



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

CARLA MOUSINHO FERREIRA LUCENA

**DICOTOMIAS CONCEITUAIS: análise sobre a concepção de promoção da
saúde utilizada no Programa Saúde na Escola e na Estratégia Saúde da Família**

JOÃO PESSOA

2015

CARLA MOUSINHO FERREIRA LUCENA

DICOTOMIAS CONCEITUAIS: análise sobre a concepção de promoção da saúde utilizada no Programa Saúde na Escola e na Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de Concentração: Política Social
Orientadora: Prof^{fa} Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti

JOÃO PESSOA

2015

L935d

Lucena, Carla Mousinho Ferreira.

Dicotomias conceituais: análise sobre a concepção de promoção da saúde utilizada no Programa Saúde na Escola e na Estratégia Saúde da Família / Carla Mousinho Ferreira Lucena. – João Pessoa. 2015.

141f. : il.

Orientadora: Patrícia Barreto Cavalcanti

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA

1. Serviço Social. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde na escola. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Intersetorialidade – empoderamento. 6. Participação social.

UFPB/BC

CDU: 36(043)

CARLA MOUSINHO FERREIRA LUCENA

DICOTOMIAS CONCEITUAIS: análise sobre a concepção de promoção da saúde utilizada no Programa Saúde na Escola e na Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em _____ de _____ de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti
Universidade Federal da Paraíba
Orientadora

Profª Dra. Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Universidade Federal da Paraíba
Examinadora Interna

Profª Dra. Mirian Alves da Silva
Examinadora Externa
Departamento de Enfermagem da UFPB

Dedico a você, meu Gabriel. Quanta força, doçura, inteligência e leveza traz aos meus dias! Com você o meu céu está sempre cheio ilustrações, cada palavra soa como uma canção, e sem falar que elas nem precisam rimar para a mais linda poesia se formar. Fico muito feliz por saber que estou no seu coração! E sim! Você tem toda razão! Eu sou mesmo muito sortuda por Deus ter me dado você como filho! Eu te amo, meu pequeno!

Agradecimentos

Em primeiro lugar, o que posso eu dizer Àquele que me conhece melhor do que eu? Que mesmo na ausência de palavras sabe o que tenho a dizer? Que investe em mim com planos que não podem ser frustrados? É tão bom saber e sentir que nenhum dos meus passos está desconectado dos planos que Tu tens para mim. Sem sombra de dúvidas posso declarar que Teus sonhos são maiores que os meus, que Teus planos são melhores e que a Tua vontade é perfeita e agradável para mim. A cada dia constato que por maior que seja meu empenho, meu compromisso e minha responsabilidade, sem Ti eu nada posso! Obrigada Deus!

Cada conquista tem seu significado e isso é óbvio. Todos nós sabemos que antes de alguma conquista sempre existem as dificuldades, obstáculos, dores a serem superadas... Foi nesse sentido que alguém me disse que vencedores são aqueles que “vencem dores”. Hoje posso afirmar que ao longo desse processo não foi diferente comigo, venci dores! Entretanto, quando paro e penso em tudo que vivi ao longo desses dois anos, entendo que as dificuldades foram ínfimas se comparadas a todo o aprendizado e força que me proporcionaram. Reconheço que cada uma delas teve papel fundamental: ensinar-me a ser melhor, a olhar além, a avançar quando não souber de tanta coisa... E no meio de tudo isso pude entender e afirmar, pela primeira vez, que tudo, digo tudo mesmo, cooperou para o meu bem.

Confesso que, embora meu coração transborde de gratidão, agradecer não representa uma tarefa fácil para mim. Considero um desafio expressar com palavras o que pode ser mais facilmente expresso por intermédio de ações, sentimentos, expressões, gestos... mas, enfim, não costumo fugir de desafios e desse modo, tentarei agradecer àqueles que foram fundamentais nessa caminhada e àqueles que são fundamentais no meu dia-a-dia.

Ao longo desse percurso pude refletir que nem sempre a melhor maneira para se continuar é seguir o caminho já delimitado, às vezes a mudança de direção nos faz (re)significar os nossos passos, nos faz encontrar o sentido para seguirmos em frente. E foi exatamente assim que aconteceu! Foi saindo da minha “zona de conforto” que pude mergulhar nas propostas dessa pessoa incrível que tive o privilégio de ter como orientadora, com a qual não tive apenas lições acadêmicas, mas lições de vida, de humanidade, de compromisso, de ética... À professora Patrícia Barreto, minha terna e eterna admiração e gratidão.

Quanto a você Pablo? O que dizer além de tudo que já foi dito? Estive refletindo e cheguei à conclusão de que: sim! ainda existem palavras que não foram proferidas ao longo desses quase 10 anos. Sobretudo, minhas reflexões me conduziram ao entendimento de que “suportar” é uma palavra que nos representa bem. Claro que nós sabemos que ao longo de todo esse tempo temos tolerado nossas divergências, mas eu quero chamar a atenção para um aspecto que acaba não sendo tão utilizado e que se refere a “dar suporte”. Assim temos feito, temos dado suporte um ao outro. E nessa relação, o “meu” se torna “nosso”! O que temos conseguido compartilhar é, sem sombra de dúvidas, incalculavelmente maior que qualquer bem material que alguém pode possuir! É desse modo que temos vivenciado a frase: “suportai-vos em amor”. Obrigada por todo o suporte, amor, apoio...

A meus pais Ivone e Fernando e meu irmão Carlos posso dizer que me considero abençoada por tê-los em minha vida. Não há como desvincular a pessoa que sou hoje de vocês. Não há explicação para o amor que sinto por cada um. Obrigada por todo amor, admiração, sacrifícios, apoio, cuidado... por tudo!

À minha sogra Lenina e meu sogro Pádua minha gratidão por todo apoio e contribuição que nos direcionaram nesse período tão corrido.

