceará: contribuições da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, [S. l.], v. 74, n. 1:e20190769, p. 1-8. 2021a. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0769>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9tgd3GzTszC4s5fPGkQXxLj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 jun. 2021.

SILVA, G. F. *et al.* Health in Schools Program in the view of managers in five towns of the Western Paraná, Brazil. **ABCS Health Sci.**, v. Espec. 47:e022225, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020203.2120>. Acesso em: 02 dez. 2022.

SILVA, R. M. A. *et al.* Coexistência de comportamentos de risco à saúde e o contexto familiar entre adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2015). **Rev. Bras. Epidemiol.**, [S. l.], v. 24:E210023, p. 1-13. 2021b. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/pfMvdnjqxDbbPdDCnFbzSR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

SILVA-SOBRINHO, *et al.* Percepção dos profissionais da educação e saúde sobre o Programa Saúde na Escola. **Rev. Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 93-108, abr., 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/77/66>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1781-1790, jun., 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601781&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2021.

SOUZA, A. N.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, jul./set., 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v26n3/2237-9622-ess-26-03-00649.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

TRIVIÑOS, A. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987, 176 p.

URUGUAI. Lei nº 19.140. **Proteccion de la salud de la poblacion infantil y adolescente atraves de la promocion de habitos alimenticios saludables**. Registro Nacional de Leis e Decretos, v. 1, p. 1433, 28 outubro de 2013, 2013. Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19140-2013#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20por,factor%20de%20riesgo%2C%20en%20la>. Acesso em: 29 jul. 2022.

URUGUAI. Ministério da Saúde Pública. **Estrategia nacional de promoción de la salud. Plan nacional de promoción de la salud y prevención y control de las enfermedades crónicas no trasmisibles plan nacional de escuelas promotoras de salud. Promoción de la alimentación saludable en niños, niñas y adolescentes**. Recomendações de boas práticas para a a implantação de cantinas e quiosques saudáveis em instituições educativas. Mar. 2014, p. 75, 2014. Disponível em: <https://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/recomendaciones.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004, p. 154. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/publico/tese_marina.pdf. Acesso em: 29 jan. 2023.

VIEIRA, L. S.; BELISARIO, S. A. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 120-133, dez., 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S409>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0120.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

VREEMAN, R. C.; CARROLL, A. E. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. **Arch Pediatrics Adolesc Med**, [S.l.], v. 161, n. 1, p. 78-88, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.1.78>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/569481>. Acesso em: 11 fev. 2023.

WIMMER, G. F; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 145-154. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3WJrhwNPMxrkyLtXRzLqGxk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2021.

ARTIGOS RESULTANTES DA PESQUISA

ARTIGO 1: Ações de saúde escolar em diferentes países

O presente artigo objetiva descrever como a saúde de escolares se organiza e é implementada em diversos países, além de analisar suas atividades de saúde para escolares, a partir do princípio da integralidade, intersetorialidade e a promoção da saúde. Isso efetivado por meio de um estudo exploratório e descritivo a partir da análise documental de fontes primárias: documentos oficiais de oito países localizados via digital com a temática saúde escolar, de julho a setembro de 2022 (Anexo II).

ARTIGO 2: Programa Saúde na Escola em uma macrorregião de saúde do Estado do Paraná

Estudo de natureza exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa com profissionais de saúde da Macrorregião Oeste do estado do Paraná atuantes no ciclo 2017-2018 e 2021-2022 do PSE, que objetiva identificar, descrever e analisar as atividades do PSE na macrorregião Oeste do Paraná a partir dos princípios da integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde. Os dados quantitativos foram obtidos por meio de questionário com perguntas fechadas (Anexo III).

ARTIGO 3: Programa Saúde na Escola: Intersetorialidade, integralidade, formação, gestão e atuação dos profissionais de saúde

Objetiva-se relacionar as atividades de formação dos profissionais de saúde atuantes no PSE nas Regionais de Saúde que compõem a Macrorregião Oeste do Estado do PR e descrever como os profissionais de saúde avaliam a sua atuação no PSE, assim como saber se tal atuação se pauta nos princípios da integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde. Nesse sentido, é desenvolvida uma pesquisa do tipo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa (Anexo IV) – Artigo submetido para apreciação em revista, conforme comprovante de submissão (Anexo V).

CONCLUSÕES GERAIS

O estudo comparado das ações de saúde escolar nos países selecionados evidencia as peculiaridades advindas das suas constituições históricas, níveis de desenvolvimento socioeconômico e modelo de atenção à saúde. No Brasil, a legislação para a saúde escolar almeja a integralidade, a intersetorialidade e a promoção da saúde, embora não seja o programa que concretize ações claramente promotoras de saúde.

Evidencia-se que países desenvolvidos estão preocupados com a literacia em saúde em virtude de que, para eles, a PS pode ser recurso, pois as pessoas, mesmo tendo condições socioeconômicas favoráveis, restam desenvolvendo doenças crônicas não transmissíveis e os transtornos mentais. Essa preocupação tem ganhado escala mundial quando a OMS lança documento sobre literacia em saúde para enfrentar aquelas doenças.

Países periféricos, igualmente, têm se preocupado com a saúde escolar, mas seus enfrentamentos decorrem das doenças inerentes à pobreza, como as transmissíveis e as carências nutricionais, configurando a desigualdade na distribuição global das riquezas, assim como as possibilidades e preocupações com a saúde.

Ademais, preocupam, igualmente, todos os países, as questões relacionadas à alimentação saudável e seu desvio expresso na obesidade que assola todas as nações, assim como as carências nutricionais nos países pobres e em desenvolvimento. Além do mais, particularmente importante é a prevenção ao abuso de álcool, tabaco, crack e demais substâncias psicoativas, assim como os transtornos mentais, que reverberam como preocupação da OMS com a temática.

Por fim, cada vez mais os órgãos governamentais e as comunidades escolares reconhecem que a saúde, o bem-estar e os desfechos educacionais estão estreitamente interligados e que as escolas são recursos importantes para influenciar a saúde e o bem-estar. O fechamento das escolas, em decorrência da pandemia da Covid-19, tornou esses vínculos particularmente claros à sociedade e trouxe à tona o quão significativas são essas ações no contexto da saúde escolar.

Resta que as condições sanitárias constroem a implantação da integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde. Ademais, os países desenvolvidos podem

individualizar a responsabilidade pela saúde, pois condições de vida estão postas, o que não se observa nos países pobres e em desenvolvimento, cujas preocupações ainda são a desnutrição e o saneamento, que afetam o cotidiano escolar.

**APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ QUE
ATUARAM NO CICLO 2017-2018 DO PSE**

1) Identificação:

Formação profissional:

- Enfermeira(o)
- Médica(o)
- Odontólogo(a)
- Nutricionista
- Assistente social
- Psicóloga(o)
- Educador(a) físico(a)
- Técnico(a) em enfermagem
- Auxiliar de enfermagem
- Agente comunitário de saúde
- Agente de combate às endemias
- Outro: _____

Nível de escolaridade:

- Ensino fundamental completo
- Nível médio incompleto
- Nível médio completo
- Nível superior incompleto
- Nível superior completo
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

Idade:

- 18 anos ou mais
- 20 a 24 anos
- 25 a 29 anos
- 30 a 34 anos
- 35 a 39 anos
- 40 a 44 anos
- 45 a 49 anos
- 50 a 54 anos
- 55 a 59 anos
- 60 a 64 anos
- 65 a 69 anos
- 70 anos ou mais

Gênero Biológico:

- Feminino
- Masculino

- () Intersexual
 () Não desejo declarar

Você estava trabalhando no PSE em 2018? Se **sim**, continue respondendo o questionário, se **não**, assinale a alternativa “não” e devolva o questionário para o sistema.

Se estava atuando no PSE em 2018, há quanto tempo estava trabalhando na área:

- () menos de 1 ano;
 () de 1 e 3 anos;
 () de 4 e 6 anos;
 () mais de 6 anos.

Município em que atuava no PSE (lista dos municípios por Regional de Saúde – sistema *on-line*):

2) A articulação entre Escola e Rede de Atenção Básica à Saúde é a principal característica do PSE, estratégia preferencial para promover acesso aos serviços de saúde, integralidade do cuidado e o desenvolvimento das 12 ações previstas na Portaria nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Desta forma, assinale as ações que seu município realizou no ciclo 2017-2018, no PSE (aceita mais de 1 opção):

I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*:

- () **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

II. Promoção das práticas corporais, tais como da atividade física e de lazer nas escolas:

- () **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas:

- () **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos:

- () **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

V. Prevenção das violências e dos acidentes:

- () **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação (Hanseníase, Esquistossomose, Filariose linfática, Geohelmintíases, Oncocercose e Tracoma):

- () **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor:

SIM **NÃO** **NÃO FAZ PARTE DE MINHAS ATRIBUIÇÕES**

Se sim, em que locais: _____

VIII. Verificação e atualização da situação vacinal:

SIM **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil:

SIM **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração:

SIM **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

XI. Direito sexual, reprodutivo e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs):

SIM **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração:

SIM **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

3) Quanto a formação dos profissionais (Componente III do PSE):

3.1 Já fez algum curso de formação, aperfeiçoamento ou especialização com temáticas relativas ao PSE?

SIM **NÃO**

Se **sim**, em quais temáticas (**aceita mais de 1 opção**):

- Gestão
- Apoio institucional
- Promoção da saúde
- Planejamento de políticas ou programas
- Monitoramento e avaliação do programa
- Elaboração de indicadores
- Inovação de práticas em saúde
- Inovação na gestão pública
- Aedes aegypti*
- Práticas corporais
- Álcool, tabaco, crack e outras drogas
- Cultura da paz, cidadania e direitos humanos
- Prevenção de violências e acidentes
- Prevenção ao suicídio
- Saúde bucal/aplicação de flúor
- Situação vacinal

- Alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil
- Direito sexual e reprodutivo, ISTs
- Saúde ocular
- Sinais de agravos aos educandos
- Vigilância em saúde
- Outros. **Cite:** _____

3.2 A capacitação dos profissionais em vigilância alimentar e nutricional em seu município ocorreu:

- Muito Frequentemente** **Frequentemente** **Eventualmente**
 Raramente **Nunca**

3.3 A capacitação dos profissionais para trabalhar com as temáticas de promoção da alimentação saudável em seu município ocorreu:

- Muito Frequentemente** **Frequentemente** **Eventualmente**
 Raramente **Nunca**

3.4 A capacitação os profissionais para trabalhar com direitos sexuais e direitos reprodutivos e prevenção das ISTs em seu município ocorreu:

- Muito Frequentemente** **Frequentemente** **Eventualmente**
 Raramente **Nunca**

3.5 A capacitação os profissionais para trabalhar com as temáticas prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas em seu município ocorreu:

- Muito Frequentemente** **Frequentemente** **Eventualmente**
 Raramente **Nunca**

4) Qual (s) a (s) principal (s) dificuldade (s) encontrada (s) no seu município quanto à implantação das ações do PSE? (aceita mais de 1 opção):

- Dificuldade de articulação intersetorial
- Elevada rotatividade de gestores municipais
- Elevada rotatividade de profissionais
- Dificuldade de comunicação entre setor saúde e educação
- Falta de recursos físicos e insumos
- Não existem dificuldades
- Outras dificuldades. **Cite:** _____

5) Na organização e desenvolvimento das ações entre as Secretarias de Saúde e Educação você avalia que o trabalho é:

- Discutido e implementado conjuntamente
- Às vezes discutido e implementado conjuntamente
- Nunca discutido e implementado conjuntamente

6) As Secretarias de Saúde e Educação realizam o monitoramento e avaliação do PSE?

- SIM** **NÃO**

Se **sim**, quais são as estratégias utilizadas para monitoramento e avaliação das ações do PSE no seu município? **(aceita mais de 1 opção):**

- Formulários

- Relatórios periódicos
- Relatórios próprios preenchidos pelo município
- Sistema de informação do Estado
- Solicitação de informações via e-mail, contato telefônico, etc.
- Acompanhamento via E-SUS
- Dados da Pesquisa Nacional da Saúde Escolar (PENSE)
- Outras. **Cite:** _____

7) A adesão ao PSE no município, em sua avaliação deveu-se a:

- Necessidade de melhorar o perfil epidemiológico dos escolares
- Disponibilidade de recursos humanos
- Disponibilidade de recursos materiais
- Acesso aos recursos previstos no PSE
- Melhorar o desempenho escolar das crianças e adolescentes
- Diminuir casos de gravidez na adolescência
- Atuar na prevenção ao uso e abuso de drogas não permitidas
- Outras razões. **Cite:** _____

8) Quando você desenvolveu as ações do PSE elas foram realizadas:

- Somente pelo serviço de saúde
- Somente pelo serviço de educação
- Sempre pelo serviço de saúde e educação conjuntamente
- Algumas vezes pelo serviço de saúde, outras pelo serviço de educação
- Nenhuma vez pelo serviço de saúde e educação conjuntamente

9) No desenvolvimento do PSE foram envolvidos outros serviços, além do setor saúde e educação?

- SIM NÃO

Em caso afirmativo, especifique quais: _____

10) Quando foram detectados problemas de saúde entre os escolares, estes problemas foram resolvidos?

- SIM NÃO

Se **sim**, como foram resolvidos? (**aceita mais de 1 opção**):

- Foram atendidos na unidade de saúde
- Foram encaminhados para consultas com especialistas
- Foram realizados acompanhamentos com o escolar e com a família
- Outras soluções. **Cite:** _____

Se **não** foram resolvidos, assinale as alternativas a seguir que representam as razões (**aceita mais de 1 opção**):

- Não havia profissional disponível para dar o atendimento
- Não havia recursos diagnósticos disponíveis
- A família não fez os encaminhamentos que eram de sua responsabilidade
- A unidade de saúde não fez os encaminhamentos que eram de sua responsabilidade
- O profissional de saúde se recusou a atender

- O problema tinha como causa as condições sociais, econômicas ou culturais por isso não foi possível resolver
- A família não tinha condições econômicas
- Outras razões. **Cite:** _____

11) Quando são identificados problemas de saúde com os escolares e eles não podem ser resolvidos na unidade de saúde, o encaminhamento para outros serviços é:

- Muito fácil
- Às vezes fácil
- Difícil
- Muito difícil
- Impossível
- Não sei avaliar

12) Qual a periodicidade da realização das ações do PSE em seu município:

- Mensal
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual
- Outro. **Cite:** _____

13) Como você avalia a sua atuação no PSE?

- Excelente
- Boa
- Regular
- Ruim
- Péssima

APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ QUE ATUARAM DURANTE O CICLO 2021-2022 NO PSE (PANDEMIA COVID-19)

1) Identificação:

Formação profissional:

- Enfermeira(o)
- Médica(o)
- Odontólogo(a)
- Nutricionista
- Assistente social
- Psicóloga(o)
- Educador(a) físico(a)
- Técnico(a) em enfermagem
- Auxiliar de enfermagem
- Agente comunitário de saúde
- Agente de combate às endemias
- Outro: _____

Nível de escolaridade:

- Ensino fundamental completo
- Nível médio incompleto
- Nível médio completo
- Nível superior incompleto
- Nível superior completo
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

Idade:

- 18 anos ou mais
- 20 a 24 anos
- 25 a 29 anos
- 30 a 34 anos
- 35 a 39 anos
- 40 a 44 anos
- 45 a 49 anos
- 50 a 54 anos
- 55 a 59 anos
- 60 a 64 anos
- 65 a 69 anos
- 70 anos ou mais

Gênero Biológico:

- Feminino
- Masculino

() Intersexual

() Não desejo declarar

Você estava trabalhando no PSE durante a pandemia de COVID-19? Se **sim**, continue respondendo o questionário, se **não**, assinale a alternativa “não” e devolva o questionário para o sistema.

Município em que atuava no PSE (lista dos municípios por Regional de Saúde – sistema *on-line*):

2) A articulação entre Escola e Rede de Atenção Básica à Saúde é a principal característica do PSE, estratégia preferencial para promover acesso aos serviços de saúde, integralidade do cuidado e o desenvolvimento das 12 ações previstas na Portaria nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Desta forma, assinale as ações que seu município realizou durante a pandemia de Covid-19, no PSE (aceita mais de 1 opção):

I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*:

() **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

II. Promoção das práticas corporais, tais como da atividade física e de lazer nas escolas:

() **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas:

() **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos:

() **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

V. Prevenção das violências e dos acidentes:

() **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação (Hanseníase, Esquistossomose, Filariose linfática, Geohelmintíases, Oncocercose e Tracoma):

() **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor:

() **SIM** () **NÃO** () **NÃO FAZ PARTE DE MINHAS ATRIBUIÇÕES**

Se sim, em que locais: _____

VIII. Verificação e atualização da situação vacinal:

() **SIM** () **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil:

SIM **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração:

SIM **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

XI. Direito sexual, reprodutivo e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs):

SIM **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração:

SIM **NÃO**

Se sim, em que locais: _____

APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

**Pró-Reitoria de Pesquisa
e Pós-Comitê de Ética em
Pesquisa – CEP
Graduação**



**Aprovado CONEP
em 04/08/2000**

Título do Projeto: Ações do Programa Saúde na Escola e o alcance da Integralidade, Intersetorialidade e Promoção da Saúde.

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N°: 52268421.0.0000.0107.

Pesquisador para contato: Professora Dra. Rosa Maria Rodrigues; Mestranda Vanessa Bordin.

Telefone: 45 3320-3132 ou 45 99123-9661.

Endereço de contato (Institucional): Rua Universitária, 1619, Cascavel, PR. CEP: 85819-110.

Convidamos você a participar de uma pesquisa sobre o Programa Saúde na Escola na Macrorregião Oeste do Estado do Paraná. Os objetivos estabelecidos são: Analisar as atividades do PSE, a partir do olhar da integralidade, intersetorialidade e a promoção da saúde; Levantar os municípios que pactuaram o PSE na Macrorregião Oeste do Estado do PR no ciclo 2017-2018; Relacionar os profissionais de saúde que atuam no PSE nos municípios que pactuaram o PSE; Identificar as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde atuantes no PSE nas Regionais de Saúde que compõem a Macrorregião Oeste do Estado do PR; Identificar se as atividades desenvolvidas visam e se sustentam na integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde; Descrever como avaliam os profissionais de saúde a sua atuação no PSE e têm o propósito de identificar como este tem sido planejado e implementando através de ações de promoção, integralidade e intersetorialidade, proporcionando subsídios para a implementação de políticas públicas, que contemplem os profissionais da saúde e educação, e principalmente escolares e suas famílias tornando-os protagonistas de sua própria história de vida.

Para que isso ocorra você será responderá um questionário, composto por perguntas fechadas. A pesquisa não apresenta riscos a você participante de nenhuma natureza e sua identidade será preservada.

Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto e não terá despesas com sua participação, pois é um instrumento *on-line*.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, informações pessoais, nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai autorizar contém duas páginas. Você deve clicar em autorizar antes de iniciar a responder o questionário. Este documento está sendo apresentado a você e se assim desejar, poderá ser baixado.

Caso você precise informar algum fato decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável: _____

Assinatura: _____

Eu, Rosa Maria Rodrigues ou Vanessa Bordin, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante.

Assinatura do pesquisador: _____

Cascavel, _____ de _____ de 20____.

APÊNDICE IV – ANÁLISE DOS PROGRAMAS/AÇÕES DE SAÚDE ESCOLAR - EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

País/Características do PSE	BRASIL (BRASIL, 2007a).
Nome do programa	Programa Saúde na Escola (PSE).
Ano criação	2007.
Objetivos	<p>Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;</p> <p>Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;</p> <p>Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;</p> <p>Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;</p> <p>Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;</p> <p>Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;</p> <p>Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo.</p>
Ações desenvolvidas	<p>Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>;</p> <p>Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;</p> <p>Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;</p> <p>Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;</p> <p>Prevenção das violências e dos acidentes;</p> <p>Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;</p> <p>Verificação e atualização da situação vacinal;</p> <p>Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;</p> <p>Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;</p> <p>Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/Aids; e</p> <p>Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.</p>

Profissionais envolvidos	Equipes da atenção primária em saúde; Responsáveis das escolas.
Tipos de escolas (públicas, privadas, etc.)	Escolas públicas.
Público alvo	Escolares de creches; Pré-escolas; Ensino fundamental (1º ao 9º ano) e; Ensino médio.
Tipo de financiamento	Financiamento público de acordo com a pactuação e o desenvolvimento comprovado das ações.
Periodicidade de realização	Pactuação por ciclo de dois anos.
Gestão da saúde escolar	MS em parceria com o MEC e desenvolvido pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelas escolas.
Observações sobre o sistema de saúde e a saúde na escola	Três componentes: Componente I - Ações de avaliação das condições de saúde planejadas e articuladas entre a escola e o serviço de saúde para avaliar a saúde dos escolares, e encaminhar os que se encontram com alterações, para atendimentos em sua Unidade de Saúde; Componente II - Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos que visam garantir a possibilidade de todos os educandos fazerem escolhas mais assertivas quanto à sua saúde, transformando-os em protagonistas do processo de produção da própria saúde; Componente III - Formação, se direciona a prever o processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no PSE, através de momentos formais e destacando que a formação é um processo permanente e de integração dos GTI e das equipes de saúde e educação, abarcando as três esferas de governo; O cálculo do incentivo financeiro do segundo ano do ciclo do PSE a ser repassado para o DF e municípios levará em conta a realização das ações pactuadas na adesão e monitoradas pelo MS, através do monitoramento e a avaliação por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação; O incentivo financeiro às ações no âmbito do PSE após a adesão do DF e dos municípios ao PSE, são repassadas fundo a fundo, anualmente, em parcela única, por intermédio e custeio do MS, por meio do Piso Variável da Atenção Básica, no valor de R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais), para o DF e municípios com 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos, com acréscimo de R\$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 (um) e 800 (oitocentos) educandos inscritos que superarem o número de 600 (seiscentos).
País/Características do PSE	CHILE (CHILE, 2021a; CHILE, 2021b).
Nome do programa	Programa Nacional de Saúde da Criança.

Ano criação	2014, com atualização em 2021.
Objetivos	<p>Avaliar de forma abrangente o desenvolvimento e crescimento do menino ou menina, considerando sua fase, família e ambiente;</p> <p>Identificar fatores e comportamentos protetores e de risco para o desenvolvimento físico, cognitivo, psicomotor, afetivo, emocional e social da criança no contexto escolar e familiar-comunitário;</p> <p>Investigar os primeiros sinais e sintomas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) ou outros distúrbios de saúde;</p> <p>Avaliar hábitos e comportamentos de autocuidado na alimentação, hidratação, atividade física, sedentarismo, higiene bucal e corporal, eliminação, prevenção de riscos e perigos à vida;</p> <p>Estabelecer os diagnósticos correspondentes a cada controle e condição de cada menino ou menina;</p> <p>Orientar pais e/ou cuidadores quanto aos resultados e dúvidas da avaliação do crescimento e desenvolvimento integral da criança e suas respectivas intervenções;</p> <p>Promover a saúde e prevenir doenças bucais;</p> <p>Encaminhar oportunamente de acordo com a situação de saúde biopsicossocial de cada criança.</p>
Ações desenvolvidas	<p>Antecedentes gerais;</p> <p>Hábitos alimentares;</p> <p>Padrões de sono, descanso e higiene;</p> <p>Padrões de eliminação intestinal e urinária;</p> <p>Atividade física, estilo de vida sedentário e atividades recreativas;</p> <p>Hábitos de uso de banheiro e higiene;</p> <p>Cuidado da saúde bucal;</p> <p>Âmbito socioemocional;</p> <p>Medidas de segurança e/ou prevenção de acidentes.</p>
Profissionais envolvidos	<p>Enfermeiro/ou mais Técnico de Enfermagem de Nível Superior ou Médico (no estabelecimento de ensino);</p> <p>Enfermeiro/ou médico (no estabelecimento de saúde).</p>
Tipos de escolas (públicas, privadas, etc.)	Escolas públicas.
Público alvo	Escolares de 5 a 9 anos, 11 meses e 29 dias.
Tipo de financiamento	Na rede de atenção primária é financiamento do Estado.

	O financiamento é constituído por diversas fontes, diretas e indiretas, dos subsistemas público e privado como: impostos gerais e específicos, recursos orçamentários, contribuições compulsórias e voluntárias e copagamentos.
Periodicidade de realização	Anual aos 5, 6, 7, 8 e 9 anos.
Gestão da saúde escolar	Ministério da saúde desenvolvido pelas equipas de saúde que atuam na atenção primária à saúde.
Observações sobre o sistema de saúde e a saúde na escola	<p>Controles de saúde podem ser realizados no centro de saúde ou no estabelecimento de ensino;</p> <p>Quando a avaliação for realizada na ausência da mãe, pai ou cuidador, será necessário que o responsável tenha aceitado previamente, assinando um termo de consentimento informado que explicita claramente as avaliações que serão realizadas, a anamnese será feita por meio do Questionário de Saúde da Criança e instrumentos específicos da idade que os pais ou cuidadores responderão antecipadamente;</p> <p>Quando o controle for realizado na presença da mãe, pai ou cuidador, a anamnese será por meio de entrevista que complementa o Questionário de Saúde da Criança e instrumentos específicos de acordo com a idade, o controle será individual e a avaliação da escala de Tanner e genitália serão realizadas, sempre que os pais e a criança estejam de acordo, explicando as razões de cada avaliação e resguardando a privacidade da criança;</p> <p>Avaliação com duração de 30 minutos e individual;</p> <p>Se tiver o apoio de um Técnico de Enfermagem de Nível Superior, pode avaliar até um máximo de 3 crianças, salvaguardando a individualidade, intimidade e confidencialidade na realização do controle;</p> <p>Avaliação identificando as principais alterações: tosse ou falta de ar ou sibilos no peito (chiado) durante o exercício físico, presença de história familiar de asma, sensação de aperto no peito, ronco ou pausas respiratórias (maiores que 15 segundos), durante o sono ou tosse à noite por períodos prolongados;</p> <p>Características da família e de outras pessoas que moram na mesma casa, relacionamentos, papéis; estressor ou doença na criança; presença de limitação ou deficiência física, de desenvolvimento, mental, sensorial, comportamental, cognitiva ou deficiência emocional; frequência e desempenho escolar; frequência, composição, qualidade e quantidade das refeições; avaliar a dieta láctea, composição, frequência e volume de leite ingerido, uso de aromatizantes e adoçantes, tipo e quantidade; consumo de água pura, bem como o consumo de outros líquidos como bebidas ou sucos (artificiais e de frutas), frequência e tipo de adoçante; consumo de fast-food, doces ou alimentos ricos em calorias, açúcar, gordura e sal, frequência e contexto de consumo; ambiente e horários de alimentação, ambiente familiar e presença de distratores; avaliar higiene do sono, ambiente (quarto individual, quarto compartilhado, presença de aparelhos eletrônicos), horas de sono, rotinas</p>

estabelecidas; dificuldades associadas ao sono e ao repouso; investigar a presença de roncos, apneia, respiração bucal, bruxismo, terror noturno e enurese; avaliar padrões de eliminação, controle esfínteriano anal e vesical, presença de enurese e encoprese; características da urina e das fezes; dificuldades associadas aos processos de eliminação; frequência e tipo de atividade física; avaliar horas de inatividade ou sedentarismo na rotina diária; acesso a espaços exteriores e de lazer; uso de telas, de exposição e supervisão parental, uso de estratégias de controle parental em diferentes dispositivos; hábitos de higiene, especificamente nas rotinas do banheiro, lavar o cabelo, lavar os genitais, troca de roupa, higienização de mãos e o rosto; autonomia na realização da higiene dental; indagar se os pais e/ou cuidadores supervisionam a higiene dental, tipo de escova, uso de creme dental, tipo de creme dental utilizado, frequência de escovação dos dentes por dia, higiene antes de dormir, horários de ingestão de alimentos e/ou líquidos açucarados; interação e comunicação; adaptação ao ambiente escolar; preferências das diferentes disciplinas e seu desempenho escolar em geral; envolvimento ativo dos pais com relação à escola; ações associadas a prevenção de acidentes (queimaduras, quedas, toxinas, acesso a piscinas), uso de telas, acesso à internet, tipo de jogos, uso de assento ou assento elevatório ou outro sistema de retenção infantil, uso de capacete de bicicleta, contato com pessoas desconhecidas, acesso a ambientes contaminados, manuseio de animais de estimação, jogos perigosos, dentre outros; dúvidas, conhecimentos, crenças, valores e grau de intenção de começar a consumir tabaco, álcool e outras drogas;

Após avaliação dos escolares, entregar indicações de promoção e prevenção em grupo em conjunto com o professor de acordo com a faixa etária e os problemas mais prevalentes detectados.

Em se constatando a normalidade no crescimento e desenvolvimento das meninas e meninos, haverá o encaminhamento para consulta anual para nova avaliação das condições clínicas de saúde e da saúde bucal; em se identificando problemas são indicadas ações educativas, para os de menores riscos, como por exemplo nas crianças com sobrepeso quando se deve buscar que as escolas aumentem a atividade física ao passo das ações educativas sobre adoção de práticas saudáveis, mas quando quadro de maior importância o encaminhamento será para o acompanhamento médico.