A todos os familiares que não se cansam de torcer e vibrar por cada uma de minhas conquistas.

Aos amigos que me apoiaram, torceram e contribuíram para momentos lúdicos em meio aos momentos de stress e cansaço.

Aos amigos do mestrado que compartilharam comigo momentos de alegria, aprendizado, angústia, esperança... Em especial agradeço a Aline, Severino e Taty.

Às Professoras Dras. Ana Paula Sales Miranda e Miriam Alves da Silva por aceitarem participar desse momento tão especial para mim e contribuir com suas preciosas análises.

A todos os professores e professoras do Programa de Pós-graduação em Serviço Social pela contribuição com o meu processo formativo.

A todos aqueles que contribuíram de modo direto ou indireto para que eu pudesse alcançar esse objetivo. Muito obrigada!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” (Arthur Schopenhauer)

Resumo

A Promoção da Saúde é considerada uma importante estratégia para a superação do desenvolvimento de ações meramente curativas e individuais direcionadas à saúde, pois propõe o desenvolvimento de ações assistenciais, preventivas e promocionais à saúde. Entretanto, essa proposta reflete inúmeros empecilhos, dentre eles destaca-se o aspecto conceitual, que foi sendo moldado ao longo dos anos a partir da evolução da compreensão acerca do conceito de saúde. Tomando por base o escopo da promoção da saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado no ano de 2007. O programa opera analisando-se a partir da articulação da Estratégia Saúde da Família com a escola. O presente estudo foi realizado com o objetivo de identificar as inconsistências do PSE a partir da concepção de promoção à saúde que incorpora, tendo como contraponto o entendimento que a Organização Mundial da Saúde tem sobre a temática, que se alicerça em sete princípios, quais sejam: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental. A coleta dos dados ocorreu no período compreendido entre janeiro a junho de 2014. Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico através de uma leitura prévia dos títulos e resumos dos artigos, dissertações e teses constantes no material científico a ser delimitado. A coleta foi realizada junto às bases de dados do Scielo; Bireme; Lilacs; Medline e Biblioteca Cochrane, e foram utilizados os descritores: promoção da saúde; saúde na escola; Programa Saúde na Escola; Estratégia Saúde da Família e saúde escolar. Foram obtidos 35 artigos e 8 dissertações. Esta etapa foi seguida pela pesquisa documental. Nessa etapa foram utilizados os Documentos referentes ao PSE e à Estratégia Saúde da família. Por fim, o tratamento dos conteúdos selecionados se deu a partir da análise dos resultados obtidos, no qual foi realizada a apresentação dos achados da pesquisa tendo em vista os objetivos estabelecidos. Como resultados obteve-se que: não foi possível identificar concretamente que a promoção da saúde seja adotada como centro nuclear do Programa; não há a delimitação de uma concepção de promoção da saúde, antes há uma mescla de concepções que podem ser observadas a partir das ações preconizadas; as dificuldades estruturais enfrentadas pela ESF comprometem seu funcionamento; predomina-se a tendência da culpabilização pessoal seja do indivíduo quanto a sua realidade, seja do profissional referente ao compromisso com o sucesso das ações propostas; não visualiza-se a incorporação dos sete princípios delimitados pela OMS; a preponderância dada ao setor saúde para a condução das ações propostas indica séria fragilidade; as ações que se destacam são as curativas e as ações de promoção são confundidas com as de prevenção. Diante disso, identifica-se a importância do compromisso com a avaliação crítica do programa e do envolvimento de diversos setores, da esfera política e da participação ativa dos indivíduos para o desenvolvimento de ações que sejam condizentes com o conceito ampliado de saúde e que possam incidir sobre determinantes sociais.

Palavras – chave: Promoção da saúde. Saúde na escola. Estratégia Saúde da Família. Intersetorialidade. Empoderamento. Participação social.

Abstract

Health Promotion is considered an important strategy for overcoming the development of purely curative and individual actions aimed at health, which are characteristic of the biomedical model. The same proposes the development of care, preventive and promotional health. However, this proposal reflects numerous obstacles, among them stands out the conceptual aspect, which was being shaped over the years from the development of understanding of the concept of health. Based on the scope of health promotion, the School Health Program was created in 2007, the same propose to the articulation of the Family Health Strategy with the school and it is proposed to integrate and link the two sectors with actions that aim to improve the quality of life of students in basic education schools. Thus, the present study was to identify the program inconsistencies from the design of health promotion that it incorporates in confront the understanding that the World Health Organization has about the same which is based on seven principles, which are: holism, intersectionality, empowerment, social participation, equity, multi-strategy actions and sustainability. This is a bibliographic and documentary research. Data collection occurred in the period from January to June 2014. Initially a literature review was conducted through a prior reading of titles and abstracts of articles, dissertations and theses contained in the scientific material to be defined. The collection was conducted with the Scielo databases ; Bireme ; Lilacs ; Medline and Cochrane Library , and the descriptors were used: health promotion; school health ; School Health Program ; Health strategy and school health . 35 articles and eight dissertations were obtained . This step was followed by desk research. As a result was obtained that: can not identify specifically that health promotion is adopted as nuclear center of the program; there is the definition of a concept of health promotion, before there is a mix of concepts that can be seen from the recommended actions; the structural difficulties faced by the FHS compromise its operation; predominates the trend of personal guilt is individual as your reality, is the professional regarding the commitment to the success of the proposed actions; do not see the incorporation of the seven principles defined by the WHO; the preponderance given to the health sector to conduct the proposed actions indicates serious weakness; the actions that stand out are the healing and promotion actions are confused with prevention. Therefore, identifies the importance of commitment to the critical evaluation of the program and the involvement of many other sectors of the political sphere and the active participation of individuals to the development of actions that are consistent with the broader concept of health and can focus the social determinants.

Keywords: Health promotion. Health at school. Family Health Strategy. Intersectionality. Empowerment . Social participation.

Lista de ilustrações

Quadro 1 - Portarias relativas ao PSE	77
Figura 1 - Cobertura do PSE	82
Quadro 2 - Cobertura do PSE	83
Tabela 1 - Ações do Componente I PSE	110
Tabela 2 - Ações do Componente II PSE	111

Lista de abreviaturas e siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CIESE	Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
CNS	Conferência Nacional de Saúde
EPS	Escola Promotora de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
GTI-M	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MESP	Ministério de Educação e Saúde Pública
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCO	Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional da Assistência Social
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PS	Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIMEC	Sistema de Monitoramento Execução e Controle
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
2	A PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	26
2.1	O Conceito de Promoção à saúde.....	26
2.2	A Promoção da Saúde nas Políticas de Saúde no Brasil (processo histórico de sua utilização). A Promoção da saúde na Política de Atenção Básica.....	47
3	A PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA ALÉM DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	58
3.1	O Uso da promoção da saúde na área de educação: tentativas históricas de integrar as políticas de saúde e educação.....	58
3.2	Dificuldades na promoção da saúde por meio da intersetorialidade entre as Políticas da saúde e educação: o que nos aponta a literatura.....	69
3.3	O Programa Saúde na Escola e a Estratégia Saúde da Família.....	74
4	A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DO PSF E PSE.....	84
4.1	A Promoção da Saúde Segundo a legislação do PSE e da ESF.....	84
4.2	A Promoção da Saúde Segundo a produção do conhecimento.....	94
4.3	A proposta da OMS na construção da promoção da saúde e a efetivação do PSE.....	107
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
	REFERÊNCIAS.....	129

1 INTRODUÇÃO

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

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

Dada a constatação da insuficiência do atual modelo hegemônico de produção de saúde, pressupõe-se a necessidade de novas concepções de conhecimento, aliadas a sistemas terapêuticos substitutivos e mais resolutivos. Ou seja, em substituição à categorização e à simplificação dos saberes, à separação entre sujeito e objeto, buscam-se perspectivas que considerem a complexidade dos processos de saúde-doença (MORIN, 2000).

Gomes (2009) considera que a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) pode ser um importante mecanismo capaz de trazer avanços que possam contrapesar as ações meramente curativas e individuais por intermédio de ações de promoção de saúde. O autor ainda indica que tais ações se expressam não apenas no que concerne ao entendimento do que seja a saúde, mas também na forma de organização dos serviços.

Entretanto, há de se considerar que nem sempre o que é proposto é seguido ou alcançado. No caso da Promoção da Saúde, observa-se que o próprio entendimento quanto à sua conceituação reflete alguns empecilhos. Ressalta-se que ao longo dos anos seu conceito tem sofrido alterações, que têm acompanhado a conjuntura social, política e econômica de cada período.

Dentre os programas institucionais que se efetivam tomando por base o escopo da promoção da saúde se destaca o Programa Saúde na Escola (PSE) que em articulação com a Estratégia Saúde da Família, vem desde 2007 se propondo a

integrar e articular os dois setores com ações que objetivam melhorar a qualidade de vida dos alunos das escolas de educação básica.

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. O público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA). As ações de educação e saúde do PSE ocorrerão nos Territórios pactuados entre os gestores municipais de educação e de saúde definidos segundo a área de abrangência das Equipes de Saúde da Família (Ministério da Saúde), tornando possível a interação entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, outros). (BRASIL, 2013, p. 1.)

O Programa é implementado, com base em cinco componentes, quais sejam: avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; promoção da saúde e ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde; educação continuada e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; monitoramento e avaliação do programa. (BRASIL, 2011).

É justamente a partir de um desses componentes que nosso trabalho se alicerça, qual seja, a promoção da saúde e as ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde e na análise das concepções que são usadas para a configuração das ações decorrentes dos mesmos.

Nosso estudo **objetivou identificar as inconsistências do Programa Saúde na Escola a partir da concepção de promoção à saúde que o mesmo incorpora tendo como contraponto o entendimento que a Organização Mundial da Saúde tem sobre a mesma** que se alicerça em sete princípios.

A OMS caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade. (WHO, 1998, apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 107).

Além disso, dimensionam-se a esse objetivo geral, os seguintes objetivos específicos: **identificar como os documentos legais referentes ao Programa Saúde da Escola sinalizam, em termos de dispositivos operacionais, a interação da promoção da saúde com a Estratégia Saúde da Família; analisar se os documentos legais apontam efetivamente como os setores de educação e saúde (historicamente fragmentados) podem construir ações intersetoriais para a materialização do PSE e, por fim, identificar de quais modos os sete princípios definidos pela OMS na construção da promoção da saúde são considerados no programa.**

Salientamos que esse estudo não se reporta a uma avaliação de programas, ou seja, apesar de no desenvolvimento da pesquisa tenhamos sido impulsionadas a analisar com mais acuidade o PSE, não o fizemos na perspectiva de avaliarmos sua gestão e seus impactos como fim último.

Para alcance das propostas do projeto foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental. De acordo com Pizzani *et al* (2012), entende-se por pesquisa bibliográfica a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico a qual pode ser realizada em livros, periódicos, artigo de jornais, sites da Internet entre outras fontes.

A autora afirma que a revisão de literatura tem vários objetivos, dentre os quais se destacam: a) proporcionar um aprendizado sobre uma determinada área do conhecimento; b) facilitar a identificação e seleção dos métodos e técnicas a serem utilizados pelo pesquisador; c) oferecer subsídios para a redação da introdução e revisão da literatura e redação da discussão do trabalho científico.