Sistema de saúde:

O sistema de saúde do Chile é constituído por um sistema misto de saúde público-privado, em que o setor privado, composto pelas Instituições de Saúde Previdenciária (ISAPRE) e Sistema Nacional de Serviços de Saúde (FONASA);

Os trabalhadores optam entre afiliar-se ao FONASA ou a uma ISAPRE, por meio da contribuição obrigatória de 7% do salário. Todavia, a depender da renda e do subsistema devem ser efetuados copagamentos;

O ISAPRE cobre 14,4% (2017) da população chilena, configurando-se por empresas privadas de prestação e garantia dos serviços de saúde, clínicas, centros médicos privados de serviços de saúde, laboratórios e farmácias;

É constituído por doze ISAPRE subdivididas em seis abertas que podem ser acessadas pela população em geral e seis fechadas direcionadas a determinados grupos de trabalhadores ou empresas. As Isapre possuem três modalidades de atenção: plano de livre eleição, plano fechado (o mais econômico) e plano com prestadores preferentes;

O sistema público – FONASA, responsável por 78% (2017) da população, o qual foi descentralizado em 26 autoridades territoriais autônomas de saúde. Essas autoridades territoriais se dividem nas 15 regiões chilenas e suas 54 províncias, nas quais se encontram 345 municipalidades (administração de uma comuna ou de agrupamento de comunas) e 346 comunas (municípios);

O FONASA é dividido em quatro grupos de acordo com suas condições socioeconômicas e em duas modalidades de atenção à saúde. O grupo A compreendia usuários sem inserção no mercado formal de trabalho e recursos para contribuições, vinculados à Modalidade de Atenção Institucional (MAI), na qual a assistência médica era realizada em serviços públicos gratuitamente. Os usuários dos grupos B, C e D podiam optar pela modalidade MAI ou pela Modalidade de Livre Eleição (MLE), que permitia a escolha de profissionais ou serviços do subsistema privado por meio de copagamentos;

O FONASA é composto pelo Ministério da Saúde e seus órgãos dependentes (29 serviços de saúde; Instituto de Saúde Pública, Central de Abastecimento, o Fundo Nacional de Saúde, a seguradora pública, e a Superintendência de Saúde, que regulamenta as seguradoras);

Além do FONASA e do ISAPRE, três seguradoras mútuas oferecem cobertura exclusiva para acidentes de trabalho e doenças profissionais aos trabalhadores filiados (sem incluir seus familiares), que representam cerca de 15% da população. Essas mútuas prestam serviços dentro de suas próprias instalações e, caso tenham capacidade ociosa, oferecem atendimento à população não filiada em troca de pagamento pelo serviço;

Um dos maiores desafios do Chile é sua alta porcentagem de adultos obesos (25,1%) e de crianças obesas ou com sobrepeso (39%);

A autoridade sanitária reguladora central do sistema público é o Ministério da Saúde do Chile (MINSAL), que cumpre funções normativas, de avaliação e controle, coordenação de cooperação

internacional em saúde, vigilância em saúde pública, manutenção de base de dados nas matérias de sua competência, coordena as redes assistenciais, estabelece padrões mínimos de prestação de serviço em saúde (sistema de certificação de especialidades), designa protocolos de atenção em saúde e formulação de políticas que incorporem um enfoque de saúde intercultural nos programas de saúde, responsável por fixar políticas, ditar normas, aprovar planos e programas, bem como avaliar programas, formulação do orçamento setorial, definição de objetivos sanitários nacionais, desenho de políticas e programas, formulação e atualização do Sistema de Acesso Universal com Garantias Explícitas (AUGE) e o Plano Nacional de Saúde;

Constituição Nacional vigente de 1980;

“Toda pessoa terá o direito escolher o sistema de saúde ao qual pretende recorrer, seja ele estatal ou privado”;

Os trabalhadores que optam por aderir a um seguro privado (ISAPRE), não contribuem mais para o seguro público, interrompendo a redistribuição entre trabalhadores de maior e menor renda;

Concentração de contribuintes de alta renda e baixo risco no ISAPRE e maior proporção de idosos, doentes crônicos, mulheres e pessoas de baixa renda no seguro público (FONASA);

O seguro cobre 93% da população: 74% da população é filiada ao subsistema público de seguros (FONASA) com contribuições dos trabalhadores do setor formal e financiamento fiscal para grupos em situação de pobreza; 17%, também por meio de contribuições, são filiados às ISAPRE, que são empresas privadas que prestam serviços de seguro e saúde; 2% pertencem ao sistema de saúde das Forças Armadas e 7% da população são considerados “independentes” porque não estão vinculados a nenhum sistema de seguro de saúde;

Em 2005, o sistema foi reformado com a criação do Regime Geral de Garantias de Saúde, que estabelece um Sistema Universal com Garantias Explícitas que resultou no AUGE, que garante o acesso aos serviços de saúde;

Existe também um sistema privado paralelo sem fins lucrativos composto por três mútuas que protegem contra acidentes de trabalho e doenças profissionais a dois milhões e meio de trabalhadores filiados coletivamente através das empresas em que trabalham, que também são filiados à FONASA ou a alguma ISAPRE. Os membros das mútuas têm cobertura de uma entidade estadual, o Instituto de Normalização da Previdência Social (INP) e, em caso de doenças profissionais ou acidentes de trabalho, são atendidos em hospitais públicos;

	O financiamento do sistema de saúde chileno é constituído por diversas fontes, diretas e indiretas, dos subsistemas público e privado como: impostos gerais e específicos, recursos orçamentários, contribuições compulsórias e voluntárias e copagamentos.
País/Características do PSE	ARGENTINA (ARGENTINA, 2019a; ARGENTINA, 2020; ARGENTINA, 2016a; ARGENTINA, 2015a; ARGENTINA, 2016b; ARGENTINA, 2015b; ARGENTINA, 2019b; CODARINI <i>et al.</i> , 2018).
Nome do programa	Programa Saúde na Escola. Alterado o nome por meio da Resolução Ministerial nº 11/2015 para: Programa Nacional de Saúde Escolar (PROSANE).
Ano criação	2008. 2015.
Objetivos	<p>Delinear, desenvolver e reforçar políticas de cuidados integrados, permitindo uma resposta ativa às necessidades de cuidados da população em idade escolar, promovendo ações de promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças;</p> <p>Promover e fortalecer a atenção à saúde de crianças e adolescentes em idade escolar dentro da estratégia de atenção primária à saúde, promovendo a acessibilidade ao sistema de saúde, articulando-se com o segundo e terceiro nível de atenção;</p> <p>Promover e desenvolver ações de promoção da saúde junto à comunidade educativa para promover a aprendizagem e o desenvolvimento humano integral, melhorando a qualidade de vida e o bem-estar coletivo da comunidade;</p> <p>Promover ambientes escolares saudáveis, constituindo-os em espaços físicos, emocionais e sociais que lhes permitam proporcionar oportunidades para que os seus membros possam vivenciar e apropriar-se de comportamentos que favoreçam o seu bem-estar;</p> <p>Gerar informações de saúde oportunas para a gestão em que basear as escolhas para a formulação de políticas e programas;</p> <p>Promover pesquisas científicas para gerar evidências sobre essa faixa etária.</p>
Ações desenvolvidas	<p>Histórico de saúde e familiar;</p> <p>Exame clínico completo;</p> <p>Avaliação antropométrica;</p> <p>Avaliação da Pressão Arterial (PA);</p> <p>Avaliação da acuidade visual;</p> <p>Avaliação auditiva;</p> <p>Avaliação da linguagem, fala e comunicação;</p>

	Avaliação odontológica; Controle do cartão de vacinação e aplicação de doses pendentes.
Profissionais envolvidos	Equipes do primeiro nível de atenção (médicos, dentistas, agentes de saúde, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e outros).
Tipos de escolas (públicas, privadas, etc.)	Escolas públicas e privadas.
Público alvo	Todas as crianças e adolescentes em idade escolar (níveis inicial, fundamental e médio). A prioridade é dada às escolas rurais, escolas multisseriadas (grupos de alunos de diferentes anos ou níveis que realizam suas atividades simultaneamente), comunidades indígenas e escolas selecionadas por indicadores de risco sócio sanitário, além da população com pouco acesso aos serviços de saúde para reduzir as iniquidades, sendo viável a ampliação da população-alvo.
Tipo de financiamento	Acordo de adesão entre as autoridades jurisdicionais e o MS.
Periodicidade de realização	Anual, sendo que o plano de trabalho anual deve ser enviado até o último dia útil do mês de outubro do ano anterior; Controle de Saúde Integral (CIS): ocorre a partir de 1º de dezembro, e durante os meses de janeiro, fevereiro e março, nas unidades básicas de saúde e nas escolas que permanecerem abertas durante o verão; Monitoramento e Prestação Oportuna (SPO): desenvolvida de 1 de janeiro do corrente ano a 31 de março do ano seguinte, em simultâneo com a componente CIS de forma a garantir uma intervenção antecipada, além do monitoramento, resolução e cumprimento efetivo dos benefícios específicos.
Gestão da saúde escolar	Ministérios da Saúde e da Educação e Esporte da Nação.
Observações sobre o sistema de saúde e a saúde na escola	Baseia-se em dois componentes fundamentais: acesso a exames de saúde anuais e promoção da saúde; O Programa foi inserido e consolidado no primeiro nível de atenção, por meio do trabalho diário com a população responsável, onde a dupla centro de saúde-escola tornou-se a principal rede de aproximação para melhorar o acesso à saúde dos escolares; Implantado no território nacional por meio de acordos de adesão entre as autoridades jurisdicionais e o MS; No final do ano, cada jurisdição apresenta um relatório de gestão de saúde que inclui aspectos de saúde e gestão. Os primeiros descrevem a situação de saúde da população avaliada a partir dos dados obtidos no controle sanitário, enquanto os segundos avaliam conquistas e dificuldades na execução anual e apresentam os desafios para o próximo ano;

A equipe em nível nacional tem a tarefa de acompanhar o processo que cada jurisdição desenvolve ao longo do tempo, desde o planejamento e aprovação do plano anual até a elaboração de relatórios. Da mesma forma, o monitoramento das ações em campo é realizado por meio da avaliação da qualidade do controle de saúde;

Para otimizar a implementação do PROSANE, são identificados dois componentes: O componente CIS refere-se qualitativamente ao controle integral de saúde realizado em crianças e adolescentes. O componente SPO refere-se ao monitoramento, resolução e cumprimento efetivo das prestações específicas de odontologia, oftalmologia e nutrição para meninas, meninos e adolescentes identificados a partir do Controle Integral de Saúde, a saber: Registro odontológico básico; Atendimento Oftalmológico e Fornecimento de Lentes Corretivas; Abordagem Integral para o Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento de Crianças e Adolescentes com Sobrepeso e Obesidade. Da mesma forma, nos casos em que sejam detectados outros problemas ou patologias, a província será obrigada a fazer o encaminhamento correspondente a especialistas de sua competência;

A componente SPO será desenvolvido de 1 de janeiro do corrente ano a 31 de março do ano seguinte, em simultâneo com a componente CIS de forma a garantir uma intervenção precoce e oportuna;

A implementação do programa ocorre por duas modalidades de intervenção: Planejamento anual no qual o MS e o Ministério da Educação elaborarão em conjunto e acordados o plano anual de trabalho, bem como o cronograma de visitas a cada escola para cada ano letivo e; Operações no qual as escolas que não tenham sido incorporadas em primeira instância no Plano de Trabalho, poderão ser incluídas pela Nação quando houver uma contingência sócio sanitária que o justifique;

As informações do CIS realizado pelas equipes de atenção de primeiro nível são registradas em uma planilha de dados, que se constituirá em um instrumento sanitário;

Esses dados devem ser carregados pelo centro de saúde de primeiro nível - Centros de Atenção Primária à Saúde, que realizaram o controle de saúde e será anexado ao prontuário pré-existente, com o objetivo de unificar as informações de saúde, reduzir sua fragmentação em todos os níveis, e permitir sua disponibilização em tempo hábil para quem dela necessita;

Os dados registrados no PROSANE serão integrados ao Sistema Integrado de Informação em Saúde (SISA);

O 1º relatório de gestão em saúde deve ser apresentado ao final do componente CIS e do *upload* da planilha de dados, ou seja, entre 30 de setembro e outubro 31 do corrente ano. O 2º relatório será inclusivo e será enviado até 31 de março do ano seguinte;

	<p>O repasse financeiro para viabilizar a implementação do programa pela jurisdição correspondente em cumprimento do acordo entre a nação e a província serão repassados pela nação, na forma prevista: A cada componente do programa CIS e SPO são atribuídos, respectivamente, 50% dos recursos capitalizados estimados de acordo com o plano de trabalho anual.</p> <p>A nação realizará dois tipos de transferências de fundos: um adiantamento e dois pagamentos, com base nos índices alcançados nos indicadores de cumprimento dos objetivos. O adiantamento será transferido 30 (trinta) dias após a nação notificar a província da aceitação do plano de trabalho anual. O referido adiantamento equivale a 35% dos recursos correspondentes ao CIS. Será 35% de 50% do capital atual multiplicado pelo valor de Controles Estimados (CE) apresentados no plano de trabalho anual por província e aprovado pela nação.</p> <p>O primeiro pagamento será liberado com o credenciamento da província à nação do número total de Controles Realizados (CR) até 30 de setembro, conforme credenciado na base de dados PROSANE do SISA. O objetivo deste indicador é mensurar o nível de eficiência no desempenho efetivo do CIS, ou seja, o número de CR.</p> <p>O segundo pagamento se refere qualitativamente ao componente SPO, que prevê o pagamento pelo cumprimento das atividades: inclui os 50% restantes dos recursos alocados, o valor dos quais será ajustado com base no índice de conformidade dos CR. Isso significa que, embora o valor ideal destinado ao componente SPO seja de 50% dos recursos captados, o valor efetivo a ser distribuído para o componente e seus indicadores é ajustado de acordo com a relação alcançada no componente CIS.</p>
País/Características do PSE	ESPANHA (GRÁCIA <i>et al.</i> , 2021; PARDO; FERNANDEZ, 2014).
Nome do programa	Programa de Educação em Saúde Escolar (PESE); Programa de Educação em Saúde no Ensino Médio (PESI); Programa de Educação em Saúde na Escola e Instituto (PESEI): fusão dos 2 programas acima.
Ano criação	2007-2008; 2009-2010; Aproximadamente 2011.
Objetivos	Geral: Aumentar o conhecimento e melhorar os comportamentos de saúde de crianças e adolescentes na faixa etária de 3 a 17 anos, por meio da promoção de hábitos saudáveis, prevenção de riscos e conhecimentos necessários na educação em saúde que garantam o autoconhecimento, assumindo o controle sobre sua vida atual e saúde futura, além de influenciar o restante dos membros da comunidade educativa, as famílias e o meio social onde o centro educacional está localizado.

	<p>Específicos: Incentivar a promoção de atitudes e aquisição de hábitos saudáveis a alunos de escolas e institutos; Reduzir comportamentos negativos de saúde em adolescentes e adultos; Proporcionar aos alunos conhecimentos sobre saúde desde a fase inicial da escola, melhorando-a e dando-lhe continuidade ao longo da vida escolar; Promover o caráter participativo e o envolvimento de escolares, professores, famílias, e agentes envolvidos nas questões de saúde, meio ambiente e comunidade onde a escola está localizada; Promover o grau de comprometimento dos alunos com a saúde; Coordenar e colaborar com as equipas de gestão das escolas para facilitar e integrar a educação para a saúde na escola, tendo em conta as necessidades, peculiaridades e características de cada escola.</p>
Ações desenvolvidas	<p>Conhecimento fisiológico do ser humano; Promoção de hábitos saudáveis; Promoção da nutrição e alimentação saudável; Esporte, lazer e descanso; Hábitos de higiene pessoal e ambiente de habitat; Competências para a vida: emocionais, sociais e cognitivas; Prevenção de doenças mentais; Prevenção de ISTs; Educação afetivo-sexual; Educação preventiva sobre segurança viária; Educação em igualdade de gênero; Prevenção de acidentes, emergências e conhecimentos em primeiros socorros; Prevenção da violência e agressão; Prevenção e uso saudável de novas tecnologias; Conhecimento de habilidades e aspectos básicos de saúde, doenças e sistema sanitário; Saúde ambiental e um ambiente global saudável; Conhecimento e prevenção de hábitos nocivos e vícios; Autoconhecimento e gestão da tomada de decisão sobre a própria saúde; Relações humanas, respeito e resolução de conflitos; Bioética da vida aplicada.</p>
Profissionais envolvidos	<p>Enfermeiros escolares, com formação docente e experiência em saúde Escolar – Profissional de Enfermagem Promotor de Saúde no Ambiente Escolar (PEPSEE).</p>
Tipos de escolas (públicas, privadas, etc.)	<p>Escolas e institutos privados e em alguns públicos.</p>

Público alvo	População em idade escolar (começa aos 3 anos e vai até o último ano do ensino médio - 17 anos); Intervenções aos pais; Escola de professores.
Tipo de financiamento	Recursos disponíveis nas próprias escolas.
Periodicidade de realização	Programação Geral Anual (PGA).
Gestão da saúde escolar	Enfermeiro.
Observações sobre o sistema de saúde e a saúde na escola	<p>O enfermeiro escolar não está presente de forma obrigatória em todas as escolas do país, encontra-se presente em escolas privadas, em algumas públicas;</p> <p>O programa PESEI nasceu para dar resposta a uma educação para a saúde que promova hábitos saudáveis para além de campanhas específicas que podem ser realizadas nas escolas;</p> <p>O PEPSEE é um orientador e mediador ativo no processo intencional de ensino-aprendizagem em saúde, com formação pedagógica específica, comprometida e sensibilizada com a docência, capaz de estimular a participação e estimular a iniciativa do indivíduo para que ele construa seu próprio conhecimento e desenvolva seu potencial máximo, acompanhando-o na tomada de decisões positivas em saúde ao longo de toda a escolaridade;</p> <p>As competências pedagógicas do PEPSEE são: 1) Conhecimentos básicos para o ensino da saúde na escola; 2) Competência interpessoal e trabalho em equipe; 3) Competências de mediação pedagógica; 4) Comunicação educativa; 5) Atitude de ensino competente; 6) Valores profissionais inerentes à dimensão ética; 7) Pesquisa em promoção da saúde; 8) Competência digital e inovação pedagógica; 9) Coordenação e liderança educativa;</p> <p>O PESEI é um currículo educacional que constitui uma disciplina de Educação em Saúde nos Centros Educacionais. Proporciona à população em idade escolar os conhecimentos, capacidades e competências necessárias, ao nível da promoção, prevenção e conhecimentos gerais da saúde e do sistema de saúde, preparando os alunos para que na idade adulta tenham um nível de literacia em ótima saúde que lhes permita conhecer e aplicar hábitos saudáveis nas diferentes fases da vida, prevenir doenças, acidentes e ser capaz de tomar decisões com relação a sua própria saúde;</p> <p>As estruturas dos conteúdos de cada unidade didática são estabelecidas em função dos objetivos gerais e específicos definidos, bem como das competências que devem ser assumidas.</p> <p>O programa é adaptado às características dos participantes, com base na idade, conhecimentos que possuem, especificidades ao nível cultural, familiar e social das crianças e adolescentes;</p> <p>Escola para os pais: intervenções paralelas para as famílias, de forma a reforçar as ações educativas com crianças e adolescentes fora do ambiente escolar e que continuará no ambiente familiar;</p>

Escola para professores: sessões de educação em saúde voltadas para professores, que estão disponíveis para aquelas necessidades e conhecimentos de saúde que considerem convenientes para ampliar ou conhecer para melhorar o estado de saúde de suas escolas;

O primeiro programa denominado PESE nasceu de um trabalho de pesquisa durante os anos 2007-2008, realizado em todas as escolas públicas e privadas da região de Alt Empordà (Girona), Espanha, com o objetivo de responder às necessidades de educação para a saúde nas escolas;

Foi realizado um levantamento junto aos professores sobre a importância da educação em saúde na escola, quanto às suas necessidades e o conteúdo que deveria ser ministrado, bem como foi questionado sobre quem deveria ser o professor mais adequado para ministrar essa disciplina, horas necessárias para ensinar o programa, entre outros;

Foi apresentado um modelo de propostas de possíveis temas em educação em saúde, onde os professores opinaram sobre os conteúdos;

Posteriormente, foi realizado um teste piloto na escola Gonçal Comelles (Avinyonet de Puigventós, Girona), durante dois anos, como atividade extracurricular. Um dado importante desta pesquisa destacou o fato de que 91,0% dos professores consideraram muito importante a realização de educação para a saúde na escola e que deveria ser uma disciplina obrigatória ministrada principalmente por enfermeiras escolares;

O PESE foi desenvolvido e acordado por um grupo de especialistas em questões de saúde escolar (enfermeiros, professores primários, psicólogos, nutricionistas, educadores sociais, fisioterapeutas, professores universitários, dentre outros);

Por sua vez, foi acompanhado por um segundo teste piloto nas escolas públicas de Sant Jaume em Portbou, Pompeu Fabra (Llançà), Escoles Puid d'Esquers (Colera) e Les Clisques (Port de la Selva), o qual revisou os conteúdos de forma prática nas salas de aula, com avaliação e revisão do nível de conteúdo e metodologia das sessões, o que foi realizado em um período de dois anos depois;

O programa foi apresentado em todas as escolas públicas e privadas da província de Girona, na Espanha, durante o ano letivo 2010-2011, no qual 98% das escolas declararam, após discussão e aprovação no corpo docente ou no conselho escolar, que tinham interesse em implementar este programa;

Com o intuito de ampliar o seu âmbito de aplicação da educação para a saúde nos centros educativos, são iniciados dois trabalhos de investigação e uma exaustiva pesquisa bibliográfica, a fim de elaborar o segundo programa dirigido neste caso a escolas secundárias, que passou a se chamar PESI;

	<p>No primeiro trabalho de pesquisa “Desenvolvimento de um Programa de Educação em Saúde nas Escolas e Institutos”, foi passado um questionário aos professores dos institutos. Foram solicitados pareceres sobre diversos temas de educação para a saúde e também foi fornecida uma grade de temas de saúde;</p> <p>No segundo trabalho de investigação “Avaliação da eficácia da intervenção - Caderno de saúde do adolescente”, um <i>folder</i> com informações sobre diversos conteúdos de saúde sobre (sexualidade, acidentes, doenças sexualmente transmissíveis, drogas, álcool, dentre outros). Foi acompanhado por um inquérito aos alunos do terceiro ano durante o ano letivo de 2009-2010, onde foram avaliados os resultados da intervenção;</p> <p>Posteriormente, com os resultados dessas duas investigações e com a busca de bibliografia referente à educação em saúde nas escolas, foi desenvolvido o PSEI;</p> <p>Cada cidade implementará o programa de acordo com suas políticas de Educação em Saúde e as necessidades das escolas localizadas em seu território;</p> <p>Os conteúdos que compõem o PESEI devem ser integrados como mais uma disciplina específica no currículo pedagógico das escolas e façam parte de uma disciplina de educação para a saúde, que é ministrada ao longo do ano letivo;</p> <p>O programa é continuamente revisto e avaliado numa base trienal, para incluir todas as contribuições que geram melhora significativa nas ações de educação em saúde nos alunos;</p> <p>A enfermeira tem a função de orientar a comunidade educativa em todos os aspectos que dizem respeito à saúde na escola, bem como nos aspectos preventivos de doenças e nos cuidados com a saúde de crianças e adolescentes no curso do horário escolar.</p>
País/Características do PSE	PORTUGAL (PORTUGAL, 2015).
Nome do programa	Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE).
Ano criação	2015.
Objetivos	<p>Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;</p> <p>Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;</p> <p>Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos;</p> <p>Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.</p>
Ações desenvolvidas	Saúde mental e competências socioemocionais;

	<p>Educação para os afetos e a sexualidade; Alimentação saudável e atividade física; Higiene corporal e saúde oral; Hábitos de sono e repouso; Educação postural; Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.</p>
Profissionais envolvidos	Profissionais de saúde e educação.
Tipos de escolas (públicas, privadas, etc.)	Estabelecimentos de Educação e Ensino (EEE) do Ministério da Educação: Agrupamentos Escolares e Escolas não Agrupadas (AE) com atividade em Jardim de infância, Ensino Básico e Secundário (EBS), Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) com intervenção na população escolar e, sempre que os recursos humanos o permitam, em instituições privadas com acordo de cooperação.
Público alvo	Comunidade educativa, que compreende crianças, alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação.
Tipo de financiamento	Público: Direção-Geral da Saúde; Privado: sempre que os recursos humanos o permitam, em instituições privadas com acordo de cooperação.
Periodicidade de realização	Anual.
Gestão da saúde escolar	Nível Nacional: coordenação e equipe técnica da Divisão Geral da Saúde (DGS); Nível Regional: responsável pelo programa da Administração Regional de Saúde (ARS) e equipe técnica; Nível Local: gestor (a) do programa da Unidade de Saúde Pública (USP) e respectivas equipes de saúde escolar multidisciplinares.
Observações sobre o sistema de saúde e a saúde na escola	Eixos estratégicos e áreas de intervenção: Eixo 1) Capacitação; Eixo 2) Ambiente escolar e saúde; 3) Condições de saúde; 4) Qualidade e inovação; 5) Formação e investigação em saúde escolar; 6) Parcerias; A avaliação do programa ocorre anualmente, porém pode sofrer alterações durante seu período de vigência; A formação intersetorial conjunta da Saúde/Educação tem um percurso de sucesso que deve ser incentivado e apoiado. Na área da promoção e educação para a saúde destacam-se: metodologia de trabalho por projeto, linhas orientadoras e referenciais sobre diversos tópicos de saúde;

	<p>A qualificação dirigida para o exercício de funções de planeamento, organização, aplicação de métodos e processos de natureza técnica e científica, com autonomia e responsabilidade;</p> <p>A participação da comunidade pode ser exercida através do Conselho da Comunidade que, para além de acompanhar a execução do Plano de Ação da Saúde Escolar, pode propor áreas temáticas a trabalhar em parceria;</p> <p>Outros programas: Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE); Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE); Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO).</p>
País/Características do PSE	PERU (LIMA, 2020; LIMA, 2013; PERU, 2013).
Nome do programa	Plano de Saúde Escolar 2013-2016; Plano de Saúde Escolar 2020-2021; Programa Nacional de Alimentação Escolar Qali Warm.
Ano criação	2013; 2020.
Objetivos	<p>Desenvolver uma cultura de saúde em escolares, em instituições públicas, em estilos de vida saudáveis e determinantes sociais da saúde, bem como detectar e tratar em tempo hábil os riscos e danos relacionados ao processo de aprendizagem;</p> <p>Detectar oportunamente os riscos e prejuízos relacionados ao processo de aprendizagem, por meio de triagem regular e periódica em instituições de ensino e tratamento precoce em estabelecimentos de saúde;</p> <p>Fortalecer o desenvolvimento de uma cultura de saúde para o cuidado e o autocuidado, por meio da promoção de práticas e comportamentos saudáveis, considerando a necessidade regional de saúde e adaptação cultural;</p> <p>Gerar ambientes saudáveis dentro e ao redor das instituições educacionais, por meio da coordenação intergovernamental e intersetorial.</p>
Ações desenvolvidas	<p>1 Atividades de prestação:</p> <p>1.1 Avaliação Integral da Saúde:</p> <p>1.1.1 Detecção de risco:</p> <p>Controle de peso e altura;</p> <p>IMC;</p> <p>Triagem do calendário vacinal (reforços);</p> <p>Triagem da acuidade visual;</p> <p>Detecção de sintomas respiratórios (áreas focalizadas);</p>

	<p>1.1.2 Detecção de enfermidades: Dosagem de hemoglobina para detecção de anemia; Teste tuberculínico PPD (áreas-alvo); Exame odontoestomatológico; Atividades de Promoção da Saúde: Promoção de comportamentos saudáveis; Promoção de ambientes saudáveis.</p>
Profissionais envolvidos	Profissionais da saúde e educação.
Tipos de escolas (públicas, privadas, etc.)	Escolas públicas.
Público alvo	Estudantes da educação básica.
Tipo de financiamento	MS e Seguro de Saúde Integral.
Periodicidade de realização	Anualmente.
Gestão da saúde escolar	<p>Nível nacional: Ministério da Saúde. Nível regional e local: governos regionais em coordenação com a Direção Regional de Saúde, Gerência Regional de Saúde e a Direção de Saúde.</p>
Observações sobre o sistema de saúde e a saúde na escola	<p>Lei nº 30.061, que declara a atenção integral à saúde dos estudantes como prioridade de interesse nacional da educação básica regular e especial das instituições públicas de ensino do âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar Qali Warma e os incorpora como segurados do Seguro de Saúde Integral (SIS), está prevista a priorização da cuidados de saúde dos grupos mais vulneráveis como, no primeiro caso, os alunos da educação básica regular e especial, beneficiários do Programa Nacional da Alimentação Escolar Qali Warma, que contribuirá para fortalecer as bases para a ampliação da cobertura de financiamento pelo Seguro Saúde Integral;</p> <p>Monitoramento e avaliação: O acompanhamento do Plano de Saúde Escolar será realizado nos três níveis: nacional, regional e local em Instituições de Ensino e Estabelecimentos de Saúde por meio das ações de atualização e aconselhamento em serviço, ao pessoal de saúde envolvido, através do uso de um instrumento abrangente destinado a monitorar os diferentes processos na execução do plano. As informações serão fornecidas pelo sistema de informações de seguro de saúde abrangente;</p> <p>No componente de ambientes saudáveis, será reforçada a promoção de quiosques saudáveis, e a melhoria das condições de ter espaços para recreação e esporte;</p> <p>O Seguro Saúde Integral financiará os benefícios de seus segurados para o que celebrará acordos e/ou adendos com os governos e unidades executoras, no âmbito do estabelecido no Resolução</p>

	Ministerial nº 991-2012, que aprova os parâmetros de negociação para a celebração dos acordos entre o Seguro de Saúde Integral, para determinar o montante de recursos a serem repassados, os quais serão alocados pelo Ministério da Economia e Finanças.
País/Características do PSE	URUGUAI (URUGUAI, 2013; URUGUAI, 2014).
Nome do programa	Estratégia Nacional de Promoção da Saúde; Plano Nacional de Promoção e Prevenção da Saúde e Controle de DCNTs; Plano Nacional de Escolas Promotoras de Saúde.
Ano criação	2012.
Objetivos	<p>Fortalecer e desenvolver uma cultura de atenção à saúde na comunidade educativa, promovendo especificamente o desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes, com responsabilidade social, compromisso com a cidadania ativa e participativa e comprometidos com o bem-estar da comunidade.</p> <p>Cantinas e quiosques saudáveis: Promover hábitos alimentares saudáveis nas escolas como elemento fundamental para os cuidados de saúde e um estilo de vida saudável; Garantir o fornecimento de alimentos, preparações e bebidas inócuas e de qualidade nutricional adequada, por meio da implementação de recomendações básicas de nutrição e higiene para desenvolver uma cantina ou quiosque escolar; Oferecer alimentos, preparações e bebidas saudáveis de acordo com as necessidades nutrição de crianças e adolescentes; Proporcionar espaços de socialização como parte do desenvolvimento integral dos alunos, pessoal docente e não docente.</p>
Ações desenvolvidas	Alimentação saudável; Atividade física; Relacionamentos saudáveis; Habilidades para a vida; Saúde sexual e reprodutiva; Saúde bucal; Prevenção de acidentes; Prevenção de uso problemático de substâncias; Promoção de controles de saúde e ambientes saudáveis.
Profissionais envolvidos	Informação não identificada.

Tipos de escolas (públicas, privadas, etc.)	Ensino público e privado de educação formal e não formal.
Público alvo	Crianças e adolescentes; Docentes e não docentes das instituições de ensino e famílias; Comerciantes e produtores.
Tipo de financiamento	Através do Plano Integral de Atenção em Saúde (PIAS), utilizando recursos públicos, taxas dos empregadores e dos empregados.
Periodicidade de realização	Informação não identificada.
Gestão da saúde escolar	Informação não identificada.
Observações sobre o sistema de saúde e a saúde na escola	<p>Beneficiários diretos: crianças e adolescentes que frequentam centros de ensino público e privado de educação formal e não formal;</p> <p>Beneficiários indiretos: Embora as boas práticas tenham um impacto direto sobre aqueles que consumirem produtos de cantinas e quiosques, os benefícios também repercutirão em docentes e não docentes das instituições de ensino e nas famílias dos beneficiários diretos, promovendo nesses grupos os atributos de uma alimentação saudável;</p> <p>Os comerciantes e produtores que participam da cadeia produtiva e de comercialização, e aderem às boas práticas, também participarão dos benefícios de contribuir para o desenvolvimento de uma política saudável e, em especial, poderão se beneficiar de eventuais incentivos à produção e comercialização de produtos saudáveis alimentos.</p> <p>Sistema de Saúde:</p> <p>A saúde no Uruguai é ofertada por meio do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) criado em 2007 que busca prover saúde universal e equânime garantida por meio de políticas públicas do Estado após a crise econômica de 2001 no país. O SNIS tem como princípios a promoção da saúde, intersectorialidade de políticas, cobertura universal, sustentabilidade dos serviços, equidade, prevenção, integralidade e humanização, respeito às escolhas dos usuários, participação social, solidariedade no financiamento e eficiência e sustentabilidade econômica;</p> <p>Os grupos de usuários foram incorporados paulatinamente ao SNIS após a sua criação e os serviços são ofertados de acordo com o PIAS que define um pacote básico de serviços obrigatórios em todos os estabelecimentos de saúde associados, que podem ser de caráter público ou privado. A fonte de financiamento do SNIS é múltipla, utilizando recursos públicos, taxas dos empregadores e dos empregados;</p>

	<p>Sistema de Saúde é público e privado. O principal prestador de serviços públicos da Administração de Serviços de Serviços do Estado. O setor privado é dado pelas Instituições de Assistência Médica Coletiva, que são instituições com multas de lucro. O FONASA é financiado com fundos do Estado e empresas. O PIAS constitui o conjunto de prestadores de serviços que garante a todos os beneficiários todos os institutos como prestadores de serviços integrados do SNIS. As obrigações são identificadas tanto por prestadores públicos como privados que participam do SNIS;</p> <p>O SNIS possui centralidade administrativa no MS, e a formulação de normativas, programas e políticas públicas é de competência da unidade executora que possui unidades desconcentradas temáticas responsáveis pela regulação de produtos e serviços de interesse para a saúde.</p>
País/Características do PSE	ÍNDIA (ÍNDIA, 2018).
Nome do programa	Programa de Saúde Escolar sob Ayushman Bharat.
Ano criação	2018.
Objetivos	<p>Fornecer informações adequadas à idade sobre saúde e nutrição para as crianças nas escolas;</p> <p>Promover comportamentos saudáveis entre as crianças que vão inculcar para toda a vida;</p> <p>Detectar e tratar doenças precocemente em crianças e adolescentes, incluindo a identificação de crianças desnutridas e anêmicas com encaminhamentos apropriados para a Atenção Primária em Saúde (APS) e hospitais;</p> <p>Promover o uso de água potável nas escolas;</p> <p>Promover práticas seguras de higiene menstrual por meninas;</p> <p>Promover o yoga e a meditação através dos embaixadores de saúde e bem-estar;</p> <p>Incentivar pesquisas sobre saúde, bem-estar e nutrição para crianças.</p>
Ações desenvolvidas	<p>Atividades de promoção:</p> <p>Aprendizagem apropriada à idade para promoção de comportamento saudável e prevenção de várias doenças realizada através de professores da escola/Saúde e Bem-Estar embaixadores formados em cada escola;</p> <p>Escola primária: saúde, crescimento e desenvolvimento; Segurança pessoal; Nutrição e atividade física; práticas de higiene; prevenção de doenças como Malária, Dengue, Tuberculose, infestação de vermes, diarreia e doenças preveníveis por vacinas;</p> <p>Ensino fundamental: Puberdade e alterações relacionadas; Cuidados com os olhos, higiene bucal; Nutrição; Prevenção de <i>bullying</i>; Meditação e yoga; Segurança na internet e alfabetização midiática; Prevenção do abuso de substâncias; HIV/AIDS; Saúde mental;</p>

	<p>Ensino médio: Prevenção do abuso de substâncias; Saúde sexual e reprodutiva; Prevenção de violência; Lesões não intencionais; Segurança na estrada; Nutrição; Meditação e yoga;</p> <p>Triagem de saúde:</p> <p>Triagem de crianças para 30 condições de saúde identificadas, incluindo desnutrição e anemia com encaminhamentos apropriados, além de crianças com erros refrativos os óculos devem ser fornecidos;</p> <p>Provisão de serviços:</p> <p>Fornecimento de comprimidos de Ácido Fólico Ferroso e Albendazol por professores através do Programa de Suplementação Semanal de Ácido Fólico Ferroso e Dia Nacional da Desparasitação, respectivamente;</p> <p>Fornecimento de absorventes higiênicos;</p> <p>Vacinação apropriada para a idade;</p> <p>Saúde eletrônica:</p> <p>Registro eletrônico de saúde para cada criança;</p> <p>Transmitindo habilidades de atendimento de emergência:</p> <p>Treinamento de professores em primeiros socorros básicos.</p>
Profissionais envolvidos	Dois professores, de preferência um homem e uma mulher, em cada escola designados como “Embaixadores da Saúde e Bem-Estar”.
Tipos de escolas (públicas, privadas, etc.)	Todas as unidades governamentais e escolas do país.
Público alvo	Criança desde o nascimento até os 18 anos.
Tipo de financiamento	Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar (Plano de Implementação do Programa da Missão Nacional de Saúde); Educação: alocação existente de fundos para treinamento de professores.
Periodicidade de realização	Semanalmente: atividades em sala de aula (terça-feira); administração de comprimido de Ácido Fólico Ferroso; Quinzenalmente: Escola temática; caixa de perguntas e respostas; Trimestral: Reuniões de pais e professores; Semestralmente: Administração de Albendazol (Dia Nacional da Desparasitação).
Gestão da saúde escolar	Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar; Departamento de Educação Escolar e Alfabetização; Ministério de Recursos Humanos e Desenvolvimento (Centro e Estado).

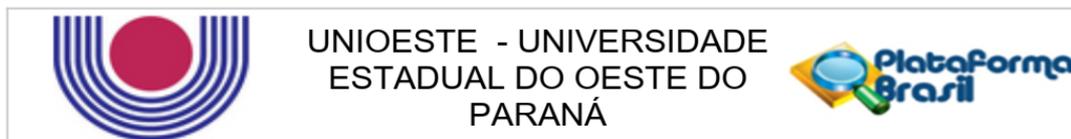
Observações sobre o sistema de saúde e a saúde na escola	<p>Em 2013, o Governo da Índia lançou o Rashtriya Bal Swasthya Karyakram no âmbito da Missão Nacional de Saúde para detecção precoce e gerenciamento oportuno de doenças entre crianças e adolescentes (0-18 anos) por rastreamento periódico através da plataforma de escolas e centros Anganwadi;</p> <p>- O governo também lançou um programa abrangente chamado Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram em 2014 para responder às necessidades de saúde e desenvolvimento dos adolescentes de maneira holística;</p> <p>O Programa de Saúde Escolar foi incorporado como parte do componente Saúde e Bem-Estar do Programa Ayushman Bharat do Governo da Índia para fortalecer os aspectos preventivos e promocionais por meio de atividades de promoção da saúde. Essas atividades combinam educação em saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças e melhorar o acesso aos serviços de saúde de forma integrada e sistêmica no nível escolar, com maior foco em comorbidades sociais emergentes, como lesões, violência, abuso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, distúrbios psicológicos e emocionais;</p> <p>Dois professores, de preferência um homem e uma mulher, em cada escola designados como “Embaixadores da Saúde e Bem-Estar” serão treinados para repassar informações sobre promoção da saúde e prevenção de doenças na forma de atividades durante uma hora por semana. Essas mensagens de promoção da saúde também terão influência na melhoria das práticas de saúde no país, pois os alunos atuarão como Mensageiros de Saúde e Bem-Estar na sociedade. Toda terça-feira pode ser dedicada como Dia da Saúde e Bem-Estar nas escolas;</p> <p>Os professores serão treinados previamente por médicos ou conselheiros do Departamento de saúde. O curso tem duração de cinco dias;</p> <p>Os professores de ciências, formação em educação física podem ter preferência. A idade dos professores selecionados como Embaixadores de Saúde e Bem-Estar deve ser preferencialmente inferior a 45 anos. Os Estados podem considerar dar reconhecimento especial no momento das promoções como um incentivo por sua contribuição na promoção da saúde em suas respectivas escolas;</p> <p>O módulo de treinamento para esta atividade incluirá os temas do Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram do Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar, a saber: melhorar a nutrição, melhorar a saúde sexual e reprodutiva, melhorar a saúde mental, prevenir lesões e violência, prevenir o uso indevido de substâncias, abordar condições para Doenças Não Transmissíveis e quaisquer outros temas decididos em consulta com o Ministério do Desenvolvimento Humano e de Recursos;</p>
---	---

	<p>Os Embaixadores de Saúde e Bem-Estar serão apoiados por dois alunos de cada turma que os ajudarão a facilitar as iniciativas e atividades no âmbito da componente de saúde escolar. Eles serão denominados como “Mensageiros de Saúde e Bem-Estar”;</p> <p>Os pais e outras partes interessadas também podem ser convidados nestes dias de saúde do adolescente nas escolas;</p> <p>Os Embaixadores de Saúde e Bem-Estar também coordenarão o encaminhamento de estudantes que necessitem de qualquer apoio ou tratamento para os Centros de Saúde Amigos do Adolescente e Clínicas de Saúde e Bem-Estar;</p> <p>Os Embaixadores de Saúde e Bem-Estar registrarão o progresso de cada aula todos os meses;</p> <p>O diretor ou os Embaixadores de Saúde e Bem-Estar compilarão os dados de classe relatados no formato de relatório da Escola todos os meses e enviarão ao Centro de Recursos do Bloco do departamento de educação até o dia 7 do próximo mês;</p>
País/Características do PSE	ETIÓPIA (ETIÓPIA, 2017).
Nome do programa	Programa de Saúde Escolar (SHP).
Ano criação	2017.
Objetivos	<p>Melhorar a saúde e o bem-estar dos alunos e capacitá-los para serem agentes de mudança de saúde em suas comunidades, fornecendo um SHP integral;</p> <p>Aprimorar os conhecimentos, valores e atitudes dos alunos para tomar e agir nas decisões mais adequadas e positivas para a saúde;</p> <p>Produzir uma geração consciente da saúde através da educação e prática formais e informais;</p> <p>Colaborar na detecção precoce de doenças por meio de triagem de rotina;</p> <p>Permitir que os alunos sejam agentes de mudança de saúde para suas famílias e a comunidade em geral;</p> <p>Contribuir para a permanência dos alunos nas escolas e aumentar a sua eficiência educativa;</p> <p>Promover um ambiente escolar conveniente e saudável.</p>
Ações desenvolvidas	<p>Comunicação de mudança social e comportamental e desenvolvimento de habilidades para a vida;</p> <p>Serviços de nutrição escolar;</p> <p>Fornecimento de água, saneamento e higiene;</p> <p>Gestão de infecções, infestações e distúrbios comuns;</p> <p>Serviço de vacinação e imunização de rotina e atualização;</p> <p>Serviços de saúde sexual e reprodutiva;</p> <p>Serviços de prevenção e controle de ISTs;</p>

	Prevenção e apoio a transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias; Prevenção e gestão de doenças e lesões não transmissíveis; Preparação, resposta e recuperação da saúde escolar durante a educação em caso de emergência.
Profissionais envolvidos	Profissionais da saúde (enfermeiros, nutricionistas, médicos psiquiatras, agentes de saúde escolar, psicólogos, dentre outros), tecnólogos em alimentos, policiais, professores e pais.
Tipos de escolas (públicas, privadas, etc.)	Alunos da pré-escola (em algumas escolas) e universidade (clínicas de saúde e clubes de saúde), independentemente de sua propriedade (ou seja, privadas, comunitárias e governamentais).
Público alvo	Alunos, professores e outros funcionários em instituições públicas, privadas, formais e informais de educação e treinamento em todos os níveis e subsetores do sistema educacional.
Tipo de financiamento	A administração de Woreda (similar ao que chamamos de distritos) através da arrecadação de receitas e apoio do Ministério da Saúde e da Educação. As finanças necessárias serão orçadas pelos respectivos setores de acordo com seu plano anual e estratégico. Além disso, as administrações de Woreda devem mobilizar recursos da comunidade, setor privado e Organizações Não-Governamentais (ONGs) que possam fortalecer a implementação do programa.
Periodicidade de realização	Anualmente.
Gestão da saúde escolar	Ministério da Educação e Saúde.
Observações sobre o sistema de saúde e a saúde na escola	O Ministério da Educação, o MS e as partes interessadas, deve assegurar que as questões de saúde e nutrição sejam incluídas no currículo escolar e sejam ensinadas como disciplinas em todas as escolas, além de facilitar e apoiar a prestação de serviços de saúde nas escolas, como aconselhamento e serviços sociais, visitas de enfermeiro/médico, sistemas de referência, vacinação e serviços odontológicos; Os serviços serão prestados gratuitamente aos alunos; O centro de saúde escolar será encarregado de fornecer serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças, triagem e curativos muito básicos. A escola primária é ligada ao centro de saúde; a escola secundária ao centro de saúde ou hospital distrital; o ensino superior ao hospital geral ou hospital universitário e seguirá o sistema convencional de referência para problemas graves de saúde. Os centros de saúde escolar também estarão ligados aos centros de alimentação na área de captação e à comunidade para apoio psicossocial.

Fonte: Dados coletados dos documentos, 2022.

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ações do Programa Saúde na Escola e o alcance da integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde.

Pesquisador: Vanessa Bordin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52268421.0.0000.0107

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.072.975

Apresentação do Projeto:

Saneamento de pendências

Título da Pesquisa: Ações do Programa Saúde na Escola e o alcance da integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde.

Pesquisador Responsável: Vanessa Bordin

Objetivo da Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Agora, as medidas saneadoras de possíveis riscos decorrentes da pesquisa estão adequadamente descritas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

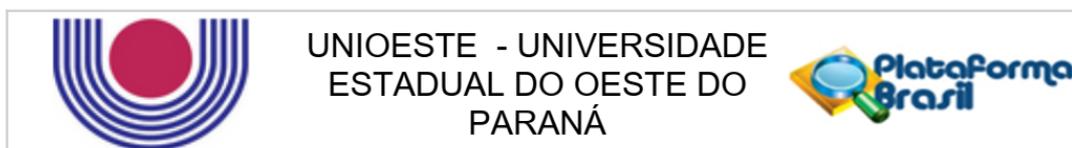
UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.072.975

Apresentar o Relatório Final na Plataforma Brasil até 30 dias após o encerramento desta pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1832835.pdf	29/10/2021 21:34:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/10/2021 20:54:14	Vanessa Bordin	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	01/10/2021 16:54:21	Vanessa Bordin	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_ROSA.pdf	01/10/2021 16:53:20	Vanessa Bordin	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_VANESSA.pdf	01/10/2021 16:52:55	Vanessa Bordin	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_SESA.pdf	01/10/2021 16:51:40	Vanessa Bordin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_INTEGRAL.pdf	01/10/2021 16:48:24	Vanessa Bordin	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	01/10/2021 16:46:28	Vanessa Bordin	Aceito
Declaração de Pesquisadores	FORMULARIO_CEP_DECLARACAO_PESQUISADORES.pdf	01/10/2021 16:39:03	Vanessa Bordin	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	01/10/2021 16:34:43	Vanessa Bordin	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	01/10/2021 16:33:31	Vanessa Bordin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

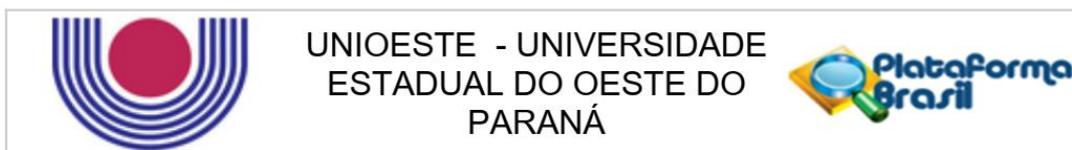
CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.072.975

CASCADEL, 30 de Outubro de 2021

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

ANEXO II – ARTIGO 1: AÇÕES DE SAÚDE ESCOLAR EM DIFERENTES PAÍSES

RESUMO

A escola é reconhecida como ambiente articulador das ações de saúde e educação para criação de valores, hábitos, costumes adjuvantes no alcance da saúde em muitos países. Baseado no exposto, objetiva-se descrever como ações de saúde voltadas a escolares se organizam e são implementadas em diversos países, a fim de analisar suas atividades de saúde para escolares, a partir do princípio da integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde. Desenvolveu-se estudo exploratório e descritivo a partir da análise documental de fontes primárias: documentos oficiais de oito países localizados via digital com a temática saúde escolar, de julho a setembro de 2022. Os dados foram organizados em quadro para sistematizar a análise a partir do olhar da integralidade, intersetorialidade e da promoção da saúde. Revelaram que, no século XXI, os países estabeleceram ações programáticas que visam criar hábitos para a vida futura do escolar e suas famílias, destacando-se o cuidado nutricional; prevenção da obesidade infantil; promoção das práticas corporais, de atividade física e lazer; prevenção ao uso e abuso problemático de álcool, tabaco, crack e outras substâncias psicoativas; saúde mental; direito sexual e reprodutivo, bem como prevenção e controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis. As diferenças encontradas são afetadas à cultura e desenvolvimento de cada país, contudo, a intersetorialidade, a integralidade e a promoção da saúde são desafios nas experiências estudadas.

Palavras-chave: serviços de saúde escolar; promoção da saúde; integralidade em saúde; colaboração intersetorial; pessoal de saúde.

INTRODUÇÃO

As ações voltadas à saúde de escolares, ao longo dos anos, foram se construindo e adquirindo diferentes contornos. O interesse e as primeiras preocupações com a prática emergiram na Europa, durante os séculos XVI e XVII, principalmente em países como a Alemanha, França e Inglaterra, os quais passavam por momentos de reorganização de práticas e de serviços, tais como saúde e educação. As transformações ocorridas no campo da saúde, já no século XVIII, impulsionaram o desenvolvimento de práticas assistenciais voltadas aos escolares, ancorados em três doutrinas médicas: Sanitarismo; Polícia Médica e Puericultura (FERRIANI, 1992; LIMA, 1985).

O Sanitarismo, com a vigilância dos espaços escolares, voltava-se para os aspectos ambientais. A Polícia Médica, com a inspeção higiênica da comunidade escolar, reforçava práticas de controle social e a Puericultura, a difusão de regras de vida adequadas e de comportamentos saudáveis (FERRIANI, 1992; FERRIANI; GOMES 1997).

No século XX, a educação em saúde visava ao desenvolvimento humano sadio e produtivo, a partir da observação, exame, controle e disciplina na infância. As práticas pedagógicas eram centradas em ações individualistas, focadas na mudança de comportamentos e atitudes, sem considerar as inúmeras condições de vida e a realidade que envolviam os escolares (VALADÃO, 2004), contexto que foi se alterando para repensar o espaço escolar.

Desse caminhar, chegou-se ao entendimento de que o ambiente escolar é um espaço no qual são programadas ações de promoção e prevenção da saúde, dada sua peculiaridade e capilaridade, de maneira que desempenha papel fundamental na formação de valores, modos de vida, os quais são voltados para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisões, para a criação de ambientes saudáveis, que respeitem a diversidade cultural, ambiental, econômica e social, para a consolidação de uma política intersetorial voltada à qualidade de vida (ACCIOLY, 2009). Remete, dessa forma, à importância de superar ações pontuais, para considerar a integralidade do cuidado e a promoção da saúde para a qual a intersetorialidade é condição.

A integralidade, em termos legais, remete à articulação, continuidade de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos que cada caso exige e em todos os níveis do sistema de saúde. As ações devem contemplar a prevenção de doenças, sem se dissociar da assistência ambulatorial e hospitalar, específicas para diagnóstico, tratamento e reabilitação; exige a integração de políticas de cunho econômico e social para atingir os determinantes do processo saúde e doença (NORONHA, LIMA; MACHADO, 2012).

No sistema brasileiro de saúde, decorrente do movimento denominado Reforma Sanitária, foi pensado em quatro dimensões. Na primeira, revela-se a integração da promoção, proteção recuperação e reabilitação nas ações de atenção primária, secundária e terciária. Na segunda, direciona-se a atuação profissional para considerar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Na terceira, há a necessidade de que a atenção seja contínua nos diferentes níveis de complexidade

do sistema de saúde; na quarta, busca-se prever a articulação das políticas “públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.), que incidissem sobre as condições de vida e a determinação social da saúde, mediante ação intersetorial” (PAIM, 2012, p. 466).

Dessa forma, a ação intersetorial requer a “ação conjunta de práticas e instituições sociais para intervir nas necessidades dos indivíduos e da coletividade”. É necessária para se promover saúde e desafio para os sistemas de saúde que buscam a integralidade (LOBATO, GIVANELLA, 2012).

Outrossim, a promoção da saúde evidencia-se estratégica no enfrentamento dos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Requer a adoção de uma concepção “ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, essa estratégia propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados a favor da qualidade de vida” (BUSS *et al.*, 2020, p. 4725). Ademais, mostra-se na transversalidade da atenção primária à saúde e remete à ação intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional (BRAATZ PETERMANN; KOCOUREK, 2021).

Em âmbito internacional, o desenvolvimento de ações de saúde nas escolas é pauta de instituições internacionais, destacando que os problemas de saúde na atualidade são atribuíveis aos determinantes da saúde relacionados com os modos de vida, representados, principalmente, pelas doenças crônicas não transmissíveis. Para tanto, a melhora do nível de saúde, por meio de estratégias de promoção da saúde no contexto escolar, deve ser incorporada na infância e adolescência.

Assim, na escola, as crianças passam grande parte de suas vidas, sendo fundamental levar em consideração a influência que essa instituição exerce sobre elas, por meio da aquisição de hábitos e conhecimentos e, portanto, local em que, além de conhecimentos, vivenciam atitudes e hábitos para cuidar da saúde.

Baseado no exposto, questiona-se: como se organizam ações de saúde escolar em outros países, considerando-se a integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde? Ademais, objetiva-se descrever como a saúde de escolares se organiza e é implementada em diversos países, além de analisar suas atividades de saúde para escolares, a partir do princípio da integralidade, intersetorialidade e a promoção da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, pela análise documental de fontes primárias e artigos científicos, disponíveis na íntegra via internet. Constitui-se de documentos oficiais produzidos por oito países, os quais versam sobre a temática saúde na escola, no período de julho a setembro de 2022, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Documentos disponíveis na íntegra via internet para o desenvolvimento da análise documental. Cascavel/PR, 2022.

Países	Documentos
Argentina (08 documentos)	<ul style="list-style-type: none"> - Resolução nº 1.141/2019 – Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social, 2019. - Manual de Implementação do PROSANE – Ministério da Saúde, 2020. - Relatório da situação de saúde de crianças e adolescentes do PROSANE – Ministério da Saúde, 2016. - Relatório da situação de saúde de crianças e adolescentes do PROSANE – Ministério da Saúde, 2015. - Resolução nº 1.511/2016 – Ministério da Saúde, 2016. - Resolução nº 11/2015 – Ministério da Saúde, 2015. - Acordo para o desenvolvimento e execução do programa nacional de saúde escolar – Poder Executivo Nacional, 2019. - Revista Argentina de Saúde Pública, 2018.
Chile (02 documentos)	<ul style="list-style-type: none"> - Norma Técnica para a supervisão de saúde integral de crianças de 0 a 9 anos na Atenção Primária de Saúde 2021. Capítulo 1 – Ministério da Saúde, 2021. - Norma Técnica para a supervisão de saúde integral de crianças de 0 a 9 anos na Atenção Primária de Saúde 2021. Capítulo 2 – Ministério da Saúde, 2021.
Etiópia (01 documento)	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura do Programa de Saúde Escolar – Ministério da Saúde, 2017.
Espanha (02 documentos)	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de Educação para a Saúde nas Escolas e Institutos (PESEI), 2021. - Educação para a saúde na escola: uma poderosa ferramenta para mudanças positivas nos hábitos saudáveis da sociedade, 2014.
Índia (01 documento)	<ul style="list-style-type: none"> - Diretrizes operacionais para o Programa de Saúde Escolar sob Ayushman Bharat – Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar, 2018.
Peru (03 documentos)	<ul style="list-style-type: none"> - Resolução Ministerial nº 079/2020 – Ministério da Saúde, 2020. - Lei nº 30.061/2013 – Poder Legislativo, 2013. - Decreto nº 010/2013 – Ministério da Saúde, 2013.
Portugal (01 documento)	<ul style="list-style-type: none"> - Norma da Direção Geral da Saúde nº 15/2015, 2015.

Uruguai (02 documentos)	- Lei nº 19.140/2013 – Registro Nacional de Leis e Decretos, 2013. - Recomendações de boas práticas para a implementação de cantinas e quiosques saudáveis em instituições educativas – Ministério da Saúde Pública, 2014.
-------------------------	---

Fonte: Dados coletados na pesquisa, 2022.

Após identificados, os documentos foram traduzidos, submetidos a sucessivas leituras para identificar as ações de saúde escolar que os países criaram, evidenciando suas características individualmente e em relação aos demais países analisados.

Posteriormente, os dados foram organizados em quadro para sistematizar as seguintes informações: nome do programa, ano de criação, objetivo(s), ações desenvolvidas, profissionais envolvidos, tipos de escolas (públicas, privadas etc.), público-alvo, tipo de financiamento, periodicidade de realização, gestão da saúde escolar e observações sobre o sistema de saúde e a saúde na escola, disponíveis para a pesquisa, orientando, assim, a análise a partir do olhar da integralidade, intersetorialidade e da promoção da saúde.

Os dados da análise documental foram sistematizados em quadro e discutidos à luz de outros estudos identificados na literatura pertinente ao tema. O estudo documental, que integra uma pesquisa de campo, foi aprovado pelo parecer nº 5.072.975 e CAAE: 52268421.0.0000.0107.

RESULTADOS

No Brasil, as ações e intervenções de saúde para escolares estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889. Atualmente, a temática é relevante, pois é indiscutível a importância do papel da instituição em temas ligados à saúde.

A análise das informações coletadas sobre a saúde escolar do Brasil e em outros países estampa que as ações programáticas de cuidado à saúde dos escolares, a partir do século XXI, em todos os países, vêm crescendo, como se depreende das ações presentes nas iniciativas do Brasil (2007), Argentina (2008/2015), Espanha (2007/2008, 2009/2010/2011), Uruguai (2012), Chile (2014 e atualizado em 2021), Portugal (2015) Peru (2013/2020), Etiópia (2017), Índia (2018).

Destaca-se que a saúde escolar é estratégia para preservar a saúde durante a vida escolar, mas, para além disso, o horizonte é a criação de condutas para a vida futura e para interferir nos hábitos das famílias dos escolares, como se observa nos objetivos do PSE do Brasil, que propõe articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica. Dessa forma, é possível ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; na Índia, visa promover comportamentos saudáveis entre as crianças, os quais serão internalizados para toda a vida; na Etiópia, busca melhorar a saúde e o bem-estar dos alunos, a fim de capacitá-los para serem agentes de mudança da saúde em suas comunidades, pelo Programa de Saúde Escolar (SHP) integral; na Espanha, visa influenciar o restante dos membros da comunidade educativa, as famílias e o meio social, no qual o centro educacional está localizado.

A intervenção pela saúde escolar, em todos os programas estudados, retrata a prevenção de doenças, detecção precoce de agravos, como desvios nutricionais, de higiene, de crescimento e desenvolvimento, que interfiram imediatamente na aprendizagem e na vida, como se vê nos objetivos dos programas, a seguir exemplificados.

Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar (BRASIL, 2007, n. p.).

Avaliar de forma abrangente o desenvolvimento e crescimento do menino ou menina, considerando sua fase, família e ambiente; Identificar fatores e comportamentos protetores e de risco para o desenvolvimento físico, cognitivo, psicomotor, afetivo, emocional e social da criança no contexto escolar e familiar-comunitário; Investigar os primeiros sinais e sintomas de Doenças não transmissíveis (DNTs) ou outros distúrbios de saúde [...] (CHILE, 2021, p. 126).