Para consecução da pesquisa bibliográfica foram adotadas como parâmetro as propostas de Lima e Miotto (2007) que se referem ao rigoroso planejamento que se deve construir ao se fazer uso deste tipo de pesquisa. De acordo com as autoras, o plano metodológico mais adequado para investigações desta natureza deve ser composto pelas seguintes etapas: **A exposição do método; a construção do desenho metodológico** (Elaboração do projeto de pesquisa; Investigação das soluções; Análise explicativa das soluções; Síntese integradora) **e a apresentação do percurso da pesquisa.**

A coleta ocorreu no período compreendido entre janeiro a junho de 2014. Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico através de uma leitura prévia dos títulos e resumos dos artigos, dissertações e teses constantes no material

científico a ser delimitado. Assim, fizemos uma coleta junto às bases de dados do Scielo; Bireme; Lilacs; Medline e Biblioteca Cochrane, com os seguintes descritores combinados: promoção da saúde; saúde na escola; Programa Saúde na Escola; Estratégia Saúde da Família e saúde escolar.

Como produto mais direto da coleta captamos 35 artigos e 8 dissertações de mestrado acadêmico que se voltaram exclusivamente para os descritores apontados. Esta etapa foi seguida pela pesquisa documental, que acreditamos, refina com profundidade o conhecimento de uma realidade específica. A escolha pela pesquisa documental se deu pela justificativa de que o uso de documentos em pesquisa possibilita ao pesquisador extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque torna possível ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. (SÁ-SILVA *et al* 2009).

Deste modo, foram analisados os documentos referentes ao Programa Saúde da Escola e a Estratégia Saúde da Família, bem como os relatórios de técnicos e os dispositivos utilizados na gestão do Programa Saúde da Escola.

Por fim, foi realizado o tratamento dos conteúdos selecionados (síntese integradora) a partir da análise dos resultados obtidos, no qual foi realizada a apresentação e um exame dos achados da pesquisa tendo em vista os objetivos estabelecidos.

Para alcançarmos a síntese integradora, procedemos ao uso da técnica de leitura proposta pelas autoras, que se organiza seguindo as seguintes etapas:

- Leitura de reconhecimento do material bibliográfico [...]
- Leitura exploratória – também se constitui em uma leitura rápida cujo objetivo é verificar se as informações e/ou dados selecionados interessam de fato para o estudo; [...]
- Leitura seletiva – procura determinar o material que de fato interessa, [...]
- Leitura reflexiva ou crítica – estudo crítico do material orientado por critérios determinados a partir do ponto de vista do autor da obra, [...]
- Leitura interpretativa – é o momento mais complexo e tem por objetivo relacionar as ideias expressas na obra com o problema para o qual se busca resposta. (LIMA e MIOTO, 2007, p. 41).

Cabe-nos ainda salientar, que a priori, a opção pela pesquisa de cunho teórico causou desconforto, em função de uma tendência da supervalorização de

pesquisas empíricas em detrimento de pesquisas teóricas, notadamente no campo das ciências sociais aplicadas.

Inicialmente nos sentimos receosas ao nos deparar com a possibilidade da realização desse segundo tipo de pesquisa na consecução da dissertação. Entretanto, esse sentimento foi, em segundos, substituído pela sedução que representou tal desafio. Isso nos remeteu a um texto de Vianna (2008) quando a autora discorre acerca da realidade de que na realização de estudos sobre as políticas sociais têm sido supervalorizados os dados empíricos, bem como os métodos para realizá-los em detrimento da elaboração teórica. Nessa perspectiva, a autora afirma que as fundamentações teóricas e as discussões acadêmicas sobre elas, passam a ser consideradas supérfluas. Todavia, a mesma atenta para o fato de que, diariamente, têm sido aperfeiçoadas técnicas de observação, de estatísticas, de indicadores, de modelos, de diagnósticos para nos permitir diligenciar a realidade.

Desse modo esta dissertação está organizada em cinco seções. Na primeira seção temos a introdução da pesquisa. Na segunda seção intitulada “A Promoção da Saúde como mecanismo transversal nas políticas públicas” realizamos um debate sobre o conceito de promoção da saúde a partir tanto da inclusão histórica de tal conceito, como da produção do conhecimento sobre o mesmo. Em seguida retomamos a concepção de promoção da saúde inserida no desenvolvimento histórico das políticas de atenção básica no Brasil.

A terceira seção denominada “A promoção da saúde para além da política de saúde”, procura analisar o uso da promoção da saúde na área de educação em cotejo com as tentativas históricas de integrar as políticas de saúde e educação. Ainda nesse capítulo, trazemos a discussão sobre as dificuldades na promoção da saúde por meio da intersetorialidade entre as Políticas da saúde e educação segundo a produção do conhecimento e apresentamos formalmente o Programa Saúde na Escola e a Estratégia Saúde da Família.

Na quarta seção nominada “A Promoção da saúde na perspectiva da ESF e do PSE”, discutimos sob a égide da legislação referente aos dois programas as similitudes em relação às concepções de promoção da saúde adotadas e como a produção do conhecimento traduz em suas análises a absorção de tais concepções nos programas referidos.

Na quinta seção seguem-se as considerações finais.

2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

2.1 O Conceito de Promoção à Saúde

Discutir a temática da Promoção da Saúde é sem dúvida fazer um percurso com inúmeras articulações e navegar por campos de saberes diversos, tendo em vista sua amplitude e o alcance de seus impactos quando da sua materialidade. Ademais, estamos tratando de um conceito polissêmico, margeado por intensos conflitos que marcaram em geral a história mundial da saúde pública. Na compreensão de Fernandez *et al*:

Consideramos que há uma pluralidade de reflexões sobre a promoção da saúde, que se deve, em parte, à sua juventude, já que tomamos como referência a forma que ela vem assumindo da segunda metade do século XX aos dias atuais, sendo significativas as mudanças pelas quais passou nas décadas de 1970 e de 1980. Consideramos também que essa forma atual é resultado e expressão de uma mudança nos quadros mentais do ocidente, perceptível a partir da crise do projeto da modernidade e do paradigma científico dominante, situação de disputa de projetos que alimenta também a pluralidade de reflexões. (2008; p. 162).