Delinear, desenvolver e reforçar políticas de cuidados integrados, permitindo uma resposta ativa às necessidades de cuidados da população em idade escolar, promovendo ações de promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças [...] Aumentar o conhecimento e melhorar os comportamentos de saúde de crianças e adolescentes na faixa etária de 3 a 17 anos, por meio da promoção de hábitos saudáveis, prevenção de riscos e conhecimentos necessários na educação em saúde que garantam o autoconhecimento, assumindo o controle sobre sua vida atual e saúde futura [...] (ARGENTINA, 2015, n. p.).

Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos (PORTUGAL, 2015, p. 4).

Detectar oportunamente os riscos e prejuízos relacionados ao processo de aprendizagem, por meio de triagem regular e periódica em instituições de ensino e tratamento precoce em estabelecimentos de saúde; Fortalecer o desenvolvimento de uma cultura de saúde para o cuidado e o autocuidado, por meio da promoção de práticas e comportamentos saudáveis, considerando a necessidade regional de saúde e adaptação cultural (LIMA, 2020, p. 9).

Detectar e tratar doenças precocemente em crianças e adolescentes, incluindo a identificação de crianças desnutridas e anêmicas com encaminhamentos apropriados para Atenção Primária em Saúde (APS) e hospitais (ÍNDIA, 2018, p. 3).

Alguns programas expressam a integralidade do cuidado como horizonte da atenção à saúde dos escolares, articulando-o com os demais serviços, a partir da atenção primária para assistir o escolar em sua integralidade, como se depreende dos textos.

Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis (BRASIL, 2007, n. p.).

Encaminhar oportunamente de acordo com a situação de saúde biopsicossocial de cada criança (CHILE, 2021, p. 126).

Promover e fortalecer a atenção à saúde de crianças e adolescentes em idade escolar dentro da estratégia de atenção primária à saúde, promovendo a acessibilidade ao sistema de saúde, articulando-se com o segundo e terceiro nível de atenção (ARGENTINA, 2015, n. p.).

Os Embaixadores de Saúde e Bem-Estar também coordenarão o encaminhamento de estudantes que necessitem de qualquer apoio ou tratamento para os Centros de Saúde Amigos do Adolescente e Clínicas de Saúde e Bem-Estar (ÍNDIA, 2018, p. 6).

A intersetorialidade é visualizada, na Etiópia, em que o programa envolve profissionais da saúde (enfermeiros, nutricionistas, médicos psiquiatras, agentes de saúde escolar, psicólogos, dentre outros), tecnólogos em alimentos, policiais, professores e pais; no Chile, indica-se que, após avaliação dos escolares, os profissionais de saúde devem entregar indicações de promoção e prevenção em grupo, em conjunto com o professor, de acordo com a faixa etária e os problemas mais prevalentes detectados; no Peru, há o monitoramento, avaliação e acompanhamento do Plano de Saúde Escolar, que se realiza nos três níveis: nacional, regional e local, em Instituições de Ensino e Estabelecimentos de Saúde por meio das

ações de atualização e aconselhamento em serviço, ao pessoal de saúde envolvido, com base no uso de um instrumento abrangente destinado a monitorar os diferentes processos na execução do plano. As informações são fornecidas pelo sistema de informações de seguro de saúde abrangente; e, no Brasil, o programa prevê a articulação do MS e da Educação.

Os profissionais responsáveis pelas ações dos programas são, via de regra, os profissionais de saúde e educação, mas assumem essas responsabilidades de forma diferenciada nos diversos países. No Brasil, na Argentina, Portugal, Peru e Etiópia, há a disposição legal para que os profissionais de saúde e educação atuem de forma conjunta, mas não há um enfermeiro exclusivamente atuando na escola.

Na Espanha, há enfermeiros escolares atuando no ambiente escolar, com formação docente e experiência em saúde escolar, como um profissional de enfermagem promotor de saúde naquele ambiente. Já na Índia, foi criada a figura do Embaixador de Saúde e Bem-Estar, assumida por dois professores, de preferência, um homem e uma mulher, que seriam treinados para desenvolver as atividades de saúde.

Outro aspecto que se destaca entre os programas é o seu financiamento, pois, a depender do país e da organização de seu sistema de saúde, o financiamento é diferenciado, como se observa no Quadro 2:

Quadro 2 – Financiamento da atenção à saúde escolar em diferentes países. Cascavel/PR, 2022.

País	Tipo de financiamento
Brasil	Financiamento público de acordo com a pactuação e o desenvolvimento comprovado das ações.
Chile	Financiamento constituído por diversas fontes, diretas e indiretas, dos subsistemas público e privado como: impostos gerais e específicos, recursos orçamentários, contribuições compulsórias, voluntárias e copagamentos.
Argentina	Financiamento público de acordo de adesão entre as autoridades jurisdicionais e o Ministério da Saúde.
Espanha	Não há nenhum tipo de financiamento, pois os recursos estão concentrados nas próprias escolas.
Portugal	Financiamento público por meio da Direção-Geral da Saúde (MS) e privado por meio de instituições com acordo de cooperação.
Peru	Financiamento público e através do Seguro de Saúde Integral.
Uruguai	Financiamento público por meio do Plano Integral de Atenção em Saúde (PIAS), utilizando taxas dos empregadores e dos empregados.
Índia	Financiamento público por meio do Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar que compõem o Plano de Implementação do Programa da Missão Nacional de Saúde;

	E na educação, o financiamento se dá pela alocação existente de fundos para treinamento de professores.
Etiópia	Financiamento público pela administração de Woreda (similar ao que se denomina de distritos) através da arrecadação de receitas e apoio do MS e da Educação. Além disso, as administrações de Woreda devem mobilizar recursos da comunidade, setor privado e Organizações não Governamentais (ONGs) que possam fortalecer a implementação do programa.

Fonte: Dados coletados na pesquisa, 2022.

No que se refere ao público-alvo para o qual as ações programáticas estão organizadas, é estruturado de modo a contemplar os objetivos específicos de cada programa. No Brasil, Espanha, Argentina, Uruguai, Etiópia e Índia, os programas voltam-se para escolares, desde a infância até a adolescência, compreendendo a população em idade escolar que frequenta creches até o ensino médio. Portanto, abarcam o nível inicial, fundamental e médio, diferentemente do Chile, em que as ações são voltadas a escolares de 5 a 9 anos, 11 meses e 29 dias; no Peru, as ações são desenvolvidas com estudantes da educação básica.

Na Argentina, as atividades são prioritárias em escolas rurais, escolas multisseriadas, comunidades indígenas e escolas selecionadas por indicadores de risco sócio-sanitário, além da população com pouco acesso aos serviços de saúde para reduzir as iniquidades.

As ações desenvolvidas com foco nos escolares vão além desse público-alvo, na Espanha, Uruguai, Etiópia, Portugal, locais em que tais intervenções envolvem os pais, mães, professores e encarregados/as de educação; destaca-se também que, no Uruguai, comerciantes e produtores de alimentos devem ser alcançados pelas ações de prevenção e promoção da saúde dos escolares.

As ações programáticas desenvolvidas com o intuito de atender às demandas de saúde dos escolares podem ser visualizadas no Quadro 3, bem como os países que as desenvolvem. Disso, depreende-se que as ações de prevenção e diagnóstico predominam (1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 14, 15, 16 e 22 a 29), embora se observem as de promoção da saúde, exemplificadas nas ações 5, 7, 10, 11, 12 e 17 a 21. A Espanha é o país que desenvolve todas as atividades de PS, exceto na distribuição de absorventes, que é exclusiva da Índia; assim, junto com o Uruguai, estão os países depois da Espanha, que mais desenvolvem ações próximas às de PS.

Quadro 3 – Ações realizadas pelos países com relação à saúde escolar em diferentes países. Cascavel/PR, 2022.

N	Ações	Países
1	Promoção da alimentação saudável, prevenção da obesidade infantil, hábitos alimentares, avaliação nutricional por meio do Índice de Massa Corpórea (IMC) e antropométrica, nutrição e serviços de nutrição escolar.	Brasil, Chile, Espanha, Portugal, Peru, Uruguai, Índia, Argentina e Etiópia.
2	Promoção da saúde auditiva, avaliação auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.	Brasil e Argentina.
3	Promoção da saúde ocular, avaliação e triagem da acuidade visual e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração e cuidados com os olhos.	Brasil, Argentina, Peru e Índia.
4	Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> e prevenção de doenças em eliminação e endêmicas, como como Malária, Tuberculose, infestação de vermes, diarreia, doenças preveníveis por vacinas e gestão de infecções, infestações e distúrbios comuns.	Brasil, Índia e Etiópia.
5	Promoção das práticas corporais, da atividade física, lazer nas escolas, estilo de vida sedentário e atividades recreativas, esporte, lazer e descanso.	Brasil, Chile, Espanha, Peru, Índia, Uruguai e Portugal.
6	Prevenção ao uso e abuso problemático de álcool, tabaco, crack e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância; Prevenção e apoio a transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias; Saúde mental e prevenção de doenças mentais e competências socioemocionais.	Brasil, Chile, Uruguai, Portugal, Peru, Índia, Etiópia e Espanha.
7	Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; Prevenção das violências, agressões, emergências, dos acidentes, medidas de segurança; Educação preventiva sobre segurança viária/estrada; Primeiros socorros; Segurança pessoal; Lesões não intencionais.	Brasil, Chile, Uruguai, Espanha, Peru e Índia.
8	Promoção e avaliação da saúde/higiene bucal e aplicação tópica de flúor; Exame odontoestomatológico.	Brasil, Chile, Uruguai, Argentina, Peru e Índia.
9	Serviço de vacinação e imunização: atualização do cartão de vacinação e aplicação de doses pendentes; Triagem do calendário vacinal (reforços); Vacinação apropriada para a idade.	Brasil, Argentina, Peru, Índia e Etiópia.
10	Direito sexual e reprodutivo e prevenção e controle de ISTs; Educação afetivo-sexual e reprodutiva.	Brasil, Espanha, Uruguai, Portugal, Peru, Índia e Etiópia.
11	Padrões de sono, descanso/repouso e higiene (higiene corporal e oral pessoal e do habitat); Hábitos de uso de banheiro.	Chile, Espanha, Índia, Etiópia e Portugal.

12	Fornecimento de absorventes higiênicos; Fornecimento de água, saneamento e higiene.	Etiópia.
13	Exame clínico completo; Antecedentes gerais; Histórico de saúde e familiar; Conhecimento fisiológico do ser humano.	Chile, Peru, Argentina e Espanha.
14	Padrões de eliminação intestinal e urinária;	Chile.
15	Avaliação da Pressão Arterial (PA).	Argentina.
16	Avaliação da linguagem, fala e comunicação.	Argentina.
17	Saúde ambiental e um ambiente global saudável; Promoção de hábitos saudáveis e de comportamentos saudáveis;	Espanha, Uruguai e Peru.
18	Competências para a vida: emocionais, sociais e cognitivas.	Espanha.
19	Educação em igualdade de gênero.	Espanha.
20	Prevenção e uso saudável de novas tecnologias; Segurança na internet e alfabetização midiática;	Espanha e Índia.
21	Autoconhecimento e gestão da tomada de decisão sobre a própria saúde; Relações humanas, respeito e resolução de conflitos; Bioética da vida aplicada; Relacionamentos saudáveis; Comunicação de mudança social e comportamental e desenvolvimento de habilidades para a vida;	Espanha, Uruguai, Peru e Etiópia.
22	Educação postural.	Portugal.
23	Detecção de sintomas respiratórios (áreas focalizadas).	Peru.
24	Dosagem de hemoglobina para detecção de anemia.	Peru e Índia.
25	Teste tuberculínico - PPD (áreas-alvo).	Peru.
26	Puberdade e alterações relacionadas.	Índia.
27	Prevenção de <i>bullying</i> .	Índia.
28	Meditação e yoga.	Índia.
29	Fornecimento de comprimidos de Ácido Fólico Ferroso e Albendazol.	Índia.

Fonte: Dados coletados na pesquisa, 2022.

Os programas de saúde escolar surgiram de necessidades sociais iminentes desse público e foram estruturadas em propostas de Estado, implementadas pela rede pública ou em conjunto com a privada, com exceção do programa de saúde escolar da Espanha, que foi criado a partir de pesquisas que resultaram em um diagnóstico de saúde dos escolares, ou seja, nasceu para dar resposta a uma educação para a saúde que promova hábitos saudáveis para além de campanhas específicas que podem ser realizadas nas escolas.

Assim, por meio de pesquisas que envolveram profissionais da educação de escolas públicas e privadas, além de investigações e exaustivas pesquisas bibliográficas, com o objetivo de responder às necessidades de saúde nas escolas,

criou-se o Programa de Educação em Saúde na Escola e Instituto (PESEI), fruto da fusão de 2 anteriores programas: PESE (Programa de Educação em Saúde Escolar) e o PESI (Programa de Educação em Saúde no Ensino Médio) (GRÁCIA *et al.*, 2021).

Em Portugal e Espanha, a literacia destaca-se como tema na saúde escolar, a exemplo do que se observa nos trechos abaixo:

A literacia para a saúde traduz-se num conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde, podendo ser definida como a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde, estendendo-se o seu alcance também à cura e prevenção da doença (PORTUGAL, 2015, p. 22).

[...] preparando os alunos para que na idade adulta tenham um nível de literacia em ótima saúde que lhes permita conhecer e aplicar hábitos saudáveis nas diferentes fases da vida, prevenir doenças, acidentes e ser capaz de tomar decisões com relação a sua própria saúde (GRÁCIA *et al.*, 2021, p. 38).

Outra particularidade encontrada são as cantinas escolares e quiosques saudáveis presentes no programa de saúde escolar do Uruguai, os quais possuem., como objetivos (URUGUAI, 2014, n. p.):

Promover hábitos alimentares saudáveis nas escolas como elemento fundamental para os cuidados de saúde e um estilo de vida saudável;
Garantir o fornecimento de alimentos, preparações e bebidas inócuas e de qualidade nutricional adequada, por meio da implementação de recomendações básicas de nutrição e higiene para desenvolver uma cantina ou quiosque escolar;
Oferecer alimentos, preparações e bebidas saudáveis de acordo com as necessidades nutrição de crianças e adolescentes;
Proporcionar espaços de socialização como parte do desenvolvimento integral dos alunos, pessoal docente e não docente.

Desse modo, a finalidade desses espaços saudáveis que comercializam produtos é fornecer, à comunidade escolar, alimentos e hábitos saudáveis de alimentação, tanto para os alunos quanto para docentes e não docentes das instituições de ensino, além das famílias, promovendo, assim, uma alimentação saudável.

Além disso, comerciantes e produtores, que participam da cadeia produtiva e de comercialização dos alimentos fornecidos nesses espaços, os quais aderem às boas práticas, contribuem para o desenvolvimento de uma política saudável e beneficiam-

se de incentivos à produção e comercialização de alimentos saudáveis, configurando a intersetorialidade e a promoção da saúde, ao impactar o processo de produção da saúde via alimentação saudável.

DISCUSSÃO

A escola tem representado um importante local para o encontro entre saúde e educação, abrigando possibilidades de prevenção e promoção da saúde, como ações de diagnóstico clínico; estratégias de triagem; identificação e encaminhamento aos serviços de saúde especializados ou de atenção básica e atividades de educação em saúde (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

Essas iniciativas no contexto de saúde escolar objetivam proporcionar condições adequadas ao processo de ensino-aprendizagem que requerem condições mínimas de saúde, assim, a escola assume papel de promotora de saúde, enquanto espaço que alberga um grupo etário diversificado a nível econômico, social e cultural, ideal para desenvolver ações que promovam a saúde a médio e longo prazo.

A promoção da saúde com enfoque na escola requer que todos os membros que participam da comunidade escolar se comprometam a colaborar e atuar coletivamente, para sustentar o comportamento de aprendizagem e o bem-estar dos alunos em todos os aspectos da vida escolar, transcendendo a sala de aula (GRIEBLER *et al.*, 2017). Uma escola promotora de saúde está constantemente reforçando sua capacidade de avaliar e melhorar a saúde dos alunos, dos professores, membros da família e da comunidade (SILVA *et al.*, 2019), propiciando um entorno saudável para o convívio, a aprendizagem e o trabalho.

Atualmente, as escolas promotoras de saúde possuem padrões internacionais e proposições, dentre as quais: Políticas de governo e recursos; Políticas escolares e recursos; Liderança e gestão escolar; Parcerias escola/comunidade; Currículo escolar; Ambiente psicossocial escolar; Entorno físico escolar; e Serviços de saúde escolar (OMS; OPAS, 2022), pelo que se visualiza que promover saúde não se restringe a ações estritamente no ambiente escolar.

Por meio dos documentos consultados, infere-se que diagnósticos coletivos (avaliações clínicas e/ou ações de triagem) foram apresentados por todos os países,

tais como ações prioritárias sobre alimentação e nutrição; prevenção ao uso e abuso de drogas; direito sexual, reprodutivo e controle de ISTs e atividade física.

A identificação das ações programáticas de cuidado à saúde dos escolares em outros países demonstrou o alicerce do cuidado da saúde escolar, com foco na melhora da saúde e bem-estar dos alunos, capacitando-os para serem agentes de mudança de sua própria saúde, de seus familiares e da comunidade.

Ao encontro dos objetivos propostos pelas ações de saúde dos escolares, esses se complementam, tendo em vista que atuam na promoção, prevenção, articulação entre as redes de saúde e educação, bem como demais setores envolvidos, além do fortalecimento de políticas ou estratégias para assegurar o comprometimento com a saúde dos escolares, por meio da identificação precoce de alterações e encaminhamento oportuno para as redes de colaboração.

Dentre as diferentes experiências apresentadas nos documentos frente à organização das ações de saúde escolar, observa-se que a integralidade do cuidado é ditada por diversos países, em que essas estratégias possuem como foco a abrangência das avaliações das crianças e adolescentes.

O alcance da integralidade se dá pela constituição de condições para a formação integral dos educandos, fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar, além da promoção da cidadania e dos direitos humanos.

Já a intersetorialidade, é delineada com a convocação de diferentes setores para a realização conjunta de intervenções promotoras de melhores condições de vida e saúde (BRASIL, 2004). Assim, observam-se ações de saúde escolar, identificadas com a promoção da saúde; integralidade e intersetorialidade, além de características próprias desenvolvidas de acordo com as necessidades encontradas na realidade em que vivem seus escolares. Contudo, há predomínio das ações assistenciais pela prevenção e diagnóstico entre os escolares.

Na Espanha, as ações realizadas frente à saúde dos escolares surgiram da fusão de dois anteriores programas e possui como objetivo geral aumentar o conhecimento e melhorar os comportamentos de saúde de crianças e adolescentes na faixa etária de 3 a 17 anos, por meio da promoção de hábitos saudáveis (GRÀCIA *et al.*, 2021). A gestão escolar é realizada por um profissional Enfermeiro, que está presente em escolas privadas e algumas públicas, que tem a função de orientar a

comunidade educativa em todos os aspectos que dizem respeito à saúde, no curso do horário escolar.

No âmbito da enfermagem e da saúde escolar, a enfermeira é considerada perita e especialista em cuidados de saúde na escola, especialmente dirigida aos alunos (crianças e adolescentes), bem como ao serviço dos demais membros que formam a comunidade educativa (professores, não professores, pais) e que influencia positivamente, indiretamente, a comunidade onde a escola está localizada. Os enfermeiros escolares têm as suas competências específicas dentro da escola, sendo a promoção da saúde uma delas, reconhecida internacionalmente pelo Conselho Internacional de Enfermagem (GONZÁLEZ, 2012).

As primeiras enfermeiras que atuaram em escolas praticavam seus conhecimentos e habilidades. Hoje, os enfermeiros escolares enfrentam outros desafios a serem vencidos, além das ações pautadas na saúde escolar, tais como as questões de financiamento, burocracias com relação a papéis e a necessidade de pesquisas baseadas em evidências para apoiar sua posição em ambientes escolares (ALENCAR, 2020).

Para tal, os enfermeiros escolares estimulam a responsabilidade positiva dos alunos pelo desenvolvimento normal, promovendo a saúde e a segurança, com intervenção em problemas de saúde potenciais e atuais. Ademais, realizam a gestão de casos e colaboram ativamente com toda a comunidade escolar para construir a capacidade de adaptação dos alunos à família, à sua gestão, apoio e aprendizagem (GONZÁLEZ, 2012).

Existem várias definições internacionais da figura do enfermeiro escolar e todas destacam a importância do profissional em termos de cuidados de saúde, prevenção, promoção e educação, como melhoria da saúde da população escolar e como aliado para a aquisição de hábitos saudáveis, já nas primeiras idades (GRÀCIA *et al.*, 2021).

Os enfermeiros escolares desempenham um papel fundamental nos cuidados de saúde da comunidade educativa (pais/professores/alunos), atuando em diversas dimensões ao capacitar para prevenção, promoção e educação para a saúde escolar; busca assegurar a saúde e os cuidados de toda a comunidade educativa, dentro da escola, bem como seu ambiente social e familiar; deve desenvolver suas competências levando em conta a sociedade multicultural e com diferenças antropológicas nos aspectos da saúde; compreender as mudanças nos problemas de saúde, conceitos e interpretações de saúde, bem como o seu impacto nas crianças e

adolescentes; promover interações sociais dentro e fora da escola; prestar cuidados e assistência a crianças com fragilidade e vulnerabilidade de saúde; detectar a vulnerabilidade e risco de exclusão social; investigar o conhecimento da saúde da criança e do adolescente na escola, bem como em seu ambiente social e familiar; encaminhar e se comunicar com profissionais que cuidam de crianças e adolescentes em relação à saúde (pediatras, enfermeiras pediátricas, psicólogas, fisioterapeutas, psicólogos), bem como professores, cuidadores, assistentes sociais, educadores sociais e outros especialistas ligados à educação (GRÀCIA *et al.*, 2021).

Um estudo realizado na Espanha concluiu que as políticas educativas em educação para a saúde tinham a necessidade de integrar a figura do enfermeiro na escola para que fosse considerada saudável. Esse profissional significa não só o aporte profissional de conhecimento, mas um compromisso com a qualidade das escolas promotoras da saúde (MONSALVE, 2013).

O currículo educacional constitui uma disciplina de Educação em Saúde nos Centros Educacionais, proporcionando à população em idade escolar os conhecimentos, capacidades e competências necessárias, ao nível da promoção, prevenção e conhecimentos gerais da saúde e do sistema de saúde, preparando-os para que, na idade adulta, tenham um nível de literacia em saúde que lhes permita conhecer e aplicar hábitos saudáveis nas diferentes fases da vida, na prevenção de doenças, acidentes e capacidade de autocuidado, a fim de decidir-se a esse respeito (GRÀCIA *et al.*, 2021).

A promoção da literacia em saúde, nos últimos anos, tem sido identificada como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e, também, é destacada como uma preocupação na definição de políticas de saúde (GRÀCIA *et al.*, 2021), sendo citada também nas ações de saúde escolar em Portugal.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a literacia em saúde como: “conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde” (OMS, 1998, p. 21).

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), assim como as mentais decorrentes de fatores de risco modificáveis são desafios para o alcance de saúde, bem-estar, desenvolvimento sustentável e equitativo para o que a literacia em saúde pode ajudar as pessoas, comunidades e organizações a compreender, reconhecer e implementar ações de proteção e promoção de sua saúde (GHEBREYESUS, 2022).

Fatores de risco modificáveis comuns para DCNTs incluem o uso de produtos oriundos do tabaco, uso nocivo de álcool, sedentarismo, dieta pouco saudável, poluição do ar e estressores ambientais e sociais. Mais comumente, os indivíduos e as sociedades estão expostos a múltiplos fatores de risco; as pessoas e as comunidades estão frequentemente sob o fardo de múltiplas DCNTs (OMS, 2022). Níveis adequados de literacia em saúde parecem resultar em melhorias nas condições de saúde das pessoas (PEDRO; AMARAL; ESCOVAL, 2016).

Ao encontro das ações espanholas de saúde escolar, Portugal tem como foco a melhoria das condições de saúde da comunidade educativa, englobando intervenções na saúde de crianças e jovens; necessidades de saúde especiais; e saúde de docentes e não docentes (PORTUGAL, 2015).

Destaca-se, por meio das ações de saúde aos educandos, a importância da articulação entre educação e saúde, bem como com a família, identificando as necessidades especiais de cada criança; assim, proporcionam apoio continuado e precoce frente aos fenômenos evidenciados (PORTUGAL, 2015).

A formação intersetorial conjunta da saúde e educação, a promoção e educação para a saúde destacam-se em virtude da metodologia de trabalho por projeto, linhas orientadoras e referenciais sobre diversos tópicos de saúde (PORTUGAL, 2015).

No que tange à saúde nas escolas uruguaias, merece destaque a promoção da alimentação saudável e práticas de atividade física. Dados evidenciam que, no Uruguai, 22,0% dos escolares apresentavam sobrepeso e 17% são obesos; dentre os adultos, 64,0% tinham sobrepeso ou obesidade, 36,6% hipertensão arterial e 7,6%, Diabetes *mellitus* (URUGUAI, 2014).

Destarte, os fatores mais importantes que promovem o ganho de peso e a obesidade são: atividade física insuficiente; ingestão habitual de bebidas açucaradas; o alto consumo de produtos com baixo valor nutricional e alto teor de açúcar, gordura e sal (URUGUAI, 2014). Diante da alta prevalência de obesidade e sobrepeso, sugere-se que a promoção e incentivo a uma alimentação saudável pode contribuir para o seu controle e diminuição. Diversos estudos demonstram que alimentos com excesso de gorduras, sal e açúcares são os mais comercializados em cantinas escolares (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004; SCHMITZ *et al.*, 2010).

Assim, dentre os caminhos para conseguir uma oferta de alimentos e bebidas saudáveis nos centros educativos do país, a implementação de cantinas ou quiosques

saudáveis (URUGUAI, 2014) foi proposta para a distribuição e/ou venda de alimentos e/ou bebidas que promovam a adoção de hábitos alimentares adequados, incluindo uma maior variedade de alimentos saudáveis em sua oferta para toda a comunidade escolar.

O ambiente escolar é espaço para a saúde, local de desenvolvimento de estratégias de intervenção para a formação de hábitos de vida saudáveis, podendo propiciar, aos escolares, opções de lanches nutricionalmente equilibrados e exercícios físicos regulares. Isso pode promover a aquisição de conhecimentos, atitudes, comportamentos, habilidades e experiências que são o alicerce para se tornarem cidadãos saudáveis, educados e empoderados (OMS; OPAS, 2022).

Para ofertar refeições e lanches com qualidade, dentro dos aspectos higiênico-sanitários e nutricionais, há necessidade de respeitar normas regulamentadoras, visando também à segurança alimentar, bem como nutricional dos alunos e da comunidade escolar.

Cabe ressaltar que os comerciantes e produtores que participam da cadeia de produção e comercialização, aderentes às boas práticas, contribuem ativamente para o desenvolvimento de uma política saudável (URUGUAI, 2014). Mostra-se, nessa experiência, a intersetorialidade e a promoção da saúde em consonância com seu conceito.

No Peru, as ações de saúde escolar são semelhantes com relação às orientações de alimentação saudável e prática de atividade física adotadas pelo Uruguai, em virtude da implantação dos quiosques saudáveis, além da melhoria das condições dos espaços para recreação e esporte.

O plano de saúde escolar peruano, além da detecção das enfermidades dos escolares, mediante avaliação integral da saúde e identificação de riscos, tem como ações o reconhecimento de escolares com anemia (dosagem de hemoglobina); tuberculose (teste tuberculínico) e enfermidades respiratórias em áreas focalizadas (LIMA, 2013; LIMA, 2020). Ademais, os escolares da educação básica que participam do Programa Nacional de Alimentação Escolar Qali Warm são incorporados ao seguro integral de saúde (LIMA, 2013). Nesse país, em 2018, 43,5% das crianças menores de cinco anos apresentavam anemia; a porcentagem de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes em idade escolar foi de 32,3% e 23,9%, respectivamente (LIMA, 2020).

A nível de reporte mundial de casos de Tuberculose no ano de 2017, na região das Américas, o Peru ocupa o terceiro lugar entre os países com mais alta taxa de incidência, ficando atrás apenas de Haiti e Bolívia (PERU, 2018).

Estudos apontam que o diagnóstico da Tuberculose em crianças menores de 5 anos, principalmente, possui dificuldades, como para obter amostras de escarro, devido ao fato de não conseguirem expectorar, bem como pela inespecificidade das manifestações clínicas iniciais que podem ser confundidas com outros quadros infecciosos ou até mesmo uma desnutrição. Muitas vezes, a suspeita só ocorre nos casos de pneumonia que não apresentam melhora com o uso de antibioticoterapia (REUTER; HUGHES; FURIN, 2019; CHIAPPINI *et al.*, 2016), sendo, portanto, importante a avaliação desses escolares e o acompanhamento, tanto para diagnóstico quanto para posterior tratamento, se necessário.

No Chile, o cuidado escolar efetiva-se considerando a fase em que o escolar se encontra, família e ambiente da criança, identificando comportamentos protetores ou de risco; assim, avalia-se de maneira integral o crescimento e desenvolvimento, bem como a sua situação biopsicossocial (CHILE, 2021a; CHILE, 2021b).

No contexto chileno de saúde, a avaliação dos escolares acontece no centro de saúde ou no estabelecimento de ensino, com a presença dos pais ou cuidador. Também, efetiva-se na ausência de um desses responsáveis, por meio de, previamente, um termo de consentimento informado, explicitando as avaliações que serão realizadas na criança, a fim de resguardar a sua privacidade, que deverá ser assinado.

Em 2016, na Etiópia, 38,4% das crianças foram classificadas como sendo raquíticas e 23,6% debilitadas. Outro dado importante é que, a cada ano, as crianças perdem 272 milhões de dias letivos devido à diarreia e que uma em cada três crianças em idade escolar no mundo em desenvolvimento está infestada de vermes intestinais (ETIÓPIA, 2017).

A criança com desnutrição infantil está sujeita às intercorrências clínicas, tais como, alterações relacionadas ao seu desenvolvimento cognitivo (PERIGNON *et al.*, 2014), risco de infecções e ao desenvolvimento de doenças crônicas (RODRIGUEZ-MARTINEZ; RODRIGUEZ; NINO, 2015).

No continente Africano, a prevalência do déficit de altura para idade em crianças menores de 59 meses reduziu de 42,3%, em 1990, para 38,0%, em 2000, e 30,0%, em 2018 (UNICEF, 2019). Contudo, o número de crianças acometidas

aumentou de 50,4 milhões, em 2000, para 58,5 milhões, em 2016, situação, presumivelmente, relacionada às condições socioeconômicas precárias (OMS, 2017).

A maioria das escolas primárias na Etiópia tem instalações sanitárias, com 86,0% possuindo algum banheiro ou latrina (saneamento melhorado). Como resultado da provisão inadequada de saneamento, cerca de 49,0% de todas as escolas são consideradas livres de defecação a céu aberto. Quanto à higienização das mãos, cerca de um quinto das escolas primárias (21,0%) relata ter instalações para lavar as mãos e apenas 5,0% têm sabão (ETIÓPIA, 2017).

Analisando os dados descritos anteriormente, percebe-se que, mesmo sendo pautado no Programa de Saúde Escolar (SHP), em relação a ações, como saneamento, higiene, potabilidade da água e outros aos escolares, observa-se que o país possui inúmeras dificuldades do ponto de vista estrutural, financeiro e de recursos humanos, pois nem todas as escolas têm acesso a um profissional de saúde, devido à insuficiência; isso acarreta diversos problemas para a saúde de crianças e adolescentes.

No que concerne à Índia, o que mais chama a atenção, dentre as ações desenvolvidas com os escolares, são as práticas de meditação e yoga, além da presença de professores chamados de Embaixadores da Saúde e Bem-Estar existentes em cada escola.

Dessa forma, a operacionalização das atividades efetiva-se quando dois professores, preferencialmente um homem e uma mulher são treinados para transmitir informações sobre promoção da saúde e prevenção de doenças na forma de atividades durante uma hora por semana, resultando, portanto, na melhoria das práticas de saúde, uma vez que os alunos atuarão como agentes ativos de saúde e bem-estar na sociedade. Os Embaixadores da Saúde e Bem-Estar serão apoiados por dois alunos de cada turma que os ajudarão a facilitar as iniciativas e atividades no âmbito da componente de saúde escolar, denominados Mensageiros de Saúde e Bem-Estar (ÍNDIA, 2018).

Segundo Sato (2019), ao praticar yoga, percebe-se que não são apenas exercícios físicos e mentais, porém, uma ferramenta de autoconhecimento, que influencia os valores, hábitos e crenças das pessoas.

Por conseguinte, cabe destacar que a yoga é uma prática existente no hinduísmo e outras religiões, constituída de técnicas de concentração mental, controle da respiração, adoração ritualística, cânticos e outras atividades (DANUCALOV;

SIMÕES, 2006), bem como a meditação, que envolve o estado alterado de consciência com relaxamento muscular, utilizando um artifício de autofocalização.

Quando aplicadas na prática no ambiente escolar, acabam por auxiliar o desenvolvimento de capacidades físicas de flexibilidade, força, equilíbrio, resistência, redução da ansiedade e desequilíbrios emocionais, favorecendo positivamente a maior autoconfiança e autocontrole dos escolares (DANUCALOV; SIMÕES, 2006).

Com relação à Argentina, os problemas de saúde detectados em crianças e adolescentes mais prevalentes são sobrepeso e obesidade em 37,1% da população de 5 a 13 anos (ARGENTINA, 2015). Esses resultados vão ao encontro de outros países onde a promoção da alimentação saudável e de atividades físicas nas escolas efetiva-se como de suma importância.

CONCLUSÕES

O estudo comparado das ações de saúde escolar nos países identificados evidencia as peculiaridades advindas das suas constituições históricas, níveis de desenvolvimento socioeconômico e modelo de atenção à saúde. No Brasil, a legislação para a saúde escolar almeja a integralidade, a intersetorialidade e a promoção da saúde, embora não seja o programa que concretize ações claramente promotoras de saúde.

Evidencia-se que países desenvolvidos estão preocupados com a literacia em saúde em virtude de que, para eles, a PS pode ser recurso, pois as pessoas, mesmo tendo condições socioeconômicas favoráveis, restam desenvolvendo doenças crônicas não transmissíveis e transtornos mentais. Essa preocupação tem ganhado escala mundial quando a OMS lançou documento sobre literacia em saúde para enfrentar aquelas doenças.

Países periféricos, igualmente, têm se preocupado com a saúde escolar, mas seus enfrentamentos decorrem das doenças inerentes à pobreza, como as transmissíveis e as carências nutricionais, configurando desigualdade na distribuição global das riquezas, assim como possibilidades e preocupações com a saúde.

Ademais, preocupam igualmente todos os países as questões relacionadas à alimentação saudável e seu desvio expresso na obesidade que assola todos os

países, assim como as carências nutricionais nos países pobres e em desenvolvimento. Particularmente importante é a prevenção ao abuso de álcool, tabaco, crack e demais substâncias psicoativas, ao par dos transtornos mentais, visto que reverberam a preocupação da OMS com a temática.

Por fim, cada vez mais os órgãos governamentais e as comunidades escolares reconhecem que a saúde, o bem-estar e os desfechos educacionais estão estreitamente interligados e que as escolas são recursos importantes para influenciar a saúde e o bem-estar. O fechamento das escolas, em decorrência da pandemia da Covid-19, tornou esses vínculos particularmente claros à sociedade e trouxe à tona o quão significativas são essas ações no contexto da saúde escolar.

Resta que as condições sanitárias constroem a implantação da integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde. Ademais, os países desenvolvidos podem individualizar a responsabilidade pela saúde, pois condições de vida estão postas, o que não se observa nos países pobres e em desenvolvimento, cujas preocupações ainda são a desnutrição e o saneamento que afetam o cotidiano escolar.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E. A. A escola como promotora da alimentação saudável. **Revista Ciência em Tela**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 1-9, jul./dez., 2009. Disponível em: <http://www.cienciaemtela.nutes.ufrj.br/artigos/0209accioly.pdf>. Acesso em: 27 maio 2021.

ALENCAR, N. E. S. A práxis da enfermagem escolar no contexto da pandemia pelo novo coronavírus. **Rev. Interd.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7981232>. Acesso em: 25 jan. 2023.

ARGENTINA. Ministério da Saúde. **Situación de salud de niños, niñas y adolescentes en la Argentina**. Secretaria de Saúde Comunitária. Programa Nacional de Saúde Escolar (PROSANE). Argentina: Ministério da Saúde e da Nação, 2015. Disponível em: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000928cnt-situacion-salud-argentina-agosto-_2015.pdf. Acesso em: 29 jun. 2021.

BRAATZ PETERMANN, X.; KOCOUREK, S. Produção científica brasileira sobre promoção da saúde na atenção primária: estudo bibliométrico. **SANARE - Revista De Políticas Públicas**, Sobral, v. 20, n. 1. p. 81-90, jan./jun., 2021. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1553/787>. Acesso em: 01 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 234, p. 2, 06 de dezembro de 2007. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 29 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5BJghnvvZyB7GmyF7MLjqDr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde na escola na América Latina. **Rev. Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-840, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.00442013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HKhpbcMjGmyjkhsKgwcx83F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2023.

CHIAPPINI, E. *et al.* Recommendations for the diagnosis of pediatric tuberculosis. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis**, [S.l.], v. 35, n. 1, p. 1-18, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10096-015-2507-6>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26476550/>. Acesso em: 28 jan. 2023.

CHILE. Ministério da Saúde. **Norma técnica para la supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud**. Actualización 2021. Capítulo 1: Antecedentes sociales y de salud. 2. ed., 2021a. Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Capi%CC%81tulo-1-Web.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2022.

CHILE. Ministério da Saúde. **Norma técnica para la supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud**. Actualización 2021. Capítulo 3: Supervisión de salud integral infantil. 2. ed., 2021b. Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Capi%CC%81tulo-3-Web.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2022.

DANUCALOV, M. A. D.; SIMÕES, R. S. **Neurofisiologia da Meditação**. São Paulo: Phorte, 2009. 496p.

ETIÓPIA. Ministério da Saúde. **School Health Program Framework**. Be Healthy to Learn and Learn to be Healthy. August, 2017. p. 118, 2017. Disponível em: https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/Ethiopia-School-Health-Program-Framework-August-2017_FINAL.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

FERRIANI, M. G. C. **A inserção do Enfermeiro na Saúde Escolar**: análise crítica de uma experiência. São Paulo: USP, 1992. 216p.

FERRIANI, M. G. C. GOMES, R. **Saúde Escolar**: contradições e desafios. Goiânia: AB, 1997. 76p.

GHEBREYESUS, T. A. Foreword by the WHO Director-General. IN: **Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases**. Overview. v. 1. Geneva: World Health Organization; 2022.

GONZÁLEZ, E. O enfermeiro no ambiente escolar: importância na prevenção e promoção da saúde. **Enferm Comun.**, [S.l.], v. 8, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7813.php>. Acesso em: 29 jan. 2023.

GRÀCIA, S. P. *et al.* **Programa de Educación para la Salud em las Escuelas e Institutos (PESEI)**. International Association of School Nurses & Health Promotion (ISNA); Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar (ACEESE); Associació Catalana d'Infermeria i salut escolar (ACISE), p. 162. 2021. Disponível em: https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/pdfs/observatorio-nacional/PESEI_2021-Actualizado.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

GRIEBLER, U. *et al.* Effects of student participation in school health promotion: a systematic review. **Health Promot Int.**, [S.l.], v. 32, n. 2, p. 195-206, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/dat090>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24395957/>. Acesso em: 06 fev. 2023.

INDIA. Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar. Ministério do Desenvolvimento de Recursos Humanos. **Operational Guidelines on School Health Programme under Ayushman Bharat Health and Wellness Ambassadors partnering to build a stronger future**. April 2018. p. 22. 2018. Disponível em: https://nhm.gov.in/New_Updates_2018/NHM_Components/RMNCHA/AH/guidelines/Operational_guidelines_on_School_Health_Programme_under_Ayushman_Bharat.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

LIMA, G. Z. **Saúde Escolar e Educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

LIMA. Ministério da Saúde. Resolução Ministerial nº 079-2020 – MINSA. **“Plan de Salud Escolar 2020-2021”, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial**. 2020. Disponível em: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/544238/resolucion-ministerial-079-2020-MINSA.PDF>. Acesso em: 05 ago. 2022.

LIMA. Ministério da Saúde. Resolução Ministerial nº 079-2020- MINSA. **Aprobar el documento técnico: “Plan de Salud Escolar 2020-2021”, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial**. 2020. Disponível em: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/544238/resolucion-ministerial-079-2020-MINSA.PDF>. Acesso em: 05 ago. 2022.

LIMA. Poder Legislativo. Lei n. 30.061. **Ley que declara de prioritário interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del ámbito del programa nacional de alimentación escolar qali warma y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS)**. Congresso da República. 06 jul. 2013. 2013. Disponível em: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/per125595.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. **Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica.** *IN: GIOVANELLA, L. (Org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 89-120.*

LOBSTEIN, T.; BAUR, L.; UAUY, R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. **Obesity reviews**, [S.l.], v. 5, n. suppl 1, p. 4-104, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2004.00133.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-789X.2004.00133.x>. Acesso em: 18 jan. 2023.

MONSALVE, L. **Políticas educativas em educação para a saúde na União Europeia: estudo comparativo.** Faculdade de Filosofia e Ciências da Educação, Valência, 2013.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** *IN: GIOVANELLA, L. (Org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 365-94.*

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Transformar cada escola em uma escola promotora de saúde.** Guia de implementação. 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55812/9789275725306_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases.** Overview. v. 1. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055339>. Acesso em: 29 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Health promotion glossary.** Geneva: World Health Organization; 1998. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Regional Office for Africa. Nutrition in the WHO African Regional.** Brazzaville: World Health Organization. Regional Office for Africa; 2017.

PAIM, J. S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.** *IN: GIOVANELLA, L. (Org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 459-492.*

PEDRO, A. R.; AMARAL, O.; ESCOVAL, A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. **Rev. Port Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n. 3, p. 259-275, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0870902516300311?token=186884AC7C06A7828246521A5A53748D0DC5919AF00573AB6915E009DFA38B167F75D98CA12B4F92B6DEBCD5C9F974F0&originRegion=us-east-1&originCreation=20230222193507>. Acesso em: 18 jan. 2023.

PERIGNON, M. *et al.* Stunting, poor iron status and parasite infection are significant risk factors for lower cognitive performance in Cambodian school-aged children.

PLoS One, v. 9, n. 11, p. e112605, 2014. DOI:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112605>. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0112605&type=printable>. Acesso em: 21 mar. 2023.

PERU. Ministério da Saúde. Resolução Ministerial. nº 247-2018 – MINSA. "**Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018 - 2020**". 2018.

Disponível em:

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/187917/187412_R.M_247-2018-MINSA.PDF20180823-24725-behrrf.PDF?v=1672777107.

PORTUGAL. **Programa Nacional de Saúde Escolar 2015**. Norma da Direção-Geral da Saúde. n. 15/2015. 12 ago. 2015. 2015. Disponível em: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar-2015.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2022.

REUTER, A.; HUGHES, J.; FURIN, J. Challenges and controversies in childhood tuberculosis. **Lancet**, [S.l.], v. 394, n. 10202, p. 967-978, set., 2019. DOI:

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32045-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32045-8). Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31526740/>. Acesso em: 25 jan. 2023.

RODRIGUEZ-MARTINEZ, C. E.; RODRIGUEZ, D. A.; NINO, G. Respiratory syncytial virus, adenoviruses, and mixed acute lower respiratory infections in children in a developing country. **J Med Virol**, v. 87, n. 5, p. 774-81, 2015. DOI:

<https://doi.org/10.1002/jmv.24139>. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5529163/pdf/nihms882417.pdf>.

Acesso em: 02 mar. 2023.

SATO, D. L. **Yoga na escola**. Monografia (Graduação em Educação Física) – Universidade de Taubaté, São Paulo, 2019, p. 41. Disponível em:

<http://repositorio.unitau.br/jspui/handle/20.500.11874/531>. Acesso em: 30 jan. 2023.

SCHMITZ, B. A. S. *et al.* Overweight and obesity related factors in schoolchildren in Santa Catarina State, Brazil. **Arch Latinoam Nutr.**, [S.l.], v. 60, n. 4, p. 332-9, dez., 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21866682/>. Acesso em: 18 jan. 2023.

SILVA, M. R. I. *et al.* Processo de Acreditação das Escolas Promotoras de Saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 475-486, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.23862016>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/3cNYjLpv4TJ63T979rkzVmC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2023.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Levels and trend in child malnutrition: key findings of the 2019**. Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates. Geneva: World Health Organization; 2019.

URUGUAI. Ministério da Saúde Pública. **Estrategia nacional de promoción de la salud. Plan nacional de promoción de la salud y prevención y control de las enfermedades crónicas no trasmisibles plan nacional de escuelas promotoras de salud. Promoción de la alimentación saludable en niños, niñas y adolescentes.** Recomendações de boas práticas para a implantação de cantinas e quiosques saudáveis em instituições educativas. Mar. 2014, p. 75. 2014. Disponível em:

<https://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/recomendaciones.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola:** um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004, p. 154. Disponível em:

https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/publico/tese_marina.pdf. Acesso em: 29 jan. 2023.

ANEXO III: ARTIGO 2: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UMA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

RESUMO

Estudos e avaliações do Programa Saúde na Escola (PSE) revelam fragilidades, especialmente no desenvolvimento de ações assistenciais, voltadas para o aspecto biológico. Este estudo objetiva identificar, descrever e analisar as atividades do PSE na macrorregião Oeste do Paraná, a partir dos princípios da integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde. Para tanto, foi desenvolvido estudo de natureza exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa com profissionais de saúde da Macrorregião Oeste do estado do Paraná. Os dados quantitativos foram obtidos por meio de questionário com perguntas fechadas. Participaram 59 profissionais, a maioria enfermeiros: 30 atuaram do ciclo 2017-2018 e 26, do ciclo 2021-2022. Os dados foram sistematizados e distribuídos em frequências absolutas e relativas, destacando-se as ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, verificação e atualização da situação vacinal, promoção da alimentação saudável, bem como prevenção da obesidade infantil nos dois ciclos estudados. Conclui-se que o PSE deve ser fortalecido como política de promoção da saúde, articulando ações integrais e intersetoriais.

Palavras-chave: profissional de saúde; promoção da saúde escolar; integralidade em saúde; política intersetorial; serviços de saúde escolar.

INTRODUÇÃO

As ações voltadas à saúde de escolares, ao longo dos anos, foram se construindo e ganhando diferentes contornos. No Brasil, estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis (GONÇALVES *et al.*, 2008).

Na contemporaneidade, no ambiente escolar, são programadas ações de promoção e prevenção da saúde, encontro entre saberes e práticas de profissionais da saúde e educação, alicerçados em uma concepção ampliada do processo saúde-doença e da educação, para que as atividades permitam aos escolares serem sujeitos na reprodução de um contexto de vida saudável (RODRIGUES *et al.*, 2020).

O Decreto Presidencial nº 6.286/2007 instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) como uma política pública, organizado em parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC) (BRASIL, 2007), baseado na

articulação entre escola pública e rede básica de saúde. Assim, configura-se em estratégia de integração entre os setores para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas de saúde e educação (BRASIL, 2014).

Sua implantação pressupunha que os profissionais de saúde se percebessem mediadores na relação educação e saúde, desde o contato entre escolares e equipes de saúde, de forma que essa aproximação pudesse articular a apropriação de conhecimentos científicos trabalhados na escola e modos de vida saudáveis (SANTIAGO *et al.*, 2012).

Dentre as dimensões do PSE, destacam-se as atividades elaboradas pela atenção primária, ampliando possibilidades de assistência à saúde e desenvolvendo métodos educativos que ultrapassem os convencionais. Nesse sentido, é possível oferecer possibilidades de melhoria nos atendimentos prestados pelas equipes de saúde (SANTIAGO *et al.*, 2012).

Assim, como direcionamento para as atividades do PSE, foram estruturados 3 componentes: Componente I - voltado para a avaliação das condições de saúde dos escolares; Componente II - com enfoque na promoção da saúde e prevenção de agravos e; Componente III - abrangendo as atividades de formação dos profissionais atuantes (BRASIL, 2015).

Destarte, esses componentes, ao longo do desenvolvimento do programa, evidenciaram algumas fragilidades, dentre os quais, o enfoque em ações biomédicas, voltadas a problemas pontuais da saúde escolar, com a centralização na saúde física dos estudantes, como: avaliação da saúde bucal, auditiva, ocular, mental, verificação da situação vacinal, ou, ainda, a detecção precoce de hipertensão arterial, enfocados no Componente I. Com relação à promoção da saúde, apontada pelo Componente II, as ações tinham como foco a alimentação saudável, atividade física, prevenção de violências, saúde sexual e reprodutiva, além da prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas (BUENO, 2020).

A partir de 2012, novos alinhamentos foram realizados de modo a identificar e pontuar quais ações seriam realizadas em cada componente do PSE, mudança que iniciou pela alteração dos títulos dos componentes, retirada da detecção da hipertensão do Componente I e a inclusão das ações de temas, como promoção da cultura de paz e direitos humanos, saúde mental e saúde ambiental no Componente II (BRASIL, 2015; BRASIL, 2013b).

Assim, a partir do ano de 2013, estabeleceram-se ações essenciais do Programa, contemplando 12 ações: ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; prevenção da violência e dos acidentes; identificação dos educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor; verificação da situação vacinal; segurança alimentar e nutricional, da alimentação saudável e prevenção da obesidade; promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; direito sexual e reprodutivo, bem como prevenção de IST/AIDS; promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (BRASIL, 2017a). Recentemente, com o advento da pandemia, uma décima terceira ação foi incluída às ações do PSE: prevenção da Covid-19 (BRASIL, 2020b).

Destarte, se, na escola, há dificuldades no enfrentamento das condições de saúde que podem acometer os alunos, pelo lado da saúde, as dificuldades mostram-se por não considerar a escola como integrante da atenção primária, ou por adentrar nela levando consigo percepções biologicistas que não contribuem com a superação das condições encontradas nesses ambientes (MELLO, 2018). Dessa forma, fragmenta-se o cuidado prestado e estão alicerçadas no modelo preventivista, direcionado para o risco biológico na definição das ações a serem implementadas (LOPES, NOGUEIRA; ROCHA, 2018).

Com base nisso, o PSE possui, como alicerces que sustentam e que direcionam a sua implementação, a intersetorialidade; a estruturação pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se a integralidade, a fim de contemplar a atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde, princípios articuladores das iniciativas de políticas para o ambiente escolar. Isso permite a ampliação da troca de saberes entre diferentes categorias e setores de atuação dos profissionais, com vistas à atenção integral à saúde dos estudantes (BRASIL, 2007).

Contudo, há a primazia do setor de saúde, pois a maioria das legislações emanam do MS e referiam-se ao financiamento. Outrossim, a promoção da saúde não se constitui como elemento central do programa, destacando-se a ênfase em fatores comportamentais em detrimento dos fatores de ordem contextual; a preponderância

do setor saúde reflete uma compreensão que difere do conceito ampliado de saúde, limitando a intersetorialidade (CAVALCANTI, LUCENA; LUCENA, 2015).

Os estudos sobre o PSE são recentes e ganham espaço no Estado do Paraná (PR). Dentre os já realizados, identificam-se pesquisas no Oeste do PR, com foco nas ações do PSE (MELLO, 2018); além disso, há a implantação do programa em municípios que contemplam a 10ª Regional de Saúde (BAGGIO, *et al.*, 2018); como esses municípios implementam as atividades propostas nos componentes do PSE (RODRIGUES *et al.*, 2020); percepção de profissionais da educação e saúde em região de tríplice fronteira (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2017); percepção de gestores atuantes em municípios paranaenses localizados na região Oeste em relação ao Programa (SILVA *et al.*, 2022) e sobre a percepção dos professores das escolas estaduais e municipais (MORAES *et al.*, 2018).

Assim, a escola é um dos lugares onde as crianças passam grande parte de suas vidas, sendo fundamental levar em consideração a influência que essa instituição exerce sobre elas, por meio da aquisição de conhecimentos, hábitos e autonomia para o autocuidado. Baseado no exposto, questiona-se: o PSE foi incorporado, em sua plenitude, a uma macrorregião de saúde do PR como inerente ao trabalho dos profissionais de saúde na atenção primária à saúde? O objetivo é identificar, descrever e analisar as atividades do PSE na macrorregião Oeste do Paraná, a partir dos princípios da integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde.

Espera-se conhecer as ações de atenção à saúde escolar nos municípios que compõem a Macrorregião Oeste do Estado, o que pode contribuir para a identificação de possíveis caminhos que fortaleçam essa ação, em especial, após a criação do PSE.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratória, descritiva a partir da análise de dados quantitativos decorrentes de pesquisa de campo realizado em cinco regionais de saúde da Macrorregião Oeste do Estado do PR, com população estimada de 1.881.354 pessoas (IBGE, 2020).

Participaram profissionais das equipes de saúde lotados em Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, dos municípios que pactuaram o ciclo 2017-2018 e desenvolveram o PSE antes da pandemia, e 2021-2022 do PSE, correspondente ao período da pandemia da Covid-19. Assim, de um total de 94 municípios (IBGE, 2020), 83 aderiram ao respectivo ciclo que os habilitou ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso, quando pactuaram 165.603 e 279.070 alunos, respectivamente (BRASIL, 2017b).

Já com relação ao ciclo 2021-2022, todos os municípios que estão situados na Macrorregião objeto do estudo realizaram a pactuação e receberam o aporte financeiro para o desenvolvimento das atividades de acordo com a quantidade de escolares pactuados, os quais foram 279.070 alunos da rede pública de ensino (BRASIL, 2022),

Atuavam nos municípios, em dezembro de 2018, 6.966 profissionais de saúde e, em dezembro de 2021, 8.209 (DATASUS, 2021). Enviou-se instrumento de coleta, autoaplicável, para preenchimento on-line por meio do *Google Forms*®, composto por perguntas fechadas, pontuadas pela medida da Escala de Likert, por meio de níveis de discordância ou concordância; assim, são de caráter ordinal, simples, não medindo, portanto, o quanto uma atitude é mais ou menos favorável (GIL, 2008).

Os profissionais de saúde foram convidados a participar via e-mail enviado pelos gestores, considerando-se incluídos os que estiveram envolvidos na realização das atividades do PSE, bem como aceitaram responder ao questionário on-line mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no período de 24 de fevereiro de 2022 a 05 de julho de 2022.

O questionário foi construído com base no Caderno do Gestor do PSE (BRASIL, 2015) e conforme Portaria Interministerial nº 1.055 (BRASIL, 2017a), estruturado nos seguintes elementos: 1) Identificação do profissional; 2) Ações do PSE; 3) Formação dos profissionais que atuam no PSE; 4) Dificuldades para implantação do PSE; 5) Organização e desenvolvimento das ações do PSE; 6) Monitoramento e avaliação do PSE; 7) Adesão do PSE; 8) Intersetorialidade no PSE entre setor saúde e educação e outras áreas; 9) Identificação de problemas de saúde dos escolares e seguimento (integralidade); 10) Periodicidade das ações do PSE; 11) Avaliação do profissional quanto a sua atuação no PSE; 12) Identificação do profissional que atuou no PSE durante a pandemia da Covid-19; 13) Ações do PSE

desenvolvidas durante a pandemia. Nesse manuscrito, são apresentados os dados oriundos dos itens 1, 2, 12 e 13.

O instrumento de coleta de dados foi avaliado por cinco juízes especialistas da saúde por meio da validação de conteúdo (PASQUALI, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017), verificando sua clareza e pertinência. Os dados quantitativos foram inseridos em planilhas no *Microsoft Excel®*, para análise estatística descritiva simples, cálculo de frequência absoluta e frequência relativa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com parecer favorável nº 5.072.975 e CAAE: 52268421.0.0000.0107, em consonância às normas para pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2021).

RESULTADOS

Participaram 59 profissionais da saúde que atuavam na Macrorregião Oeste de Saúde do PR, sendo que desses: 50,8% (30) atuaram no PSE no ciclo 2017-2018; 60,0% (18) são enfermeiros (as); 13,3% (4) são nutricionistas; 10,1% (3) técnicos em Enfermagem; 6,7% (2) odontólogos; 3,3% (1) assistente social; 3,3% (1) educador físico; e 3,3% (1) agente comunitário de saúde. Desses, 66,7% (20) possuem especialização em alguma área de conhecimento; 13,3% (4) apresentam nível superior completo; 10,0% (3) mestrado; 6,7% (2) nível médio completo; e 3,3% (1) nível superior incompleto.

Tinham idade de 35 a 39 anos 36,7% (11); 20,0% (6), 45 a 49 anos; 16,7% (5), de 40 a 44 anos; 13,3% (4), de 25 a 29 anos; 10,0% (3), 30 a 34 anos; 3,3% (1), de 50 a 54 anos, sendo do sexo feminino 93,3% (28) e 6,7% (2) do sexo masculino.

O tempo de trabalho, na área entre 7 a 10 anos, 33,3% (10); 14 a 17 anos, 30,0% (9); 4 a 6 anos, 13,3% (4); de 18 a 21 anos, 10,0% (3); mais de 21 anos, 10,0% (3); e 1 a 3 anos, 3,3% (1). Quanto ao retorno das RS com relação ao questionário, a 10ª RS apresentou 30,0% (9); 08ª RS 19,8% (6); 07ª RS 16,6% (5); 09ª RS 16,6% (5); e 20ª RS 16,6% (5) dos pesquisados.

Durante o ciclo pandêmico 2021-2022, 44,1% (26) atuaram no PSE nesse período. Desses, eram enfermeiros (as) 61,5% (16); 7,7% (2) assistente social; 7,7%

(2) nutricionistas; 7,7% (2) agentes comunitários de saúde; 3,8% (1) odontólogos; 3,8% (1) educador físico; 3,8% (1) fisioterapeuta; 3,8% (1) farmacêutico.

O sexo feminino foi representado por 92,3% (24); e 7,7% (2) do sexo masculino. A maioria 69,2% (18) possuem especialização em alguma área de conhecimento; 26,9% (7) têm nível superior completo; e 3,8% (1), nível médio completo.

Verificou-se a idade de 28 a 29 anos, com 34,6% (9); 23,1% (6) 40 a 44 anos; 11,5% (3) 35 a 39 anos; 11,5% (3) 30 a 34 anos; 11,5% (3) 45 a 49 anos; 3,8% (1) 50 a 54 anos; 3,8% (1) 20 a 24 anos. O tempo de trabalho na área representou entre 1 a 3 anos, com 23,1% (6) dos profissionais; seguido de 19,2% (5) de 4 a 6 anos; 15,4% (4) de 7 a 10 anos; 15,4% (4) de 11 a 13 anos; 11,5% (3) com mais de 21 anos; 7,7% (2) de 14 a 17 anos; 3,8% (1) de 18 a 21 anos; 3,8% (1) menos de 1 ano.

A Tabela 1 mostra as 12 ações desenvolvidas no PSE no ciclo 2017-2018 e 2021-2022. Observa-se que a participação dos profissionais de saúde nas escolas no ciclo 2021-2022 foi menor para todas as ações pactuadas em decorrência da pandemia da Covid-19.