Antes, porém, de analisá-lo faz-se necessário discutir preliminarmente, dois grandes paradigmas que norteiam e caracterizam as práticas em saúde há séculos, ou seja, o flexneriano (produto do famoso Relatório Flexner de 1910) e o baseado na medicina preventiva, o da promoção da saúde. Ambos até hoje permeiam as práticas sanitárias e colocam em discussão um em contraposição ao outro, e as bases conceituais e as ideias centrais que defendem.

Quanto ao paradigma Flexner pode-se afirmar que:

O principal elemento desse referencial é o *curativismo* e, entre os demais elementos, o *mecanicismo* (tal como acontece na mecânica clássica, uma causa atuando num corpo, sempre produz um efeito. Incorpora-se aqui a noção de unicausalidade: é uma causa, produzindo um efeito.); o *biologismo* (as doenças e suas curas sempre ocorrem no nível biológico); o *individualismo* (o objeto das ações em saúde é um indivíduo, tratado por outro indivíduo, excluindo-se, portanto, dessa ação o contexto ambiental, o social e o histórico); e a *especialização*. O *curativismo*, como referido, é o elemento primordial, pois, como a saúde é a ausência da doença num indivíduo, o diagnóstico e a terapêutica ganham toda a relevância no processo. Assim, a prática sanitária passa a ser a

busca da cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença. (SANTOS; WESTPHAL, 1999, p. 3).

Foi nesse sentido que a medicina caminhou ao longo dos anos, e, apesar de receber inúmeras críticas, esse paradigma ainda exerce, nos dias coetâneos, forte influência nas práticas em saúde. Conforme visto anteriormente, nessa perspectiva o usuário é resumido à patologia que apresenta, sendo, portanto, desconsiderados os determinantes que contribuem para o surgimento da enfermidade apresentada, os quais podem implicar em seu agravo, comprometer a sua recuperação e, ainda, podem ser responsáveis por condicionarem a reincidência de tal enfermidade.

Quanto à especialização, em muitas situações observa-se que, dado o seu avanço, a escuta, seja simples ou qualificada, foi dirimida do processo de cuidado em saúde, haja vista o potencial do profissional para decifrar a sintomatologia da doença, medindo dessa feita seu acúmulo teórico e sua capacidade técnica. Assim, o usuário foi se distanciando do processo de diagnóstico e cuidado da própria enfermidade.

A ciência avançou tanto que alguns autores, como é caso de Merhy (2002), atentam para o fato de que atualmente vivencia-se uma crise que não se sustenta na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou ainda na possibilidade material de se atuar diante das problemáticas apresentadas, e sim na fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, bem como na organização da rede assistencial que permanece segmentada e no baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, dentre outras problemáticas.

Observa-se também como reflexo de tal paradigma, a sobreposição do saber médico em relação aos outros profissionais. Esse profissional detém em suas mãos a admissão do usuário em um serviço de saúde, ou seja, a afirmação de tal necessidade, a definição da terapêutica a ser adotada, bem como a alta, e em algumas situações chega até a afirmar ou dispensar a necessidade de intervenção de outros profissionais.

Desse modo, ocorre o distanciamento da possibilidade de se trabalhar integralmente as necessidades apresentadas pelo usuário, o que se configura em uma séria problemática, pois diante do conceito ampliado de saúde, afirma-se a preponderante necessidade de maior interlocução de saberes dos distintos profissionais envolvidos no processo de cuidado. Há de se convir que, muitas vezes

um usuário chega a determinado serviço de saúde, sem que sua necessidade principal seja a enfermidade apresentada, e há de se reconhecer que por vezes tais necessidades são desconsideradas.

O paradigma da promoção da saúde, que é baseado na medicina preventiva, surgiu como uma alternativa ao paradigma flexneriano. Todavia, conforme já afirmado, não foi capaz de romper totalmente com suas influências. O mesmo baseia suas ações na vigilância à saúde, que concentra sua atuação não apenas nas enfermidades e agravos, mas em tudo que pode contribuir para suas causas. Desse modo, há a possibilidade de se contemplar todos os fatores que envolvem a saúde enquanto conceito ampliado. (PAGLIOSA; ROS, 2008).

Além disso, tal paradigma ainda afirma a necessidade e importância da realização do trabalho coletivo e do desenvolvimento de atividades educativas e preventivas. Cabe salientar, porém, a dificuldade em seguir suas propostas devido à crise referida anteriormente, que contribui para manter o grande percentual dos gastos de saúde direcionado para atividades meramente curativas, sem que sejam associadas a isto atividades de cunho preventivo.

Tradicionalmente o conceito de Promoção à saúde foi definido a partir do modelo de Leavell e Clark, na década de 1940, tendo despontado como sendo um componente no esquema denominado História Natural da doença, o qual considerava a inter-relação de três elementos constituintes da tríade “ecológica”, sejam eles: o ambiente, o agente e o hospedeiro. (LEAVELL, CLARK, 1978, *apud* HEIDMANN *et al*, 2006).

De acordo com Gomes (2009), nesta concepção a história natural de uma doença humana seria constituída por dois períodos: o de pré-patogênese, que como o próprio nome indica, refere-se ao momento que antecede ao momento de instalação de uma enfermidade; e o de patogênese, que por sua vez, corresponde ao período de rompimento do horizonte clínico, e, conseqüentemente, ocorre a instalação da doença. Em conformidade com isso, a cada período haveria barreiras que poderiam ser contrárias à manifestação da doença, que seriam a prevenção da doença, que por sua vez foi classificada como: primária, secundária e terciária. A promoção à saúde corresponde ao nível de prevenção primária e como bem adverte Czeresnia (1999, p. 40) :

O termo 'prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (Ferreira, 1986). A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (Leavell & Clark, 1976:17). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. 'Promover' tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira, 1986). Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais".

Buss (2003) faz notar que Sigerist (1941) foi um dos primeiros autores a utilizar o termo promoção da saúde. Isto se deu quando o autor definiu as quatro tarefas essenciais da medicina, a saber: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. O autor defendia que para se promover a saúde deveria se proporcionar condições de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física, além de considerar a importância do lazer e do descanso. E, para isso considerava a necessidade do esforço político, de setores sindicais e empresariais, bem como educadores e médicos.

Sabe-se que é a partir dos anos de 1970 que a promoção à saúde emerge como nova concepção de saúde, influenciada pelo amplo debate realizado durante a década de 1960 em várias partes do mundo sobre a importância dos determinantes sociais e econômicos, os quais apontam para uma compreensão que ultrapassa a supervalorização dos fatores biológicos, em detrimento de uma abordagem ampliada. Mas, o que seriam tais determinantes?

Para Badziak e Moura (2010) os determinantes sociais da saúde consistem em mecanismos que servem não apenas para explicar as iniquidades em saúde, como também representam um ponto de partida para se combater as injustiças relativas às diferenças do acesso à saúde. Os autores ainda afirmam que suas diversas definições expressam em maior ou menor grau de detalhamento, o conceito de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão indissociavelmente relacionadas com sua situação de saúde.

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) afirma serem os determinantes vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural, “[...] são produto da ação humana e, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana.” (FIOCRUZ, CNDSS, 2008, p. 3). Os determinantes seriam, destarte, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que podem representar a causa de incidência de enfermidades na população. A OMS considera que os determinantes seriam as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Logo, nota-se que os determinantes também são margeados por diversas conceituações.

No decorrer dos anos, diversos autores têm se debruçado sobre o tema, no intuito de desenvolver modelos que possam tornar claras as formas pelas quais os determinantes afetam a saúde, para deixar evidentes quais as conexões que possuem uns com os outros e para localizar pontos estratégicos para as ações de políticas. Dentre os principais modelos, destacam-se os propostos por: Dahlgren e Whitehead (1991); Diderichsen e Hallqvist (1998, o qual foi adaptado posteriormente por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001); Mackenbach (1994); e o de Marmot e Wilkinson (1999). (BRASIL, 2005).

No modelo definido por Dahlgren e Whitehead (1991) as desigualdades sociais na saúde são consideradas como resultantes das interações entre os diferentes níveis de condições, compreendendo desde o nível individual (Buss; Pellegrini, 2007).

O modelo desenvolvido por Diderichsen e Hallqvist de 1998 e adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001) enfatiza a criação da estratificação social pelo contexto social que encarrega aos indivíduos posições sociais diferentes, que por sua vez, determinam suas oportunidades de saúde. Os mecanismos que definem tais posições são "os principais mecanismos sociais que geram e distribuem o poder, a riqueza e os riscos", a exemplo disso, consideram-se o sistema educacional, as políticas de trabalho, as normas direcionadas aos gêneros e as instituições políticas. (BRASIL, 2005).

O modelo proposto por Mackenbach (1994) ressalta os mecanismos que geram as desigualdades na saúde: seleção x causa. O mesmo inclui o ambiente na infância, os fatores culturais e os fatores psicológicos, apontando sua contribuição

para as desigualdades na saúde, seja como fator de seleção, ou seja, como fator causal. (MACKENBACH *apud* BRASIL, 2005).

Quanto ao modelo desenvolvido por Brunner, Marmot e Wilkinson (1999), considera-se que tenha sido desenvolvido para interligar os aspectos da saúde clínica às da saúde pública.

Retomando a discussão referente ao paradigma da promoção à saúde, Gomes (2009) considera que dentre as diferentes iniciativas desenvolvidas com tal orientação duas merecem destaque, são elas: a abertura da China nacionalista nos anos de 1973-1974 ao mundo exterior, e o movimento canadense desenvolvido a partir do relatório Lalonde, que foi elaborado no ano de 1974.

Estas iniciativas criaram as bases para o desenvolvimento de movimentos importantes na elaboração de um novo paradigma, que foi formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de “Saúde Para Todos no ano de 2000” e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que obteve destaque na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa, e que vem paulatinamente sendo enriquecida por intermédio da série de declarações internacionais formuladas periodicamente nas conferências sobre a temática. (BRASIL, 2002).

Referente a tais conferências, é importante notar que as mesmas contaram com o apoio de organismos internacionais para a saúde, como é o caso da OMS e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Conforme já mencionado, o conceito de Promoção à Saúde sofreu alterações ao longo dos anos. Desta forma será realizada uma breve abordagem de cada documento, a qual será disposta por ordem cronológica.

Considera-se que o Relatório Lalonde foi o primeiro documento acerca da Promoção à Saúde. Conforme se pode observar a seguir:

A motivação central do Relatório Lalonde parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusiva médica para as doenças crônicas devido aos resultados pouco significativos que aquela apresentava. Os fundamentos do Relatório Lalonde se encontravam no conceito de “campo da saúde”, que reúne os chamados “determinantes da saúde”. “Este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes – biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à

saúde – dentro dos quais distribuem-se inúmeros fatores que influenciam a saúde”. (BUSS, 2003, p. 22).

A partir de tais informações é possível notar que o referido relatório enfatizou os fatores particulares em detrimento de uma análise mais abrangente acerca dos fatores determinantes da saúde, ou seja, os fatores gerais, o que corrobora com os ideários neoliberais referentes à culpabilização/responsabilização dos indivíduos frente à iniquidade social. Entretanto, isso não subtrai a sua importância. Conforme afirmam Sícoli e Nascimento:

Lalonde destacara a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida. Propusera, então, ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida. (2003, p. 103)

De acordo com Brasil (2002), o Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974), foi posteriormente reforçado por intermédio do Relatório Epp - Alcançando Saúde Para Todos (1986), tendo ambos contribuído para estabelecer as bases para a construção de um novo paradigma, que foi formalizado na Conferência de Alma-Ata.