Quanto aos locais de realização das ações, observa-se que o ensino fundamental foi mais abrangido pelos profissionais de saúde entrevistados, sendo que, para praticamente todas as ações realizadas, mais de 80% dos participantes informaram que interagiram com as turmas desse segmento. Essa situação pode estar relacionada ao fato de que a educação fundamental, especialmente até o quinto ano, é assumida, no Paraná, pelo município e isso aproxima os profissionais de saúde e os das escolas, que têm o mesmo gestor, o que não se observa nas séries finais da educação básica, que é de responsabilidade do executivo estadual.

Destacaram-se ações com indivíduos na pré-escola, especialmente no que se refere às de verificação da situação vacinal, promoção de alimentação saudável e obesidade infantil, promoção da saúde auditiva e bucal.

As ações realizadas em maior número e com todas as faixas etárias foram as de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, verificação e atualização da situação vacinal e promoção da alimentação saudável, bem como prevenção da obesidade infantil, nos dois ciclos estudados.

Salienta-se que as ações de prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas foram 73,3% (22); prevenção das violências e dos acidentes, representaram 66,7% (20); direito sexual, reprodutivo e prevenção de IST/AIDS, 86,7% (26); promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de

alteração, foram 66,7% (20), as quais estiveram em maior quantidade no ciclo 2017-2018.

Apesar de pouco frequente, as universidades foram citadas como locais de realização das ações, assim como as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae).

Tabela 1 – Caracterização das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), desenvolvidas pelos profissionais de saúde no ciclo 2017-2018 (n=30) e durante o ciclo 2021-2022 (n=26), Cascavel, PR, 2022.

Ações	N=30		N=26	
	Ciclo 2017-2018	%	Ciclo 2021-2022	%
I- Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>:				
Sim	27	90,0%	20	76,9%
Não	3	10,0%	6	23,1%
Se sim, em que locais:				
Creches	14	51,9%	12	60,0%
Pré-escola	20	74,1%	13	65,0%
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	23	85,2%	19	95,0%
Ensino médio	12	44,4%	11	55,0%
Outros: Apae	-	-	1	5,0%
II- Promoção das práticas corporais, tais como da atividade física e de lazer nas escolas:				
Sim	17	56,7%	12	46,2%
Não	13	43,3%	14	53,8%
Se sim, em que locais:				
Creches	9	52,9%	8	66,7%
Pré-escola	15	88,2%	11	91,7%
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	15	88,2%	10	83,3%
Ensino médio	5	29,4%	6	50,0%
Outros: Apae	-	-	1	8,3%
III- Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas:				
Sim	22	73,3%	8	30,8%
Não	8	26,7%	18	69,2%
Se sim, em que locais:				
Creches	5	22,7%	3	37,5%
Pré-escola	7	31,8%	4	50,0%
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	20	90,9%	7	87,5%
Ensino médio	12	54,5%	4	50,0%
Outros: Apae	-	-	1	12,5%
IV- Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos:				
Sim	15	50,0%	9	34,6%
Não	15	50,0%	17	65,4%
Se sim, em que locais:				
Creches	3	20,0%	3	33,3%
Pré-escola	5	33,3%	6	66,7%
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	12	80,0%	8	88,9%
Ensino médio	8	53,3%	3	33,3%
Outros: Apoio as atividades das unidades de saúde	1	6,7%	-	-

V- Prevenção das violências e dos acidentes:

Sim	20	66,7%	11	42,3%
Não	10	33,3%	15	57,7%

Se sim, em que locais:

Creches	6	30,0%	5	45,5%
Pré-escola	14	70,0%	8	72,7%
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	19	95,0%	10	90,9%
Ensino médio	10	50,0%	5	45,5%
Outros: Apae	-	-	1	9,1%

VI- Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação (Hanseníase, Esquistossomose, Filariose linfática, Geohelmintíases, Oncocercose e Tracoma):

Sim	11	36,7%	4	15,4%
Não	19	63,3%	22	84,6%

Se sim, em que locais:

Creches	8	72,7%	3	75,0%
Pré-escola	9	81,8%	2	50,0%
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	11	100,0%	3	75,0%
Ensino médio	4	36,4%	2	50,0%

VII- Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor:

Sim	20	66,7%	11	42,3%
Não	2	6,7%	6	23,1%
Não faz parte de minhas atribuições	8	26,7%	9	34,6%

Se sim, em que locais:

Creches	12	60,0%	8	72,7%
Pré-escola	17	85,0%	11	100,0%
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	17	85,0%	8	72,7%
Ensino médio	6	30,0%	3	27,3%

VIII- Verificação e atualização da situação vacinal:

Sim	29	96,7%	22	84,6%
Não	1	3,3%	4	15,4%

Se sim, em que locais:

Creches	25	86,2%	18	81,8%
Pré-escola	27	93,1%	18	81,8%
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	23	79,3%	18	81,8%
Ensino médio	16	55,2%	11	50,0%
Outros: apoio em projetos de universidades	1	3,4%	-	-
Outros: Apae e ensino em universidades	-	-	2	9,0%

IX- Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil:

Sim	24	80,0%	20	76,9%
Não	6	20,0%	6	23,1%

Se sim, em que locais:

Creches	20	83,3%	16	80,0%
Pré-escola	21	87,5%	17	85,0%
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	21	87,5%	17	85,0%
Ensino médio	10	41,7%	11	55,0%
Outros: Apae	-	-	1	5,0%

X- Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração:

Sim	14	46,7%	5	19,2%
-----	----	-------	---	-------

Não	16	53,3%	21	80,8%
Se sim, em que locais:				
Creches	12	85,7%	3	60,0%
Pré-escola	14	100,0%	4	80,0%
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	13	92,9%	5	100,0%
Ensino médio	4	28,6%	2	40,0%
XI- Direito sexual, reprodutivo e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs):				
Sim	26	86,7%	15	57,7%
Não	4	13,3%	11	42,3%
Se sim, em que locais:				
Creches	3	11,5%	3	20,0%
Pré-escola	5	19,2%	4	26,7%
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	21	80,8%	9	60,0%
Ensino médio	17	65,4%	11	73,3%
Outros: apoio as atividades das unidades de saúde e projetos de universidades que realizaram atividades	1	3,8%	-	-
Outros: Apae e universidades; projetos on-line	-	-	2	13,4
XII- Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração:				
Sim	20	66,7%	6	23,1%
Não	10	33,3%	20	76,9%
Se sim, em que locais:				
Creches	10	50,0%	2	33,3%
Pré-escola	14	70,0%	4	66,7%
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	19	95,0%	5	83,3%
Ensino médio	8	40,0%	1	16,7%

Fonte: Dados coletados no estudo (2022).

DISCUSSÃO

Em dezembro de 2019, com o advento da pandemia causada pelo Coronavírus, diversas ações foram adotadas para conter o avanço da doença ou diminuir a transmissão de novos casos; o isolamento social, uma das principais medidas, exigiu o fechamento das escolas, de maneira que o processo de ensino-aprendizagem ocorreu de forma remota (BRASIL, 2020). Na saúde, o foco foi a epidemia, secundarizando as demais ações para evitar o colapso do sistema. Apesar disso, as ações do PSE foram desenvolvidas, bem como no ciclo anterior à pandemia.

A obesidade e sobrepeso têm se colocado como problema no ambiente escolar. Identificá-los pode ajudar a estabelecer medidas de promoção da saúde e de prevenção que contribuam com o crescimento e desenvolvimento esperado dos escolares (SOUZA; BENNERMAN, 2013).

Globalmente, foi considerada um problema de saúde pública que vem aumentando em todas as faixas etárias, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (DI CESARE *et al.*, 2019). Em crianças e adolescentes, o elevado consumo de refrigerantes (MARTIN-CALVO *et al.*, 2014) e de produtos ultraprocessados, com grande densidade energética e baixo teor de nutrientes, tem sido associado ao excesso de peso (CANELLA *et al.*, 2014).

Estudos mostram que, se há obesidade na infância e adolescência, há maior possibilidade de continuidade na vida adulta (CASTRO *et al.*, 2016), além do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Assim, a promoção da alimentação adequada e saudável torna-se uma estratégia para enfrentar deficiências nutricionais e obesidade.

A supervisão dos pais é de extrema relevância no que tange à prevenção de comportamentos de risco em crianças e adolescentes, tanto com relação ao consumo de alimentos quanto à prática de exercícios físicos (MALTA *et al.*, 2011).

Dados da PeNSE (2019) retratam que 97,3% dos escolares brasileiros, de 13 a 17 anos, consumiram, ao menos, um alimento ultraprocessado no dia anterior à pesquisa, sendo os biscoitos salgados o alimento mais consumido (49,3%) e iogurte com sabor o menos consumido (16,4%). Estimou-se que 59,0% dos escolares brasileiros de 13 a 17 anos alimentaram-se de feijão em cinco ou mais dias na semana anterior à pesquisa. Outrossim, as proporções atingiram 32,8% para guloseimas doces, 28,8% para legumes e verduras, 26,9% para frutas frescas e 17,2% para refrigerantes. A PeNSE identificou que 3% dos escolares de 13 a 17 anos consumiram café da manhã cinco ou mais dias na semana. O hábito de almoçar ou jantar com os pais foi indicado por 70,0%, sendo que 72,0% informaram comer simultaneamente à realização de outra atividade e 5,9% comem em *fast-food* três dias ou mais na semana (IBGE, 2019).

Assim, o sistema de saúde e de educação deve fortalecer os laços da intersetorialidade para a implementação das ações necessárias para o seu enfrentamento, tais como a prática de atividades físicas desde a escola, o incentivo e a oferta de alimentação saudável, que estimule bons hábitos alimentares, e a introdução dos conteúdos sobre alimentação saudável no currículo escolar (MELLO *et al.*, 2019).

Aliada à alimentação, a saúde bucal exige estratégias de educação em saúde, com foco na promoção de saúde. Por isso, as avaliações de inspeção bucal não

devem se restringir ao exame individual, mas apresentar um diagnóstico situacional que mapeie os principais fatores de risco, entre eles, a alimentação, o consumo de açúcar, as condições de higiene cotidianas e os possíveis acidentes no ambiente escolar (BRASIL, 2016).

Em estudo no Rio Grande do Sul, 45,5% dos escolares de 5 a 15 anos apresentaram dentes cariados. Desses, 74,5% receberam informações sobre higiene bucal na escola que frequentavam, mas 40% das crianças de 7 a 14 anos não recebiam supervisão de seus responsáveis quanto à escovação dentária nos domicílios (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

A frequência recomendada de escovação dos dentes varia entre duas e três vezes ao dia, com ênfase nas escovações da manhã e antes de ir dormir (SBP, 2018). Estudo com escolares de 13 a 17 anos, 68,6%, identificou que a frequência diária de escovação é igual ou superior a três vezes (IBGE, 2019). Contribui, dessa forma, para a prevenção e para o controle da cárie dentária; a fluoretação da água constitui-se como um método seguro, barato e eficaz. A disparidade entre as condições de saúde bucal nas regiões do Brasil revela a necessidade da fluoretação, essencialmente em regiões menos desenvolvidas (GARBIN *et al.*, 2017). Mostra, dessa forma, que saúde bucal exige ações intersetoriais, além da continuidade das ações educativas.

No que concerne à vacinação, no Brasil, é/era considerada uma das mais relevantes e consolidadas intervenções em saúde pública; uma das principais estratégias de promoção e proteção da saúde, bem como de prevenção das doenças imunopreveníveis (SOUZA; GANDRA; CHAVES, 2020). Contudo, na faixa etária de 10 a 19 anos, o estudo mostrou cobertura de 36,2% (PEREIRA *et al.*, 2013). As coberturas vacinais vêm caindo no país por questões culturais, econômicas, ideológicas; assim, doenças, até então eliminadas, estão reincidindo. Diante dessa situação, faz-se necessária a implementação de estratégias para aumentar a cobertura vacinal (SOUZA; GANDRA; CHAVES, 2020), dentre as quais, o PSE, por isso, verificações frequentes nos cartões de vacina dos escolares, visitas nos domicílios, repasse de informações via meios de comunicação tornam-se estratégias que, além de sensibilizar a ampliação da cobertura, promovem o autocuidado da população.

Com a chegada da pandemia, houve queda considerável na cobertura de vacinas em crianças. Conforme evidenciam as pesquisas, ao menos 900 mil crianças não foram vacinadas no país em 2021, embora as vacinas sejam disponibilizadas de

forma gratuita em Unidades Básicas de Saúde (UBS); tal fato pode ser atribuído ao distanciamento social (ZORZETTO, 2022).

Entretanto, a vacinação foi o principal motivo (27,3%) apontado pelos escolares na última vez em que buscaram por uma UBS, sendo que 76,1% das meninas de 13 a 17 anos foram vacinadas contra o Papilomavírus Humano (IBGE, 2019).

Dessa forma, a vacinação é um dos temas que deve ser desenvolvido com escolares. Crianças e adolescentes são agentes de saúde, corroboram a divulgação no ambiente familiar do que aprenderam na escola; são elementos formadores de opinião em casa. Assim, é importante que escola, família e equipe de saúde trabalhem em conjunto a prevenção das doenças pela imunização (BRASIL, 2012).

A visão é um dos fatores mais relevantes no aprendizado escolar (MOREIRA NETO; MOREIRA; MOREIRA, 2014), assim, a triagem oftalmológica, por meio da realização do teste de acuidade visual em escolares deve ser realizada de forma efetiva, pois é de fácil execução e confiabilidade, devendo fazer parte de programas em escolas (COELHO *et al.*, 2010; FERNANDES; KÖPTCKE, 2021), tal como nas ações desenvolvidas pelo PSE. Contudo, a investigação por oftalmologistas torna-se muito dispendiosa, com isso, a aplicação da triagem visual por pessoal não médico e treinado é alternativa viável (COELHO *et al.*, 2010).

Em estudo com 143 escolares, 38 (26,6%) foram encaminhados ao serviço especializado de oftalmologia e, entre os sintomas mais frequentes, destacam-se: franzir de testa (11,9%), inquietação (11,2%) e piscar excessivo (9,1%) (SCHUMAHER; GASPARETTO, 2016). Mostra-se, dessa maneira, a necessidade de avaliação, além de encaminhamento oportuno e precoce de estudantes com alterações oftalmológicas, contribuindo positivamente para a redução das possibilidades de influenciar o seu processo de ensino-aprendizagem, visto que, muitas vezes, no ambiente doméstico, as crianças, adolescentes e seus familiares não têm a percepção da dificuldade visual, o que ocorre a partir do ingresso na escola.

O PSE envolve diversas ações, como já apresentado, e o combate ao mosquito *Aedes aegypti* faz parte desse compromisso que os setores de saúde e educação têm com os escolares; assim, são desenvolvidas atividades de educação em saúde, para conhecimento e detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente, que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde (WEERATUNGA *et al.*, 2017).

Estudo realizado em Natal/RN identificou que atividades de promoção da saúde, como as ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti* (33,0%), foram as mais desenvolvidas com os escolares (MEDEIROS *et al.*, 2021). Ações dessa temática no ambiente escolar, quando associadas a atividades de educação em saúde ambiental, viabilizam a promoção de ambientes saudáveis (SOUZA; MACHADO; SOUZA, 2019).

No que concerne à promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer, a atividade física é uma importante aliada à saúde, especialmente na prevenção de distúrbios do peso corpóreo, como a obesidade e doenças cardiovasculares nos escolares e na vida adulta.

As práticas corporais são atividades coletivas e/ou individuais realizadas de forma sistemática ou pontuais por meio de atividades, a saber, dança, lutas marciais, jogos, brincadeiras, dentre outras. Consiste em movimento corporal com gasto energético, ou seja, um gasto de energia maior do que ocorre quando se está em repouso, como subir e descer escada ou o trajeto a pé até a escola. Ademais, o lazer está relacionado ao tempo que se tem para fazer o que dá prazer, como ler, caminhar no parque, dentre outros (SANTOS *et al.*, 2020).

Estudos sobre o tema indicam que a atividade física regular contribui e melhora as habilidades cognitivas (SCHOMOLESKY; WEBB; HANSEN, 2013), além disso, é indicada a prática de exercício físico diário por uma hora (SBP, 2016).

A porcentagem de escolares ativos é estatisticamente maior do que a de não ativos nas atividades: caminhar (68,1%); com bola (67,8%); domésticas (63,5%); nadar (62,8%); brincar com animais (60,2%); pedalar (59,2%) e dançar (56,3%) (PINHEIRO *et al.*, 2017). Contudo, cerca de 28,1% dos escolares eram fisicamente ativos (realizaram 300 minutos ou mais de atividades físicas na semana anterior à pesquisa); considera-se que a atividade física pode ser o deslocamento entre casa e escola, as aulas de educação física na escola e as atividades físicas extraescolares (IBGE, 2019).

Outra situação trabalhada nas ações do PSE é a prevenção das violências e dos acidentes no ambiente escolar, sendo um tema bastante diverso, em que são consideradas as características de percepção de segurança e de respeito às práticas de segurança no trânsito, como as ações relacionadas aos aspectos de vitimização e de violência.

A violência pode ser definida como uma ação intencional que interfere na integridade física, cultural ou moral do indivíduo ou de um grupo de indivíduos,

relacionando-se a aspectos culturais, políticos, econômicos e psicossociais; possui várias características e formas de apresentação, dentre elas, pode-se destacar a violência doméstica, política, policial, no trânsito, nas escolas, contra as crianças, contra mulheres, autoinfligida, dentre outras (MINAYO, 2020).

Os acidentes são definidos como eventos não intencionais, causados por agentes externos, os quais podem resultar em danos físicos, materiais e/ou psicológicos. Esses eventos, quando ocorridos na infância, podem provocar danos temporários ou permanentes para a vida adulta, como sequelas físicas e emocionais (MAIA *et al.*, 2012). Acidentes ocorridos no ambiente escolar, como cortes profundos, sangramentos, entorses, fraturas de membros superiores e inferiores, fraturas expostas, queimaduras, choques contra objeto/pessoa, avulsão dentária, dentre outros, são os exemplos mais comuns (CARMO *et al.*, 2017).

Os atendimentos decorrentes de agressões, praticadas contra crianças e adolescentes em idade escolar, que foram avaliados, foi de 24,4%, no ano de 2017 (SCHLESNER; BASSAN, 2022). Nesse sentido, salienta-se a necessidade de políticas públicas que visam à sua prevenção no ambiente escolar e à diminuição da violência, tanto dentro da escola quanto nos ambientes externos a ela.

A abordagem das boas práticas no trânsito não corresponde apenas às leis do Código de Trânsito Brasileiro, mas também às atitudes preventivas de valorização da vida, como a conscientização do uso do cinto de segurança (FURTADO; PROSCÊNCIO, 2016). Isso porque 32,1% dos escolares nunca ou raramente usaram cinto de segurança, seja no banco da frente ou no banco de trás; além disso, 33,0% dos escolares de 13 a 17 anos relataram ter conduzido algum veículo motorizado nos 30 dias anteriores à pesquisa, ou seja, menores não habilitados conduzindo veículos automotores (IBGE, 2019). Recentemente, com os ataques violentos à comunidade escolar, o PSE deverá ser fortalecido para aliar-se aos demais setores, contribuir com a harmonização do ambiente escolar e prevenção de novos ataques.

Outro item que merece destaque é o consumo de bebidas alcoólicas e o uso do celular na condução de veículos, em que o percentual de escolares que andaram em veículo motorizado, cujo condutor havia ingerido bebida alcoólica, foi de 27,1% (IBGE, 2019). Isso aumenta, assim, o risco de acidentes de trânsito (RIOS *et al.*, 2020).

Com relação à segurança no trajeto do domicílio até a instituição de ensino, 11,6% dos escolares de 13 a 17 anos deixaram de ir à escola porque não se sentiam

seguros no trajeto da casa para a escola ou da escola para a casa. A agressão física, pelo pai, mãe ou responsável, foi relatada por 21,0% e 13,2% informaram que foram agredidos por amigos. Já com relação à violência sexual, 14,6% dos escolares de 13 a 17 anos alguma vez na vida foram tocados, manipulados, beijados ou passaram por situações de exposição de partes do corpo contra a sua vontade, sendo que 6,3% deles foram obrigados a terem relação sexual contra a vontade (IBGE, 2019).

Portanto, os resultados da PeNSE vão ao encontro dos obtidos nesta pesquisa, ao identificar, no ciclo 2021-2022, a baixa realização de atividades que contemplam a temática, o que pode repercutir na saúde dos escolares, em aspectos fundamentais para subsidiar políticas públicas de prevenção e promoção da saúde.

Cabe destacar que a escola é espaço de aprendizagem e de socialização dos alunos; uma instituição que deve garantir e preservar os direitos humanos dos escolares, porém, com o crescimento da violência nas escolas, preocupa o fato das escolas deixarem de ser um lugar protegido de conflitos (DEBARBIEUX; BLAYA, 2002), bem como ambiente para o uso de substâncias lícitas e ilícitas.

A prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas, contemplada nas ações do PSE, tem como objetivo a identificação de comportamentos considerados de risco entre os escolares, além do estabelecimento de medidas de promoção à saúde antecipadamente.

Estudo realizado com dirigentes de escolas públicas e privadas, das cinco regiões brasileiras, mostrou que 51,1% das escolas possuíam programa de prevenção ao uso de drogas, cujas ações eram prevalentes para alunos do ensino fundamental II (6º ao 9º ano) (PEREIRA; SANCHEZ, 2020).

O uso do tabaco, do álcool e de drogas ilícitas configura comportamento de risco, comumente iniciado em idade precoce, ou seja, ainda em idade escolar, de maneira que se estendem por toda vida. O uso de substâncias na adolescência é um forte preditor para o abuso de substâncias, insucesso escolar, problemas de saúde, ocasionando o aumento da utilização de serviços de saúde e necessidade de tratamento, como as DCNT (KINGSTON *et al.*, 2017).

Os escolares relatam que fumaram cigarro, pela primeira vez, antes dos 14 anos (11,1%), e os locais mais frequentes para compra foram loja, bar, botequim, padaria ou banca de jornal, representado por 37,55% (IBGE, 2019). Isso demonstra a facilidade na aquisição e a fragilidade das políticas públicas voltadas à proibição de

drogas lícitas a menores de 18 anos no país, indicando a necessária atuação intersetorial para enfrentar o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas entre escolares.

O uso abusivo de álcool é fator de risco para aumento das DCNT e de agravos, como acidentes e violência. Assim, muitas vezes, é utilizado em períodos de socialização e por algumas pessoas para lidar com problemas emocionais e de difícil resolução. Escolares de 13 a 17 anos (34,6%) tomaram a primeira dose de bebida alcoólica com menos de 14 anos (IBGE, 2019). Já as drogas ilícitas, são substâncias psicoativas, cuja produção, venda ou uso é proibida no Brasil (BRASIL, 2019). O uso intenso de *cannabis* (maconha) está relacionado a uma série de problemas, incluindo comprometimento cognitivo, baixo desempenho escolar, deterioração e abandono, externalização de problemas, como agressividade e delinquência, e problemas de internalização, como depressão e ansiedade (CURRIE *et al.*, 2012).

Outro tema afeito ao PSE é a educação sexual na adolescência. A importância do trabalho sobre o desenvolvimento da sexualidade e conteúdos relativos ao conhecimento biológico são preconizados pelas políticas públicas de saúde. O conhecimento sobre doenças e sua prevenção, métodos contraceptivos, empoderamento e direitos sexuais e reprodutivos, além de autoconhecimento sobre as transformações corpóreas fisiológicas que ocorrem durante a fase da adolescência, devem ser pensados e formulados para a criação de reflexões e acesso ao conhecimento (SAITO; LEAL, 2018). Contudo, a iniciação sexual na idade escolar exige orientação, pois 35,4% deles, de 13 a 17 anos, tiveram relação sexual alguma vez (39,9% dos meninos e 31,0% das meninas) (IBGE, 2019). Esses são resultados que reiteram a importância de políticas mais abrangentes voltadas para a saúde e educação sexual dos adolescentes (SPINOLA, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2015). Ainda mais, quando se considera que nem todos fazem uso de preservativo (IBGE, 2019), expondo-se à gravidez precoce e à ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis.

As ações de promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; e promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos, foram as menos realizadas e sugerem questionar quais as dificuldades ou motivos para a pouca realização.

CONCLUSÕES

Evidencia-se, por meio do estudo, que as ações do PSE, desenvolvidas em uma macrorregião de saúde no ciclo 2017-2018, apresentam fragilidades, no que se destaca ao enfoque das ações principalmente com indivíduos na pré-escola, especialmente no que se refere às de verificação da situação vacinal, promoção de alimentação saudável e obesidade infantil, promoção da saúde auditiva e bucal. Isso demonstra o paradigma do modelo biomédico, fragmentado e curativista, não considerando os múltiplos aspectos do processo de desenvolvimento infantil e escolar.

No ciclo pandêmico que envolveu o período 2020-2021, observou-se que as ações foram realizadas de maneira insuficiente, o que pode ser justificado devido ao período de isolamento social, em que as unidades de saúde tiveram como foco o atendimento aos indivíduos adoecidos e, também, ao fechamento das escolas, em decorrência das orientações da OMS e demais autoridades de vigilância em saúde.

Destaca-se, no estudo, o pouco retorno de questionários por parte dos profissionais de saúde envolvidos no PSE na macrorregião de saúde, evidenciando-se a necessidade de medidas que estimulem os profissionais envolvidos no Programa a participar de pesquisas, que terão, como objetivos, traçar indicadores e potenciais fragilidades. Assim, buscam o desenvolvimento de políticas públicas de saúde com enfoque na saúde dos escolares.

Sugere-se o fortalecimento do PSE como política intersetorial de promoção da saúde, de maneira que ofereça ações integrais para que o ambiente escolar seja espaço de criação de culturas saudáveis em todas as dimensões da vida dos escolares e de suas famílias.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-6, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BAGGIO, M. A. *et al.* Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná: relato de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, [S. l.], v. 71, suppl. 4, p. 1540-7. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0188>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QZ5pxBh4HvMQ6fR7HfXXbkp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 08 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania; Ministério da Justiça e Segurança Pública. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 70-A, p. 7-12, 11 abril de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 234, p. 2, 06 de dezembro de 2007. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 29 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 343, de 17 março de 2020. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 53, p. 39, 18 março de 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20343-20-mec.htm. Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção de vidas mais saudáveis.** Comunicação e Educação em Saúde. Série F, n. 24. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_vidas_mais_saudaveis.pdf. Acesso em: 06 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do Gestor do PSE.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Passo a passo Programa Saúde na Escola (PSE).** Tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf. Acesso em: 07 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Semana Saúde na Escola.** Guia de Sugestões de Atividades. Brasília, DF, 2012, 78p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/semana_saude_escola_guia_sugestao_atividades.pdf. Acesso em: 25 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 2/2021**. Comissão Nacional em Ética em Pesquisa (CONEP). Assunto: Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, DF, 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 79, p. 36, 26 abril de 2017. 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.320, de 22 de junho de 2021. Define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e ao Crescer Saudável para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 117, p. 72, 24 de junho de 2021. 2021. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-1-320/>. Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017. Lista os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 202, p. 49-125, 20 outubro de 2017. 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2706_20_10_2017.html. Acesso em: 05 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Cadernos da Atenção Básica. Brasília, DF, 2009, 100p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**: passo a passo para adesão. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_passo_adexaoPSE2014.pdf. Acesso em: 04 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 1.071 de 1 de novembro de 2020. Altera atributos do procedimento 01.01.01.009-5 prevenção ao Covid-19 nas escolas da

tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 230, p. 73, 02 dezembro de 2020b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt1071_02_12_2020.html. Acesso em: 09 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 junho de 2013a.

Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos temáticos do PSE - Promoção da Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_bucal.pdf. Acesso em: 11 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.413 de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 10 julho de 2013b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS. **Painel de Adesões.**

Adesões pelo Brasil. PSE Ciclo 2021-2022. 2022. Disponível em:

<https://sisaps.saude.gov.br/pse/relatorio>. Acesso em: 05 ago. 2022.

BUENO, D. R. **A gestão federal e o fomento à participação juvenil em iniciativas de promoção à saúde nas escolas**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas de Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz - Escola Fiocruz de Governo, Brasília, 2020, p. 126. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/49740/denise_bueno_fiodf_mest_2020.pdf;jsessionid=E7FE36C9CDC0B0EF5C531AE5C86323CF?sequence=2.

Acesso em: 20 mar. 2023.

CANELLA, D. S. *et al.* Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). **PLoS One**, [S. l.], v. 9, n. 3, e92752, p. 1-6, 2014. DOI:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092752>. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3965451/pdf/pone.0092752.pdf>.

Acesso em: 13 fev. 2023.

CARMO, H. O. *et al.* Atitudes dos docentes de educação infantil em situação de acidente escolar. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, [S. l.], v. 7, n.: e1457 p. 1-7, jul./dez., 2017. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1457>. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908313>. Acesso em: 20 out. 2021.

CASTRO, G. G. *et al.* Qualidade de vida em crianças escolares com sobrepeso e obesidade. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 4, p. 287-291, out./dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.17058/cinergis.v17i3.8067>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8067>. Acesso em: 26 jan. 2023.

CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M. F.; LUCENA, P. L. C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387-402, ago./dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.2.21728>. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21728>. Acesso em: 29 maio 2021.

COELHO, A. C. O. *et al.* Olho vivo: acuidade visual das crianças e emprego do lúdico no cuidado. **Esc. Anna Nery**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 318-23, jun., 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000200015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/yBt3TvDZPvrVFpztHS8FNyD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 fev. 2023.

COSTA, G. M; FIGUEREDO, R. C; RIBEIRO, M. S. A importância do Enfermeiro junto ao PSE nas ações de educação em saúde em uma escola municipal de Gurupi - TO. **Rev Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 6, n. 2, abr. 2013. Disponível em: <https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/62/6.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2021.

CURRIE, C. *et al.* **Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study**: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: World Health Organization - WHO, Regional Office for Europe, n. 6, 2012. 252p. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). **CNES - Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - Segundo CBO 2002 – Paraná**. Maio. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02pr.def>. Acesso em: 06 jul. 2021.