Por sua vez, a Declaração de Alma-Ata foi elaborada durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no ano de 1978 na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). A mesma reafirma a saúde enquanto direito de todos, aponta para a intersetorialidade enquanto estratégia para se alcançar a saúde, reconhece a importância da participação popular no planejamento e na execução dos cuidados de saúde e rompe com a lógica da responsabilização do indivíduo ao afirmar a necessidade da cooperação do governo para se alcançar tal fim.

A partir desse momento a OMS passou a definir cuidados primários em saúde como sendo:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto

do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (OMS-UNICEF, 1979, p. 3).

Porém, Pereira e Oliveira (2014) afirmam que após a Conferência de Alma-Ata, essa concepção passou a sofrer duras críticas, que questionavam sua aplicabilidade por possuir um vasto conteúdo, e então passou a ser divulgada uma concepção seletiva, distante do que era preconizado originalmente pela OMS.

A Carta de Ottawa foi elaborada durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986, o evento surgiu como resposta às expectativas quanto a uma nova saúde pública, as quais eram expressas em movimentos que vinham acontecendo no mundo inteiro e, além disso, foi influenciada pelas discussões decorrentes da Declaração de Alma-Ata. (BRASIL, 2002).

De acordo com a Carta de Ottawa entende-se que a Promoção à saúde pode ser considerada como: “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (BRASIL, 2002, p. 19).

O documento sinaliza que as condições e recursos fundamentais para a saúde são: a paz; a educação; a alimentação; a renda; ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça social e equidade. Tais apontamentos representam um avanço, pois expressam o reconhecimento de que:

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis. (BRASIL, 2002, p. 22).

Além de reconhecer que a responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos, a Carta aponta que, para que isto aconteça faz-se necessária a reorientação de tais serviços. Quanto a isto, o Documento discorre que:

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é. (BRASIL, 2002, p. 24-25).

Na trajetória da promoção à saúde, a Carta de Ottawa representa um importante papel, pois aponta para a necessidade de se romper com a “endogenia” do setor saúde, ampliando o olhar para outros setores que historicamente foram desconsiderados, ainda que se pondere que a ampliação do conceito de saúde tenha pressuposto tal necessidade.

A declaração de Adelaide foi elaborada durante a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida no período de 5 a 9 de abril de 1988. O documento reafirmou o conteúdo expresso na Carta de Ottawa, e apontou as desigualdades existentes na sociedade como precursoras das problemáticas expressas no âmbito da saúde. E para a superação dessa realidade, foi apontada a necessidade do desenvolvimento de políticas que objetivassem a superação das desigualdades existentes entre os menos favorecidos e os mais favorecidos socialmente, sendo o enfoque prioritário direcionado aos grupos mais vulneráveis. O documento afirmou ainda que, para que ocorresse a materialização de suas recomendações era necessário o estabelecimento por parte do governo de ações concretas nos níveis nacional, regional e local. (BRASIL, 2002).

A 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu em Sundsvall na Suécia, no período de 9 a 15 de Junho de 1991 e deu origem à

Declaração de Sundsvall, que teve como tema: “Os Ambientes Favoráveis à Saúde”. A justificativa para esse tema se fundamentou no entendimento de que o desenvolvimento de ambientes favoráveis é de suma importância para a saúde, reconhecendo que para o alcance deste fim todos são responsáveis. Nesse sentido, o documento considera que as iniciativas devem partir de todos os setores, devendo também ser assumidas pelos indivíduos em suas comunidades, pelos governos e ONGs, bem como pelas organizações internacionais. (BRASIL, 2002).

A conferência destacou quatro aspectos importantes para o desenvolvimento de um ambiente favorável e promotor de saúde, foram eles: a dimensão social; a dimensão política; a dimensão econômica; e a necessidade de se utilizar o conhecimento feminino em todos os setores, acreditando que deste modo pode se desenvolver uma infraestrutura mais positiva.

A conferência apontou quatro estratégias para contribuir com o alcance de suas propostas, as quais são expostas abaixo:

1. Reforçar a defesa da proposta através de ações comunitárias, particularmente pelos grupos organizados de mulheres;
 2. Capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão;
 3. Construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis;
 4. Mediar os interesses conflitantes na sociedade, de modo que se possa assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde.
- (BRASIL, 2002, p. 43)

Conforme já mencionado, o conteúdo das Cartas da Promoção da Saúde acompanha os acontecimentos sociais, políticos, econômicos e culturais correspondentes aos períodos em que emergem. Sabe-se que os anos de 1990, com os influxos neoliberais, foram anos de crise social, expressa no alto índice de desemprego estrutural, inflação, forte onda de privatização, o que contribuiu para que homens e mulheres procurassem por alternativas que pudessem lhes proporcionar melhores condições de vida, e nesse sentido o micro empresariado representou importante mecanismo de superação destas problemáticas.

De acordo com Casimiro (2011), paralelamente a este processo observa-se o surgimento de diversas entidades e organismos nacionais e internacionais voltadas para o desenvolvimento de programas de investigação e de apoio através de vários serviços direcionados para este setor, e mais preocupados com as

questões de gênero. O que contribuiu para que houvesse o aumento do reconhecimento quanto à importância da participação feminina no mercado de trabalho. Daí a explicação da inserção da discussão quanto à importância da participação feminina na promoção da saúde.