DEBARBIEUX, E.; BLAYA, C. **Violência nas escolas**: dez abordagens europeias. Brasília, DF: Unesco Brasil, 2002, 268 p. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000128722>. Acesso em: 22 fev. 2023.

DI CESARE M. *et al.* The epidemiological burden of obesity in childhood: a worldwide epidemic requiring urgent action. **BMC Med**. London, v. 17, n. 212, p. 1-20. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1449-8>. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876113/pdf/12916_2019_Article_1449.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

FERNANDES, L. A.; KÖPTCKE, L. S. Análise da ação de saúde ocular do Programa Saúde na Escola no Brasil de 2014 a 2019: um estudo transversal*. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 30, n. 2:e2020339, p. 1-11. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-49742021000200008>. Disponível em:

<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v30n2/2237-9622-ess-30-02-e2020339.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2023.

FIGUEIREDO, M. C. *et al.* Condições de saúde bucal de escolares de zona rural do Rio Grande do Sul. **Revista Conexão UEPG**, Rio Grande do Sul, v. 14, n. 1, p. 122-129, jan./abr, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5212/Rev.Conexao.v.14.i1.0016>. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/conexao/article/view/10241>. Acesso em: 11 jan. 2023.

FURTADO, M. A. R.; PROSCÊNCIO, P. A. Educação para o trânsito. **Rev. Ens. Educ. Cienc. Human.**, Londrina, v. 17, n. esp, p. 484-490, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17921/2447-8733.2016v17n5p484-490>. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/ensino/article/view/4550>. Acesso em: 15 fev. 2023.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Fluoretação da água de abastecimento público: abordagem bioética, legal e política. **Rev. Bioét.**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 328-337, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252193>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/nqNrz68pwnYfdp73yyZvHMz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2023.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GONÇALVES, F. D. *et al.* A promoção da saúde na educação infantil. **Interface - Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 181-92, jan./mar., 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000100014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/mrv3zN4qwNhn3mjJDFDR8Sd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça cidades e Estados do Brasil**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 06 jul. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2019**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://assets-dossies-ipp-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2021/10/liv101852.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2023.

KINGSTON, S. *et al.* A qualitative study of the context of child and adolescent substance use initiation and patterns of use in the first year for early and later initiators. **PLOS One**, San Francisco, v. 12, n. 1, p. 1-15, 25, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170794>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0170794&type=printable>. Acesso em: 13 fev. 2023.

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 773-789, jul./set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300773&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2021.

MAIA, M. F. M. *et al.* Primeiros socorros nas aulas de educação física nas escolas municipais de uma cidade no norte do estado de Minas Gerais. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 195-204, 2012. Disponível em: <https://docplayer.com.br/6334459-Primeiros-socorros-nas-aulas-de-educacao-fisica-nas-escolas-municipais-de-uma-cidade-no-norte-do-estado-de-minas-gerais.html>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MALTA, D. C. *et al.* Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev Bras Epidemiol**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 166-77, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/n8BCT8jjxDDTfZ9G5kfcqwc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 fev. 2023.

MARTIN-CALVO, N. *et al.* Sugar-sweetened carbonated beverage consumption and childhood/adolescent obesity: a case-control study. **Public Health Nutrition**, [S.l.], v. 17, n. 10, p. 2185-93, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1017/S136898001300356X>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/9CA2320AA1E795DC4FC8C7DCDF54EF1F/S136898001300356Xa.pdf/sugar-sweetened-carbonated-beverage-consumption-and-childhoodadolescent-obesity-a-case-control-study.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2023.

MEDEIROS, E. R. *et al.* Ações executadas no Programa Saúde na Escola e seus fatores associados. **Av Enferm**, [S.l.], v. 39, n. 2, p. 167-177, 2021. DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.86271>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v39n2/0121-4500-aven-39-02-167.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2023.

MELLO, M. A. F. C. *et al.* Avaliações de Saúde e Escolares no Programa Saúde na Escola. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, [S.l.], v. 9, n. 2 (18), p. 261-277, 2019. DOI: <https://doi.org/10.33362/ries.v8i2.1546>. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1546/1083>. Acesso em: 18 jan. 2023.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. *In*: NJAINE, K. *et al.* (orgs). **Impactos da violência na saúde**. 4. ed. Editora Fiocruz, 2020.

MORAES, A. C. *et al.* Health in School Program in elementary municipal and state education institutions. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 782-806, ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20184203782806>. Disponível em: <https://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20180014.PDF>. Acesso em: 13 jun. 2021.

MOREIRA NETO, C. A.; MOREIRA, A. T. R.; MOREIRA, L. B. Relação entre acuidade visual e condições de trabalho escolar em crianças de um colégio do ensino fundamental público de Curitiba. **Rev. bras oftalmol.**, [S.l.], v. 73, n. 4, p. 216-19, jul./ago., 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20140047>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbof/a/MbSPc6zMNQStxWsH5Tcn8Lq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 fev. 2023.

OLIVEIRA, R. N. *et al.* Iniciação sexual de adolescentes e conhecimento dos métodos contraceptivos. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 13, n. 2, p. 66-76, dez., 2015. Disponível em: http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Inicia----o-sexual_PRONTO.pdf. Acesso em: 01 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Coronavirus disease (COVID-19): tobacco**. Geneva: WHO, 27 May 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-tobacco>. Acesso em: 12 fev. 2023.

PASQUALI, L. **Psicometria**. Teoria dos testes na psicologia e na educação. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

PEREIRA, A. K. *et al.* Cobertura vacinal dos adolescentes da área de abrangência do centro de saúde cachoeirinha na região nordeste de Belo Horizonte - MG. **Rev. Med. Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 23, n. 3, p. 284-289, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130044>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-702897>. Acesso em: 15 jan. 2023.

PEREIRA, A. P. D.; SANCHEZ, Z. M. Características dos programas escolares de prevenção ao uso de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 25, n. 8, p. 3131-3142, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.28632018>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n8/3131-3142/pt>. Acesso em: 17 jan. 2023.

PINHEIRO, L. E. *et al.* Prática de atividade física de escolares do 4º e 5º anos do ensino fundamental da rede pública estadual. **Rev. Bras Med Esporte**, [S.l.], v. 23, n. 4, jul./ago, p. 308-312, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220172304143657>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/V6n6SxVXM4yZRrF3pdtmdXM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 fev. 2023.

RIOS, P. A. A. *et al.* Fatores associados a acidentes de trânsito entre condutores de veículos: achados de um estudo de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 943-955, mar., 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.1192201>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QF7kcZyHkKbZVx8rnQQ8dGf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2023.

RODRIGUES, R. M. *et al.* Implantação dos componentes I, II e III do Programa Saúde na Escola. **J Manag Prim Health Care**, [S. l.], v. 12:e20. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.976>. 2020. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/97-6/893>. Acesso em: 01 jun. 2021.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M. Educação sexual na escola. **Pediatria**, São Paulo, v. 22, n. 1 p. 44-48, 2000. Disponível em:

https://www.academia.edu/16893797/Educacao_sexual_na_escola. Acesso em: 09 fev. 2023.

SANTIAGO, M. L. *et al.* Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza - CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-9, nov./dez., 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/R7vyhVytdGHyvNvZrTTY6WF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 fev. 2023.

SANTOS, L. R. P. *et al.* Análise das ações de promoção de saúde e prevenção de agravos no contexto de incentivo à prática de atividade física no Programa Saúde na Escola. **Braz. J. Hea. Rev**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 18303-18322. nov./dez. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n6-229>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/21424/17098>. Acesso em: 05 fev. 2023.

SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria). **Saúde de crianças e adolescentes na era digital**. Manual de orientação do Departamento de Adolescência. 2016. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/11/19166d-MOrient-Saude-Crian-eAdolesc.pdf. Acesso em: 25 fev. 2023.

SCHLESNER, G. M.; BASSAN, D. S. O impacto do Programa Saúde na Escola nos índices de acidentes e violência entre estudantes. **Conjecturas**, [S.l.], v. 22, n. 13, p. 378–395, 2022. DOI: <https://doi.org/10.53660/CONJ-1695-2H06>. Disponível em: <https://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1695/1248>. Acesso em: 19 jan. 2023.

SCHOMOLESKY, M. T.; WEBB, D. L.; HANSEN, R. A. The Effects of Aerobic Exercise Intensity and Duration on Levels of Brain-Derived Neurotrophic Factor in Healthy Men. **J Sports Sci Med**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 502-511, set., 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3772595>. Acesso em: 04 fev. 2023.

SCHUMAHER, M. L. N.; GASPARETTO, M. E. R. F. Saúde ocular de escolares: atuação de enfermeiros. **Rev. enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6:e15108, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.15108>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15108/20984>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SILVA, G. F. *et al.* Health in Schools Program in the view of managers in five towns of the Western Paraná, Brazil. **ABCS Health Sci**. v. 47:e022225, p. 1-8. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020203.2120>. Acesso em: 02 dez. 2022.

SILVA-SOBRINHO, *et al.* Percepção dos profissionais da educação e saúde sobre o Programa Saúde na Escola. **Rev. Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 93-108, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/77/66>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SOUZA, A. N.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, jul./set. 2017.

DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v26n3/2237-9622-ess-26-03-00649.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SOUZA, M. P. dos S.; BENNEMANN, R. M. **Antropometria e estado nutricional de escolares adolescentes do ensino fundamental da rede municipal de ensino da cidade de Maringá – PR no ano de 2011**. In: Encontro Internacional de Produção Científica CESUMAR, n. 8. 2013, Maringá - PR. ISBN 978-85-8084-603-4. Maringá: Editora CESUMAR, 2013. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Marizete_Pereira_dos_Santos_Souza.pdf. Acesso em: 16 fev. 2023.

SOUZA, P. A.; GANDRA, B.; CHAVES, A. C. C. Experiências sobre Imunização e o Papel da Atenção Primária à Saúde. **APS em Revista**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 267-271, set./dez., 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i3.57>. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/57/79>. Acesso em: 29 dez. 2022.

SOUZA, T. G. B.; MACHADO, A. M. SOUZA, A. P. Programa saúde na escola – ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 5, n. 10, p. 20189–20198, out., 2019. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv5n10-215>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/3893/3676>. Acesso em: 01 fev. 2023.

SPINOLA, M. C. R. Fatores associados à iniciação sexual precoce de adolescentes em Santarém - PA. **SANARE**, Sobral, v. 19, n. 1, p. 36-47, jan./jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v19i1.1385>. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1385/713>. Acesso em: fev. 2021.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial**. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004, p. 154. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/publico/tese_marina.pdf. Acesso em: 29 jan. 2023.

WEERATUNGA, P. *et al.* Control methods for *Aedes albopictus* and *Aedes aegypti*. **Cochrane Database Syst Rev**, [S. l.], v. 8:CD012759, p. 1-10, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012759>. Disponível em:

ZORZETTO, R. O tombo na vacinação infantil. A pandemia aprofundou queda na imunização, que caiu 65% em alguns estados em 2020. **Pesquisa FAPESP**. São Paulo, v. 313, mar. p. 32-39, 2022. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/o-tombo-na-vacinacao-infantil/>. Acesso em: 10 fev. 2023.

ANEXO IV – ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA (conforme Anexo V)**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: INTERSETORIALIDADE, INTEGRALIDADE, FORMAÇÃO, GESTÃO E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE****HEALTH AT SCHOOL PROGRAM: INTERSECTORALITY, INTEGRITY, TRAINING, MANAGEMENT AND PERFORMANCE OF HEALTH PROFESSIONALS****PROGRAMA SALUD EN LA ESCUELA: INTERSECTORIALIDAD, INTEGRIDAD, CAPACITACIÓN, GESTIÓN Y DESEMPEÑO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD****RESUMO**

A saúde e a educação são os parceiros necessários e privilegiados para promover saúde; unidades de saúde e escolas são ambientes que favorecem o desenvolvimento de valores humanos, crenças, conceitos, concepções diferentes de se conhecer e conhecer o entorno. Sendo assim, objetiva-se relacionar as atividades de formação dos profissionais de saúde atuantes no PSE nas Regionais de Saúde que compõem a Macrorregião Oeste do Estado do PR e descrever como os profissionais de saúde avaliam a sua atuação no PSE, assim como perceber se essa atuação se pauta nos princípios da integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde. Trata-se de pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 59 profissionais da saúde, sendo que, desses, 50,8% atuaram no PSE no ciclo 2017-2018. Evidenciou-se que 70,0% dos entrevistados nunca fizeram um curso de formação, aperfeiçoamento ou especialização sobre o tema. A principal complexidade encontrada para a implantação das ações do PSE refere-se à dificuldade de articulação intersetorial e elevada rotatividade de gestores, 73,4%. Quanto à organização e desenvolvimento das ações entre as Secretarias de Saúde e Educação, 50,0% referiram que, às vezes, é discutida e implementada conjuntamente. Com relação ao monitoramento e avaliação do PSE, 70,0% ressaltaram que são realizadas. Conclui-se a necessidade de formação dos profissionais que atuam nas ações do PSE, de modo a contribuir consideravelmente para a formação integral dos estudantes.

Palavras-chave: Promoção da Saúde em Meio Escolar. Capacitação Profissional. Gestão em Saúde. Intersetorialidade. Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Health and education are necessary and privileged partners to promote health; health units and schools are environments that favor the development of human values, beliefs, concepts, different conceptions of knowing yourself and your surroundings. Therefore, the objective is to relate the training activities of health professionals working in the PSE in the Health Regions that make up the Western Macroregion of the State of PR and to describe how health professionals evaluate their performance

in the PSE, as well as whether this performance is based on the principles of integrality, intersectoriality and health promotion. Exploratory and descriptive research, with a quantitative approach. 59 health professionals participated in the survey, of which: 50.8% worked in the PSE in the 2017-2018 cycle. It was evident that 70.0% of respondents had never taken a training, improvement or specialization course on the subject. The main difficulty found for the implementation of PSE actions refers to the difficulty of intersectoral articulation and high turnover of managers 73.4%. As for the organization and development of actions between the Departments of Health and Education, 50.0% reported that it is sometimes discussed and implemented jointly. With regard to the monitoring and evaluation of the PSE, 70.0% highlighted that they are carried out. It concludes that there is a need for training professionals who work in the actions of the PSE, in order to contribute considerably to the integral formation of students.

Keywords: Health Promotion in the School Environment. Professional Training. Health Management. Intersectoriality. Integrality in Health.

RESUMEN

La salud y la educación son socios necesarios y privilegiados para promover la salud; las unidades de salud y las escuelas son ambientes que favorecen el desarrollo de valores humanos, creencias, conceptos, diferentes concepciones de conocerse a uno mismo y a su entorno. Por lo tanto, el objetivo es relacionar las actividades de formación de los profesionales de la salud que actúan en la PSE en las Regiones de Salud que componen la Macrorregión Occidental del Estado de PR y describir cómo los profesionales de la salud evalúan su desempeño en la PSE, así como si este su actuación se basa en los principios de integralidad, intersectorialidad y promoción de la salud. Investigación exploratoria y descriptiva, con enfoque cuantitativo. Participaron de la encuesta 59 profesionales de la salud, de los cuales: 50,8% trabajaban en el PSE en el ciclo 2017-2018. Se evidenció que el 70,0% de los encuestados nunca había realizado un curso de capacitación, perfeccionamiento o especialización en el tema. La principal dificultad encontrada para la implementación de las acciones del PSE se refiere a la dificultad de articulación intersectorial y la alta rotación de los directivos 73,4%. En cuanto a la organización y desarrollo de acciones entre los Ministerios de Salud y Educación, el 50,0% informó que a veces es discutida e implementada de forma conjunta. En cuanto al seguimiento y evaluación del PSE, el 70,0% destacó que se realizan. Se concluye que existe la necesidad de formar profesionales que actúen en las acciones del PSE, a fin de contribuir considerablemente a la formación integral de los estudiantes.

Palabras clave: Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar. Capacitación profesional. Manejo de la salud. Intersectorialidad. Integralidad en Salud.

INTRODUÇÃO

A saúde e a educação, como instâncias responsáveis por estabelecer políticas públicas, nasceram juntas quando, com a chegada de Getúlio Vargas, se criou, em 1930, o Ministério da Saúde e Educação, integrados numa mesma pasta; foi a primeira vez que estiveram numa estrutura ministerial integrando o aparelho estatal à responsabilidade de coordenação das ações de saúde e educação dos estados (SCOREL; TEIXEIRA, 2012). Embora criados juntos, com o desenvolvimento econômico, político e social, foram desmembrados e suas ações se distanciaram, mas é fato que, na realidade de saúde e educação, se entrelaçam.

Tanto é assim que, no adentrar do século XXI, o Ministério da Saúde (MS) e da Educação envidaram esforços para articular ações intersetoriais direcionadas aos escolares, como um programa governamental em face das problemáticas que têm lugar com esse público na saúde e na educação. Tais problemáticas exigem atuar na prevenção, promoção e tratamento, configurando a integralidade do cuidado em saúde, eixos do Programa Saúde na Escola (PSE) lançado em 2007 (BRASIL, 2007).

A saúde e a educação são os parceiros necessários e privilegiados para promover saúde; unidades de saúde e escolas são espaços que contribuem para a construção de valores humanos, crenças, conceitos, concepções diferentes de se conhecer e conhecer o entorno (BUENO; KÖPTCKE, 2022). Dessa forma, desde sua implantação, o PSE vem gerando ações nos municípios que são os entes federativos que implementam o programa nos termos da descentralização inerente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua implantação, num primeiro momento, privilegiava escolas que atendessem populações vulneráveis, contudo, a partir de 2013, foi estendido para todas as escolas, permitindo que suas ações fossem pactuadas em todos os municípios. Diante disso, no ciclo 2021/2022, 97% do território nacional aderiu ao PSE (FERNANDES *et al.*, 2022). Apesar disso, desafios e entraves são enfrentados pelo programa, especialmente na intersetorialidade, integralidade e na sua condução pelos municípios.

A promoção da saúde exige ações intersetoriais, revelando-se na ação conjunta, no agir assistencial dos profissionais e das instituições que implementam as políticas sociais para alcançar as necessidades individuais e coletivas. Apesar de ser reconhecida como necessária, a intersetorialidade é complexa para se tornar prática em decorrência da rigidez, das lógicas institucionais e profissionais próprias dos

sistemas responsáveis pelas diversas áreas sociais, o que dificulta a materialidade do trabalho intersetorial (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Outro aspecto que surge na implantação do programa é a formação dos agentes envolvidos. Assim como a efetivação do SUS exigiu a criação de estratégias educativas que ensinassem aos trabalhadores do sistema sua lógica de funcionamento, expressas em seus princípios e em suas diretrizes organizativas, atuar na escola, em consonância com esses princípios, requer formação, uma vez que, historicamente, se adentrou no espaço escolar para impor ações higienistas, individualizando a responsabilidade pelo cuidado à saúde (LUZ; CONTERNO; RODRIGUES, 2018). Eram experiências sustentadas na lógica setorial, em suas dimensões políticas, técnicas e administrativas, descontínuas, isoladas e sem articulação entre os profissionais de saúde e educação (BUENO; KÖPTCKE, 2022).

Em estudos locais, a formação do PSE tem se mostrado fragilizada, especialmente em municípios menores (RODRIGUES *et al.*, 2020), e sua implantação requer investimento nessa dimensão (MELLO *et al.*, 2019). Outrossim, têm sido mais frequentes as ações clínicas inerentes ao PSE em detrimento da formação (MEDEIROS, 2021).

Entende-se que ampliar sua qualificação passa pelo reconhecimento da gestão do programa, em todos os níveis acerca da necessária formação. Diante disso e buscando ampliar esses achados, este estudo questiona: como tem ocorrido a formação e a gestão do PSE em uma macrorregião de saúde no estado do Paraná? Objetiva-se relacionar as atividades de formação para os profissionais de saúde atuantes no PSE nas Regionais de Saúde que compõem a Macrorregião Oeste do Estado do PR e descrever como os profissionais de saúde avaliam a sua atuação no PSE, assim como se essa atuação se pauta nos princípios da integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva de abordagem quantitativa com dados decorrentes de questionário enviado aos profissionais de saúde de cinco regionais de saúde da Macrorregião Oeste do Estado do Paraná, com uma população estimada de 1.881.354 pessoas (IBGE, 2020).

Participaram profissionais das equipes de saúde dos Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, dos municípios que pactuaram o ciclo 2017-2018 e desenvolveram as ações do PSE. Dos 94 municípios da macrorregião, 83 finalizaram a adesão para o respectivo ciclo que os habilitou ao recebimento do apoio financeiro estabelecido no Termo de Compromisso, quando pactuaram 165.603 alunos, respectivamente (BRASIL, 2017b).

Atuavam, nos municípios, em dezembro de 2018, 6.966 profissionais de saúde (DATASUS, 2018). Os dados foram coletados por meio de um instrumento de coleta, autoaplicável, para preenchimento on-line por meio do *Google Forms*®, composto por perguntas fechadas, pontuadas pela medida da Escala de Likert, com base nos níveis de discordância ou concordância, sendo de caráter ordinal (GIL, 2008).

Foram incluídos os profissionais que estiveram envolvidos na realização das atividades do PSE e que aceitaram responder ao questionário on-line mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, durante o período de 24 de fevereiro de 2022 a 05 de julho de 2022.

O questionário foi construído com base no Caderno do Gestor do PSE (BRASIL, 2015) e conforme Portaria Interministerial nº 1.055 (BRASIL, 2017a), estruturado nos seguintes elementos: 1) Identificação do profissional; 2) Ações do PSE; 3) Formação dos profissionais que atuam no PSE; 4) Dificuldades para implantação do PSE; 5) Organização e desenvolvimento das ações do PSE; 6) Monitoramento e avaliação do PSE; 7) Adesão do PSE; 8) Intersetorialidade no PSE entre setor de saúde e educação, além de outras áreas; 9) Identificação de problemas de saúde dos escolares e seguimento (integralidade); 10) Periodicidade das ações do PSE; 11) Avaliação do profissional quanto à sua atuação no PSE; 12) Identificação do profissional que atuou no PSE durante a pandemia da Covid-19; 13) Ações do PSE desenvolvidas durante a pandemia. Neste artigo, são apresentadas as ações dos itens 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11.

O instrumento de coleta de dados passou por avaliação de 05 juízes especialistas da saúde por meio da validação de conteúdo (PASQUALI, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017), verificando sua clareza e pertinência. Os dados quantitativos foram inseridos em planilhas no *Microsoft Excel*®, para análise estatística descritiva simples, além de cálculo de frequência absoluta e relativa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com parecer favorável nº 5.072.975 e CAAE: 52268421.0.0000.0107, em atendimento às normas nacionais de ética em pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2021).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 59 profissionais da saúde, que atuam na Macrorregião Oeste de Saúde do PR, sendo que, desses, 50,8% (30) atuaram no PSE no ciclo 2017-2018. Da 10ª RS, retornaram 30,0% (9); da 08ª RS, 19,8% (6); da 07ª RS, 16,6% (5); da 09ª RS, 16,6% (5); e da 20ª RS, 16,6% (5) dos pesquisados. Dentre os participantes, 60,0% (18) são enfermeiros (as); 13,3% (4) são nutricionistas; 10,1% (3) técnicos em enfermagem; 6,7% (2) odontólogos; e 3 (9,9%) eram: assistente social; educador físico e agente comunitário de saúde. Desses, 66,7% (20) possuem especialização em alguma área de conhecimento; 13,3% (4) apresentam nível superior completo; 10,0% (3) mestrado; 6,7% (2) nível médio completo; e 3,3% (1) nível superior incompleto.

Tinham idade de 35 a 39 anos 36,7% (11); 20,0% (6), 45 a 49 anos; 16,7% (5) de 40 a 44 anos; 13,3% (4) de 25 a 29 anos; 10,0% (3) 30 a 34 anos; 3,3% (1) de 50 a 54 anos, sendo sexo feminino 93,3% (28) e 6,7% (2) do sexo masculino.

O tempo de trabalho na área, entre 7 a 10 anos, foi afirmado por 33,3% (10); 14 a 17 anos, por 30,0% (9); 4 a 6 anos, por 13,3% (4); e 6 (20%) trabalhavam de 18 a 21 anos e mais de 21 anos; e trabalhavam de 1 a 3 anos 3,3% (1).

No que tange à formação dos profissionais (Tabela 1), no ciclo 2017-2018, evidenciou-se que 70,0% (21) dos participantes nunca fizeram um curso de formação, aperfeiçoamento ou especialização sobre o tema. As ações de formação, eventualmente, ocorrem em vigilância alimentar e nutricional para 40,0% (12); eventualmente, é realizada em promoção da alimentação saudável para 36,7% (11); ocorre raramente ou nunca foi realizada em relação aos direitos sexuais, reprodutivos e prevenção das ISTs para 60,0% (18); foi efetivada raramente para trabalhar a prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas para 33,3% (10).

A principal dificuldade encontrada para a implantação das ações do PSE refere-se à articulação intersetorial e elevada rotatividade de gestores, com 73,4% (22).

Quanto à organização e desenvolvimento das ações entre as Secretarias de Saúde e Educação, 50,0% (15) citaram que, às vezes, é discutida e implementada conjuntamente.

Com relação ao monitoramento e avaliação, 70,0% (21) responderam que é realizado e, como estratégias mais utilizadas, 66,7% (14) referiram ser o acompanhamento realizado via E-SUS, seguido de 52,4% (11) pelos próprios relatórios preenchidos pelo município.

Quanto à adesão ao PSE, 73,3% (22) afirmaram ser devido ao acesso a recursos previstos, além da diminuição de casos de gravidez na adolescência, 63,3% (19); necessidade de melhorar o perfil epidemiológico dos escolares, 60,0% (18). Sobre as ações do PSE e como elas eram realizadas, 46,7% (14) afirmaram que eram executadas sempre pelo serviço de saúde e educação conjuntamente; e que, no desenvolvimento do programa, outros serviços, além de saúde e educação, não eram envolvidos 70,0% (21).

Dos entrevistados, 90,0% (27) afirmaram que, quando detectados problemas de saúde entre os escolares, foram resolvidos, via atendimento na unidade de saúde, 88,9% (24); ou foram encaminhadas para consultas com especialistas 77,8% (21); e, quando não resolvidas, o fator mais citado foi que o problema identificado tinha como causa as condições sociais, econômicas ou culturais, 100,0% (3). O encaminhamento foi considerado, às vezes, fácil por 56,7% (17) dos participantes.

A periodicidade anual das ações foi citada por 36,7% (11) e, quanto à avaliação da atuação do profissional nas ações do PSE, predominou a avaliação boa para 43,3% (13) e regular, 30,0% (9).

Tabela 1 – Caracterização quanto a formação dos profissionais de saúde, no ciclo 2017-2018 (n=30), Cascavel, PR, 2022.

Categoria	N	%
Já fez algum curso de formação, aperfeiçoamento ou especialização com temáticas relativas ao PSE?		
Sim	9	30,0%
Não	21	70,0%
Se sim, em quais temáticas (aceita mais de 1 opção):		
Gestão	3	33,3%
Apoio institucional	2	22,2%
Promoção da saúde	4	44,4%
Planejamento de políticas ou programas	3	33,3%
Monitoramento e avaliação do programa	3	33,3%
Elaboração de indicadores	1	11,1%
Inovação de práticas em saúde	1	11,1%
<i>Aedes aegypti</i>	3	33,3%
Práticas corporais	1	11,1%

Álcool, tabaco, crack e outras drogas	2	22,2%
Cultura da paz, cidadania e direitos humanos	2	22,2%
Prevenção de violências e acidentes	2	22,2%
Prevenção ao suicídio	2	22,2%
Saúde bucal/aplicação de flúor	2	22,2%
Situação vacinal	3	33,3%
Alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil	2	22,2%
Direito sexual e reprodutivo, ISTs	3	33,3%
Saúde ocular	3	33,3%
Sinais de agravos aos educandos	2	22,2%
Vigilância em saúde	3	33,3%

A capacitação dos profissionais em vigilância alimentar e nutricional em seu município ocorreu:

Eventualmente	12	40,0%
Nunca	8	26,7%
Raramente	7	23,3%
Frequentemente	3	10,0%

A capacitação dos profissionais para trabalhar com as temáticas de promoção da alimentação saudável em seu município ocorreu:

Eventualmente	11	36,7%
Raramente	8	26,7%
Nunca	7	23,3%
Frequentemente	4	13,3%

A capacitação os profissionais para trabalhar com direitos sexuais e direitos reprodutivos e prevenção das ISTs em seu município ocorreu:

Raramente	9	30,0%
Nunca	9	30,0%
Eventualmente	6	20,0%
Frequentemente	4	13,3%
Muito frequentemente	2	6,7%

A capacitação os profissionais para trabalhar com as temáticas: prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas em seu município ocorreu:

Raramente	10	33,3%
Eventualmente	9	30,0%
Nunca	8	26,7%
Frequentemente	2	6,7%
Muito frequentemente	1	3,3%

Qual (s) a (s) principal (s) dificuldade (s) encontrada (s) no seu município quanto à implantação das ações do PSE? (aceita mais de 1 opção):

Dificuldade de articulação intersetorial	11	36,7%
Elevada rotatividade de gestores municipais	8	26,7%
Elevada rotatividade de profissionais	11	36,7%
Dificuldade de comunicação entre setor saúde e educação	9	30,0%
Falta de recursos físicos e insumos	8	26,7%
Não existem dificuldades	9	30,0%
Outros: Falta de profissionais; Material para abordar os assuntos com as diferentes idades; Capacitações sobre o assunto.	3	9,9%

Na organização e desenvolvimento das ações entre as Secretarias de Saúde e Educação você avalia que o trabalho é:

Às vezes discutido e implementado conjuntamente	15	50,0%
Discutido e implementado conjuntamente	10	33,3%
Nunca discutido e implementado conjuntamente	5	16,7%

As Secretarias de Saúde e Educação realizam o monitoramento e avaliação do PSE?

Sim	21	70,0%
Não	9	30,0%

Se sim, quais são as estratégias utilizadas para monitoramento e avaliação das ações do PSE no seu município? (aceita mais de 1 opção):

Formulários	7	33,3%
Relatórios periódicos	5	23,8%
Relatórios próprios preenchidos pelo município	11	52,4%
Sistema de informação do Estado	7	33,3%
Solicitação de informações via e-mail, contato telefônico, etc	5	23,8%
Acompanhamento via E-SUS	14	66,7%

A adesão ao PSE no município, em sua avaliação deveu-se a (aceita mais de 1 opção):

Necessidade de melhorar o perfil epidemiológico dos escolares	18	60,0%
Disponibilidade de recursos humanos	8	26,7%
Disponibilidade de recursos materiais	7	23,3%
Acesso aos recursos previstos no PSE	22	73,3%
Melhorar o desempenho escolar das crianças e adolescentes	15	50,0%
Diminuir casos de gravidez na adolescência	19	63,3%
Atuar na prevenção ao uso e abuso de drogas não permitidas	16	53,3%

Quando você desenvolveu as ações do PSE elas foram realizadas:

Sempre pelo serviço de saúde e educação conjuntamente	14	46,7%
Somente pelo serviço de saúde	8	26,7%
Algumas vezes pelo serviço de saúde, outras pelo serviço de educação	8	26,7%

No desenvolvimento do PSE foram envolvidos outros serviços, além do setor saúde e educação?

Sim	9	30,0%
Não	21	70,0%

Em caso afirmativo, especifique quais:

Polícia militar; Comunicação; Endemias; Assistência social; Urbanismo, Esportes; Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); Agendamento da secretaria de saúde; Nutrição.

Quando foram detectados problemas de saúde entre os escolares, estes problemas foram resolvidos?

Sim	27	90,0%
Não	3	10,0%

Se sim, como foram resolvidos? (aceita mais de 1 opção):

Foram atendidos na unidade de saúde	24	88,9%
Foram encaminhados para consultas com especialistas	21	77,8%
Foram realizados acompanhamentos com o escolar e com a família	17	63,0%

Se não foram resolvidos, assinale as alternativas a seguir que representam as razões (aceita mais de 1 opção):

A família não fez os encaminhamentos que eram de sua responsabilidade	1	33,3%
O problema tinha como causa as condições sociais, econômicas ou culturais por isso não foi possível resolver	3	100,0%
A família não tinha condições econômicas	1	33,3%
Quando são identificados problemas de saúde com os escolares e eles não podem ser resolvidos na unidade de saúde, o encaminhamento para outros serviços é:		
Às vezes fácil	17	56,7%
Não sei avaliar	6	20,0%
Difícil	3	10,0%
Muito difícil	2	6,7%
Muito fácil	2	6,7%
Qual a periodicidade da realização das ações do PSE em seu município:		
Anual	11	36,7%
Semestral	8	26,7%
Bimestral	6	20,0%
Trimestral	3	10,0%
Mensal	1	3,3%
Não tenho como responder	1	3,3%
Como você avalia a sua atuação no PSE?		
Boa	13	43,3%
Regular	9	30,0%
Excelente	6	20,0%
Ruim	1	3,3%
Péssima	1	3,3%

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2022).

DISCUSSÃO

Como um programa governamental, o PSE requer habilitação para sua execução, assim como o monitoramento e controle, previstos quando de sua criação (BRASIL, 2007). Este estudo identificou que 70,0% (21) dos participantes não realizaram nenhum tipo de formação, capacitação, especialização ou aperfeiçoamento com as temáticas do PSE, sendo que as principais dificuldades encontradas para a implantação do Programa são: a dificuldade de articulação intersetorial; a elevada rotatividade de profissionais e gestores municipais; a dificuldade de comunicação entre setor de saúde e educação; a falta de recursos físicos e insumos.

A operacionalização do PSE é realizada por meio dos GTI no nível federal, estadual e municipal, com o intuito de consolidar o gerenciamento das ações do programa; na construção tanto do planejamento quanto da execução das ações, deve-

se conduzir as diretrizes coletivamente para atender às necessidades e requisitos locais (BRASIL, 2011). Eles podem facilitar a efetivação da intersetorialidade por meio de políticas públicas, que detenham reconhecimento, tomada de decisões e estabeleçam processos de comunicação assertivos entre os setores, gestão e profissionais atuantes (SILVA *et al.*, 2014; FERREIRA, SILVA, 2014).

Quanto às ações que deveriam ser desenvolvidas para a formação dos envolvidos na execução do PSE, enfatiza-se: capacitar os profissionais em vigilância alimentar e nutricional; capacitar os profissionais para trabalhar com temáticas de promoção da alimentação saudável; capacitar os profissionais para trabalhar com direitos sexuais e direitos reprodutivos e prevenção das ISTs/AIDS; capacitar os profissionais para trabalhar com as temáticas: prevenção ao uso de álcool e tabaco, crack e outras drogas; capacitar os profissionais da saúde e educação em prevenção e atenção às violências; capacitar os profissionais sobre o desenvolvimento infantil; capacitar os profissionais para desenvolverem ações de promoção da Saúde nas Escolas; capacitar os profissionais para gestão intersectorial do PSE (BRASIL, 2015).

A formação dos professores, diretores de escolas, gestores e profissionais da saúde, assim como o envolvimento dos responsáveis pelos escolares e da comunidade na tomada de decisão pode contribuir para a sustentabilidade do programa (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Devem ser realizadas por meio de articulações interinstitucionais e intersetoriais imbuídas da transformação das práticas em saúde e construção de políticas públicas integradas (BRASIL, 2015).

Destaca-se, além da insuficiência de capacitações entre os profissionais atuantes no PSE, a elevada rotatividade de profissionais e gestores, uma das dificuldades apontadas como promotoras da fragilidade na realização das ações aos escolares. A rotatividade pode relacionar-se ao vínculo de trabalho precário, descontentamento dos gestores, baixa qualificação dos profissionais inseridos no serviço, descontinuidade da agenda proposta com as trocas de governo e a sobrecarga de trabalho (GALAVOTE *et al.*, 2016).

De acordo com Costa, Figueiredo e Ribeiro (2013), educadores que não foram capacitados para dar atenção a problemas relacionados à saúde, mostram-se desmotivados a desenvolver ações de educação em saúde, limitando os escolares à compreensão sobre a sua condição de saúde ou deixando de auxiliar a tomada de decisão quanto a escolhas saudáveis.

Desse modo, a promoção de ambientes de labor salubres e a satisfação dos profissionais são desafios enfrentados constantemente, tornando imprescindível a oferta de cargos e contratos trabalhistas, condizentes com a ética e exercício profissional (THUMÉ *et al.*, 2018). Ademais, salienta-se que a satisfação profissional é um fator facilitador para a execução das atividades de saúde escolar (MEDEIROS *et al.*, 2018).

Outro fator que merece destaque é a desarticulação dos profissionais da saúde e educação na realização das atividades propostas pelo Programa, o que as pode comprometer, em consonância com o estudo realizado por Souza, Esperidião e Medina (2017), em que predominou o serviço de saúde com participação periférica da educação. Isso pode restringir a potencialidade do programa que, desde seu planejamento, requer a contribuição das duas partes.

Assim, o PSE objetiva o trabalho mútuo da atenção primária em saúde e da rede de educação pública, além de outros setores, possibilitando a construção de conexões oportunas à promoção da saúde (SALVADOR; SILVA, 2018), por meio de ações que favoreçam a tomada de decisões pelos escolares em seu processo de saúde (CHIARI *et al.*, 2018). Isso porque permite a articulação de distintos saberes, a partir da diversidade de experiências profissionais que, ao se aproximarem, podem qualificar o cuidado à saúde de crianças e adolescentes.

O desafio encontrado, de acordo com Chiari *et al.* (2018), em consonância com a pesquisa, está na superação de ações isoladas, superpostas e descontínuas que não contribuem para uma transformação social necessária para a intersetorialidade. Afirmam que, cada vez mais, é utilizado o termo intersetorial para algo não intersetorial. Tal utilização contribui, gradativamente, para a consolidação de um modelo higienista, hierarquizado e sem críticas, encontrado em muitas ações de saúde em ambiente escolar.

Evidencia-se a falta de comunicação entre os setores e atores envolvidos no Programa, pois cada um estabelece suas metas individuais desarticuladas da necessária integração para desenvolver o PSE. Não raro, desenvolvem ações pontuais e assistemáticas visando às demandas específicas que fragilizam o alcance das ações e da intersetorialidade (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Outro limitante destacado para a implantação das ações do PSE foi a escassez de recursos/insumos, mostrando que essas necessidades precisam ser supridas na busca pela operacionalização do programa. Tal situação é identificada em estudo

sobre uma intervenção em saúde escolar, realizado nos Estados Unidos da América (EUA), dificultando a sua continuidade (SNELLING *et al.*, 2017).

A insuficiência de recursos materiais, bem como inadequados ambientes físicos para realizar avaliações em saúde nas escolas, foram fragilidades apontadas por Baggio *et al.* (2018), que podem ter interferido na qualidade das avaliações em saúde dos escolares. A alocação e provisão de recursos materiais e financeiros podem incentivar a execução das atividades propostas pelo PSE e, assim, a mudança de hábitos de saúde dos educandos.

No que concerne à adesão ao Programa, destacou-se o acesso aos recursos previstos no PSE; diminuição dos casos de gravidez na adolescência; a necessidade de melhorar o perfil epidemiológico dos escolares; atuar na prevenção ao uso e abuso de drogas não permitidas, destacando que esse processo de pactuação deve ocorrer entre os responsáveis do setor de saúde e educação dos municípios com o MS e da Educação, que tem duração de 24 meses (ciclo), em que o público-alvo são escolas de educação básica de ensino da rede pública e, ainda, as conveniadas (BRASIL, 2022).

Após a implantação do PSE, no ano de 2007, tem sofrido alterações e, recentemente, no ano de 2017, a partir da Portaria nº 1.055/2017, ocorreu a reestruturação do Programa com novidades principalmente nos critérios para adesão dos municípios. Significativas mudanças envolveram o repasse dos valores de acordo com o número de alunos pactuados, com enfoque no encolhimento do prazo para o repasse aos favorecidos; a adesão tornou-se bienal; e os componentes, até então considerados eixos do programa, transformaram-se em 12 ações, algumas obrigatórias e outras de cunho facultativo para implementação (BRASIL, 2017a).

Dessa forma, os alunos e escolas são pactuados no ciclo em questão, as ações previamente planejadas entre os setores, por meio de encontros dos GTI e da anuência para participação de Instituições de Ensino Superior (WACHS *et al.*, 2022).

O PSE ressalta a importância da realização de diagnósticos situacionais e conhecimento dos determinantes sociais de saúde dos escolares, de modo a identificar contextos epidemiológicos que direcionem um olhar diferenciado às escolas e que vão ao encontro das ações propostas pelo Programa (BRASIL, 2018).

Quanto à periodicidade das ações, não ficou estabelecida nenhuma orientação ou vinculação obrigatória (BRASIL, 2013b). Fica a cargo dos GTI definir como o trabalho será executado junto às escolas e à equipe saúde, cumprindo as ações

obrigatórias pactuadas e a sua abrangência, de acordo com as necessidades identificadas.

As ações de monitoramento do Programa são realizadas por meio de registros efetuados das atividades do PSE por profissionais de saúde e educação em fichas coletivas (WACHS *et al.*, 2022). Contudo, identificam-se fragilidades nesses registros, não realizados de forma rotineira no nível estadual e municipal, assim como inexistência de padronização dos relatórios das equipes produzindo deficiência nas informações, desde identificação de faixa etária dos escolares, até a de quem realizou a ação. Essa tarefa está prejudicada no novo formato de registro dos dados, pois, no anterior, havia ficha de relatório para descrição de informações, embora não se impedisse que elas fossem parcialmente inseridas no sistema (ANDRADE *et al.*, 2022).

A integralidade é considerada um eixo prioritário das políticas de saúde, ideário para o alcance da promoção da saúde, compreendendo a operacionalização do sistema a partir dos processos organizativos, da implantação de inovações no cotidiano dos serviços e nas relações entre os níveis de gestão do SUS. Isso se fundamenta na garantia de assistência em todos os níveis de densidade tecnológica e articulação entre promoção, proteção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde (FORTALEZA; MARTINS, 2021).

A atenção integral aos escolares transcende os modelos pautados na prática fragmentalista e medicalizante, desarticulada das queixas e necessidades dos usuários (MACHADO *et al.*, 2007). Para a superação desse cenário, a promoção, prevenção e recuperação da saúde devem ser consideradas para o alcance da integralidade.

Na pesquisa, os dados demonstraram que os problemas de saúde detectados entre os escolares, em sua maioria, tiveram resolutividade, na unidade de saúde, por meio do encaminhamento com especialistas e com o acompanhamento do escolar e de sua família.

O MS (BRASIL, 2011) orienta que os escolares identificados com problemas de saúde, por meio da avaliação clínica, sejam encaminhados à unidade básica ou unidade especializada de saúde, conforme necessidade, com atendimento oportunamente agendado junto à família, conforme a pesquisa identificou. Assim, trata-se de estudo que relata a experiência da implantação do PSE por equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) (SANTIAGO *et al.*, 2012).

Pesquisa em Cascavel – PR mostrou que os enfermeiros, quando identificavam alterações clínicas nos escolares, possuíam autonomia para encaminhar para avaliação especializada. Primeiramente, informavam a escola e, com base em bilhetes, comunicavam aos pais ou outro responsável pela criança ou adolescente a alteração identificada. Assim, a partir dessa comunicação, o responsável precisava comparecer à unidade de saúde de referência para retirar o formulário de encaminhamento ao serviço especializado e, posteriormente, comparecer com o escolar no devido serviço, conforme agendamento prévio. Algumas especialidades possuíam maior morosidade para atendimento, como oftalmologista e nutricionista (BAGGIO *et al.*, 2018).

Ressalta-se que, para ocorrer sucesso na atenção integral (PAES; PAIXÃO, 2016), é necessário que o profissional esteja aberto a ampliar o seu referencial de atuação e reconhecer que uma ação centrada em um único profissional, muitas vezes, dificulta o atendimento da necessidade de saúde do indivíduo ou população, sendo necessárias mudanças na relação entre os profissionais de saúde (MELLO *et al.*, 2019).

Algumas dificuldades foram citadas para a efetivação das ações com os escolares, como o não encaminhamento e acompanhamento realizado pelos pais ou responsáveis; o problema tinha como causa as condições sociais, econômicas ou culturais, por isso, não foi possível resolver ou a família não tinha condições econômicas, sendo que os profissionais de saúde entrevistados salientaram que o encaminhamento, quando os problemas de saúde não eram resolvidos na unidade de saúde de abrangência, era, por vezes, fácil.

A promoção da saúde na escola deve ser realizada em conjunto com profissionais de educação, de saúde, pais, estudantes e demais membros da comunidade, com o intuito coletivo de transformar a escola em um ambiente saudável (MELLO; LIMA; ROBAINA, 2022).

É importante destacar que os determinantes sociais estão envolvidos na saúde dos escolares, dentre os quais estão as condições socioeconômicas, culturais, as expressões da vulnerabilidade, as iniquidades em saúde, as condições de vida desfavoráveis, a exposição a hábitos pouco saudáveis e as relações frágeis nos contextos familiares e escolares. Salienta-se, dessa forma, a necessidade da construção de políticas sociais, que objetivam as mudanças nas condições de vida dos escolares.

Embora a maioria entenda que seu desempenho no programa é bom, enfatiza-se a necessidade de investimentos na capacitação contínua de servidores envolvidos no Programa, de modo a potencializar suas habilidades profissionais, as quais são essenciais à prática da promoção à saúde, integralidade do cuidado e compreensão da intersectorialidade do SUS como forma de ampliar o alcance das ações e facilitar o trabalho de todos os envolvidos (OLIVEIRA; MACHADO, 2020), além de investimento em educação permanente em saúde, que possa contribuir para a transformação das práticas profissionais, pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços (MACHADO *et al.*, 2015).

Espera-se que o fazer cotidiano do PSE não seja pautado em incursões pontuais dos profissionais na escola, mas que, ao fazê-lo, contribuam com a transformação do espaço escolar em mais um lugar de produção da saúde em articulação com o SUS.

CONCLUSÕES

Conclui-se pela necessidade de formação dos profissionais que atuam nas ações do PSE, de modo a contribuir consideravelmente para a formação integral dos estudantes.

Ações de promoção, prevenção e de atenção à saúde, com olhar ao enfrentamento das vulnerabilidades dos escolares, devem ser trabalhadas em capacitações constantes e necessárias, para a formação de profissionais proativos, críticos e reflexivos sobre o exercer de seu trabalho; ainda, de diagnosticar e solucionar problemas, de tomar decisões, de intervir no processo, de enfrentar situações que estão em mudança constante, proporcionando suporte necessário para o acompanhamento da saúde dos estudantes.

Outrossim, reconhecem-se os limites das ações de saúde na escola, pois os problemas que têm como causa as condições de vida não são resolvidos somente pela atuação da saúde e da educação. Requerem, nesse sentido, mudanças sociais e econômicas que estão fora da escola e, portanto, é necessária a implantação da promoção da saúde, desde ambientes saudáveis à eliminação de abismos culturais e socioeconômicos, que dividem as pessoas e impedem que tenham condições de

solucionar os problemas de saúde que vivenciam, como relataram os participantes ao não conseguirem solucionar os problemas identificados.

O estudo possui limites pela pouca aderência dos potenciais participantes que, mesmo após várias incursões, não responderam ao instrumento enviado. Considere-se, ainda, que a coleta ocorreu durante o período pandêmico, quando estavam os profissionais de saúde imersos no combate à Covid-19.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Maria Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-68. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.

ANDRADE, Priscila Maria da Cruz; SILVA, Rayane Tamyres da; PEREIRA, Taline de Paiva; SILVA, Bruno Rafael Vieira Souza; SANTIAGO, Ladyodeyse da Cunha Silva; SOBRINHO, José Eudes de Lorena; CARDOSO, Mirian Domingos. Abrangência do Programa Saúde na Escola em Vitória de Santo Antão - PE. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 3, p. 62-71, nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E304>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qpmN5skdVgMXjhQ3cyCVmWj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 abr. 2023.

ARAÚJO, Matheus Jose Afonso Gonçalves; NOGUEIRA, Edila Alves Moraes; SANTOS, Virginia Ruas; MONTEIRO, Sylmara Corrêa; VIEIRA, Isabela Batista; QUADROS, Joice Fernanda Costa; FREITAS, Taysa Cristina Cardoso; OLIVEIRA, Jessica Najara Aguiar; RODRIGUES, Gisele Freitas; BRITO, Alcina Mendes; MORAES, Daniel Silva; TEIXEIRA, Nadine Antunes; MOREIRA, Leidiany Gomes. Programa saúde na escola: experiências, práticas e desafios na atenção primária à saúde. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, e255101017816, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.17816>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/17816/16798/232222>. Acesso em: 15 abr. 2023.

BAGGIO, Maria Aparecida; BERRES, Rosilene; GREGOLIN, Bruna Penteadó da Silva; AIKES, Solange. Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná: relato de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, [S. l.], v. 71, suppl. 4, p. 1540-7. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0188>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QZ5pxBh4HvMQ6fR7HfXXbkp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 08 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências.

Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 234, p. 2, 06 de dezembro de 2007. 2007. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 29 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do Gestor do PSE.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Passo a passo Programa Saúde na Escola (PSE).** Tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf. Acesso em: 07 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 2/2021.** Comissão Nacional em Ética em Pesquisa (CONEP). Assunto: Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, DF, 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo para adesão ao Programa Saúde na Escola:** ciclo 2023/2024. Brasília, DF, 2022, 17p. Disponível em: <https://undimebahia.com.br/wp-content/uploads/2022/12/Passo-a-Passo-Adesao-ao-PSE-Ciclo-2023-2024.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).** Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 79, p. 36, 26 abril de 2017. 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017. Lista os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 202, p. 49-125, 20 outubro de 2017. 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2706_20_10_2017.html. Acesso em: 05 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 junho de 2013a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.413 de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 10 julho de 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html. Acesso em: 15 abr. 2023.

BUENO, Denise Ribeiro; KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda. A participação juvenil no Programa Saúde na Escola (PSE): uma reflexão sobre o papel da gestão federal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 3, p. 29-44, nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E302>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4gyWcNJvzhVR3c5kdTFy8kp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2023.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes; FERREIRA, Raquel Conceição; AKERMAN, Marco; AMARAL, João Henrique Lara do; MACHADO, Kecyanne Malheiros; SENNA, Maria Inês Barreiros. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n. 5:e001042172018, p. 1-15, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d9GHPC4rRF9WJKQxyqmbZCG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jan. 2023.

DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). **CNES - Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - Segundo CBO 2002 – Paraná**. Dezembro. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02pr.def>. Acesso em: 06 jul. 2021.

FERNANDES, Lucas Agostinho; CRUZ, Kátia Godoy; SILVA, Juliana Rezende Melo da; RUZANY, Maria Helena; FRANZOI, Mariana André Honorato; PEDROSO, Raquel Turci; BRAMBATTI, Larissa Polejack. Promoção da saúde e intersetorialidade na escola: a monumental ambição do Programa Saúde na Escola. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 3, p. 5-8, nov., 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E300>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BCjrFbBHwtM9qtBZ5zcpvxx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2023.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Lígia Maria Vieira da (org). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 103-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.7476/9788575415160>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-06.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

FORTALEZA, Maria Albaneide; MARTINS, Alissan Karine Lima. Integralidade nas práticas educativas no cenário escolar: Revisão integrativa da literatura brasileira. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 9, e53410918120, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18120>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/18120/16452/228907>. Acesso em: 15 jan. 2023.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo; FRANCO, Túlio Batista; FREITAS, Paula de Souza Silva; LIMA, Eliane de Fátima Almeida; GARCIA, Ana Cláudia Pinheiro; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; LIMA, Rita de Cássia Duarte. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, out./dez., 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016158633>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4bbXCdp38wqDQYdHbkv5mnN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo de. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2. ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, 1097p. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-07.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Conheça cidades e Estados do Brasil**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 06 jul. 2021.

LUZ, Mateus Souza da; CONTERNO, Solange de Fátima Reis; RODRIGUES, Rosa Maria. Ações de saúde escolar no Brasil de 1980 à instituição do Programa Saúde na Escola. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, Cascavel, v. 4, n. 2, p. 176-86, Segundo Semestre, 2018. DOI: <https://doi.org/10.48075/vscs.v4i2.19823>. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/19823/13698>. Acesso em: 15 abr. 2023.

MACHADO, Lucas Dias Soares; RAMOS, José Lucas Souza; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; ANTÃO, Jennifer Yohanna Ferreira de Lima; SANTOS, Shayane Bezerra dos; MARINHO, Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto; FREITAS, Gislaine Loiola Saraiva; BEZERRA, Italla Maria Pinheiro. Processos participativos de promoção à saúde na escola. **J Hum Growth Dev**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 357-363, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106014>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_16.pdf. Acesso em: 21 abr. 2023.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação

em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 335-342, abr., 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DtJwSdGWKC5347L4RxMjFqg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2023.

MEDEIROS, Eliabe Rodrigues de; SOARES, Manoelle Fernandes da Silva; REBOUÇAS, Danielle Gonçalves da Cruz; NETA, Maria Nazaré Chacon de Matos; BEZERRA E SILVA, Sandy Yasmine; PINTO, Erika Simone Galvão. Ações executadas no Programa Saúde na Escola e seus fatores associados. **Av Enferm**, [S.l.], v. 39, n. 2, p. 167-177, 2021. DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.86271>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v39n2/0121-4500-aven-39-02-167.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2023.

MEDEIROS, Eliabe Rodrigues de; PINTO, Erika Simone Galvão; PAIVA, Alany Carla de Sousa; NASCIMENTO, Camila Priscila Abdias do; REBOUÇAS, Danielle Gonçalves da Cruz; BEZERRA E SILVA, Sandy Yasmine. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. **Rev. Cuid.**, [S.l.], v. 9, n. 2, mai./ago., 2018. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.514>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n2/2346-3414-cuid-9-2-2127.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2023.

MELLO, Beatriz Lisbôa; LIMA, Ana Paula Santos de; ROBAINA, José Vicente Lima. Promoção da saúde na escola: revisão da literature. **REVASF**, Petrolina, v. 12, n. 28, p. xx-xx, ago., 2022. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/download/1794/1323>. Acesso em: 12 abr. 2023.

MELLO, Manoela Aparecida Fumagalli Coelho; RODRIGUES, Rosa Maria; CONTERNO, Solange de Fátima Reis; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; MISSIO, Lourdes. Avaliações de Saúde e Escolares no Programa Saúde na Escola. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, [S. l.], v. 9, n. 2 (18), p. 261-277, 2019. DOI: <https://doi.org/10.33362/ries.v8i2.1546>. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1546/1083>. Acesso em: 18 jan. 2023.

OLIVEIRA, Fernanda Piana Santos Lima de; VARGAS, Andrea Maria Duarte; HARTZ, Zulmira; DIAS, Sônia; FERREIRA E FERREIRA, Efigênia. Integração das ações do Programa Saúde na Escola entre profissionais da saúde e da educação: um estudo de caso em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 3, p. 72-86, nov., 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E305>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2022.v46nspe3/72-86/pt>. Acesso em: 16 abr. 2023.

OLIVEIRA, Suelen Ferreira de; MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo. Percepção dos profissionais da estratégia saúde da família sobre processos educativos em saúde. **Revista Ciência Plural**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 56-70, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n1ID18905>. Disponível em:
<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18905/12529>. Acesso em: 19 abr. 2023.

PAES, Caila Carolina Duarte Campos; PAIXÃO, Alvaneide Nunes dos Passos. A importância da abordagem da educação em saúde: revisão de literatura. **REVASF**, Petrolina - PE, v. 6, n. 11, p. 80-90 dez., 2016. Disponível em:
<https://periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/download/38/45>. Acesso em: 15 abr. 2023.

PASQUALI, Luiz. **Psicometria**. Teoria dos testes na psicologia e na educação. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

RODRIGUES, Rosa Maria; SILVA, Gilson Fernandes da; CONTERNO, Solange de Fátima Reis; VIERA, Claudia Silveira; MISSIO, Lourdes. Implantação dos componentes I, II e III do Programa Saúde na Escola. **J Manag Prim Health Care**, [S. l.], v. 12:e20. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.976>. 2020. Disponível em:
<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/976/893>. Acesso em: 01 jun. 2021.

SALVADOR, Marli; SILVA, Eliete Maria. Programa Saúde na Escola: saberes e diálogos na promoção da educação sexual de adolescentes. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 73-82, dez., 2018. DOI:
<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i4.2522>. Disponível em:
<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2522/1944>. Acesso em: 14 fev. 2023.

SANTIAGO, Lindelvania Matias; RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; JUNIOR, Aldivan Dias de Oliveira; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza - CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 1026-1029, nov./dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600020. Acesso em: 03 jun. 2022.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; SACCO, Ruth da Conceição Costa e Silva; SANTANA, Sumara de Oliveira; XAVIER, Mayra Fernandes; BASTOS, Helen Altoé Duar; PRADO, Níliá Maria de Brito Lima; LIMA, Adriano de Almeida de. O Programa Saúde na Escola no Distrito Federal antes e durante a pandemia da Covid-19. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 3, p. 45-61, nov. 2022. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E303>. Disponível:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/j58JYpP4tPnNSDPM5BPLFDK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela; AKERMAN, Marco; BELGA, Stephanie Marques Moura; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 11, p. 4361-70, nov., 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10042014>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/kzQjPDPNKsbsG8mjghv9Jjr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2023.

SNELLING, Anastacia; BELSON, Sarah Irvine; WATTS, Erin; MALLOY, Elizabeth; DYKE, Hugo Van; GEORGE, Stephanie; SCHLICKER, Sandra; KATZ, Nancy

Brenowitz. Measuring the Implementation of a School Wellness Policy. **J Sch Health**, [S.l.], v. 87, n. 10, p. 760-768, out., 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/josh.12548>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/17461561/2017/87/10>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SOUSA, Marta Caires de; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; MEDINA, Maria Guadalupe. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 22, n. 6, p. 1781-90, jun., 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nGRj8mdvwwZHvy6G76MrjfJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2023.

SOUZA, Ana Cláudia de; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIRARDELLO, Edinéis de Brito. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, jul./set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v26n3/2237-9622-ess-26-03-00649.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

THUMÉ, Elaine; FEHN, Amanda Cavada; ACIOLI, Sonia; FASSA, Maria Elizabeth Gastal. Formação e prática de enfermeiros para a atenção primária à saúde: avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp 1, p. 275-88, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S118>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GnsG3ZWVxkVkSFPGNXVxmQF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2023.

WACHS, Louriele Soares; FACCHINI, Luiz Augusto; THUMÉ, Elaine; TOMASI, Elaine; FASSA, Maria Elizabeth Gastal; FASSA, Anaclaudia Gastal. Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 38, n. 6:e00231021, p. 1-14, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT231021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3dcVzH7x3cj6dhBvNMt85PJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2023.

**ANEXO V: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO 3 - REVISTA DE
EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
(REVASF)**

[REVASF] Agradecimento pela submissão

Prof. Marcelo Silva de Souza Ribeiro <revasf.univasf@gmail.com>

Dom, 23.04.2023 17:56

Para: Vanessa Bordin <vanessa.bordin@hotmail.com>

Vanessa Bordin,

Agradecemos a submissão do trabalho "PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: INTERSETORIALIDADE, INTEGRALIDADE, FORMAÇÃO, GESTÃO E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE" para a revista Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/authorDashboard/submission/2372>

Login: vanessabordin

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Prof. Marcelo Silva de Souza Ribeiro

##defaultJournalSettings.emailSignature##