A sucessora dessa conferência foi a Declaração de Santafé de Bogotá, na Colômbia, que ocorreu nos dias compreendidos entre 9 a 12 de novembro de 1992. Esta carta tratou da promoção da saúde na América Latina e chamou a atenção para a importância de se “buscar condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento”, haja vista a prevalência da sobreposição dos interesses econômicos em relação aos propósitos de bem-estar geral para todos. Nesse direção, a Declaração considera que o objetivo primordial do desenvolvimento deve ser o alcance da igualdade de condições para os indivíduos. (OMS, 1992)

Devido o quadro epidemiológico da região registrar a prevalência de doenças como malária, cólera e desnutrição, além do surgimento de novas enfermidades, como é o caso da AIDS e de doenças resultantes da deterioração ambiental, a promoção da saúde destacou a importância da participação ativa dos indivíduos nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma cultura de saúde. Assim, o repasse de informação e a promoção do conhecimento foram considerados como valiosos instrumentos para a participação e para se alcançar as mudanças dos estilos de vida nas comunidades. (OMS, 1992).

Dessa feita, considera-se que o papel correspondente à promoção da saúde para alcançar este fim consiste em: além de identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos, atuar como um agente de mudança que conduza a transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destes infortúnios. (BRASIL, 2002).

É importante ressaltar que a carta também reforçou a valorização da mulher nesse processo, apontando para a importância de eliminar os efeitos diferenciais que incidem sobre a categoria, além de considerá-la como um importante elo na promoção da saúde na América Latina.

No dia 4 de junho de 1993 aconteceu em Port of Spain, Trinidad e Tobago a Primeira Conferência da Saúde do Caribe, que resultou na Carta do Caribe para a Promoção da Saúde. O evento refletiu a preocupação do Caribe quanto à

importância da promoção da saúde enquanto instrumento por intermédio do qual sua população poderia assumir maior controle sobre sua saúde e, conseqüentemente, melhorá-la. (OMS, 1993).

A Carta do Caribe expressa a compreensão da promoção da saúde, como o novo enfoque capaz de fortalecer a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlar, melhorar e manter seu bem estar físico, mental, social e espiritual. Ainda de acordo com o documento, a promoção não se baseia apenas na prevenção e controle da enfermidade, mas também na saúde e bem estar, além de defender o conceito de que a saúde das pessoas é um recurso positivo em suas vidas. (OMS, 1993).

A Carta apresenta as seguintes estratégias para garantir a compreensão, planejamento e execução da promoção da saúde:

- formulação de normas públicas saudáveis;
- reorientação dos serviços de saúde;
- poder às comunidades para conseguir o bem estar;
- criação de ambientes saudáveis;
- fortalecimento e desenvolvimento das capacidades pessoais relacionadas com a saúde, e
- construção de alianças baseadas nos meios de comunicação (OMS, 1993, p 3).

A Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde aconteceu em Jacarta, indonésia, nos dias compreendidos entre 21 - 25 de julho de 1997 e resultou na Declaração de Jacarta. A Conferência teve como tema central a Promoção da Saúde no século XXI e foi a primeira a inserir o setor privado no apoio à promoção da saúde. (BRASIL, 2002).

De acordo com o documento a promoção da saúde consiste em um processo que visa permitir que os indivíduos possuam maior controle sobre sua saúde e possam melhorá-la. O mesmo possui como principal meta o aumento das expectativas de saúde e a redução da “brecha” referente à expectativa de saúde entre países e grupos. (BRASIL, 2002).

A carta sinaliza ainda a importância de que se tenha a evolução da promoção da saúde frente aos determinantes da saúde, haja vista estes também se expressarem de forma dinâmica na sociedade, devido aos impactos dos acontecimentos, como é o caso da integração da economia global, dos mercados financeiros e do comércio, do acesso aos meios de comunicação e da evolução da

tecnologia, bem como o desgaste ambiental, devido ao uso inadequado de seus recursos. (BRASIL, 2002).

No período de 5 a 9 de junho de 2000, ocorreu na Cidade do México, no México a Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a qual resultou na Declaração do México. (BRASIL, 2002).

A Carta aponta para o reconhecimento de que a promoção da saúde e do desenvolvimento social é de responsabilidade central dos governos, devendo ser um componente fundamental das políticas e programas, e, além disso, deve ser compartilhada por todos os setores da sociedade. Nela é expresso o reconhecimento de que apesar do progresso obtido através dos esforços conjuntos dos governos e das sociedades na melhoria da saúde e na prestação dos serviços em muitos países, ainda permanecem inúmeros problemas de saúde, os quais depreciam o desenvolvimento social e econômico. O documento ainda ressalta que, para que haja uma situação mais equitativa, tais problemas devem ser urgentemente resolvidos, e aponta para a necessidade de se estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde. (BRASIL, 2002).

A sexta Conferência Global de Promoção da Saúde aconteceu em Bangkok na Tailândia em agosto de 2005. O documento resultante de tal conferência teve suas proposições fundamentadas nos valores, estratégias e princípios traçados pela Carta de Ottawa e teve como título: “A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado”. O mesmo aponta ações, compromissos e promessas necessárias para que se possam abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado, por intermédio da promoção da saúde. (OMS, 2005).

Além disso, o documento também representou um complemento para a Carta de Ottawa, pois, segundo o mesmo, devido ao fato de já haver decorrido um longo intervalo de tempo entre as duas cartas, ocorreram inúmeras mudanças no cenário. Como exemplos dessas mudanças foram citados: o aumento das desigualdades dentro dos países, bem como entre os países; novos modelos de consumo e comunicação; os métodos globais de comercialização; as mudanças globais no meio ambiente e o processo crescente de urbanização. (OMS, 2005).

Por outro lado, a Carta também reconhece que tal contexto de mudanças também favorece o desenvolvimento de novas oportunidades para se trabalhar em prol da melhoria da saúde como é o caso do avanço das tecnologias de

comunicação e informação, e o desenvolvimento de mecanismos mais eficientes de governo. (OMS, 2005).

Ao longo da Carta observa-se que há o reconhecimento da importância das conquistas que foram alcançadas ao se definir a saúde enquanto um elemento central para o desenvolvimento, entretanto o mesmo reconhece que há a necessidade do desenvolvimento de novas estratégias e, por outro lado atenta para a importância de se validar aquelas já traçadas, no intuito de superar o distanciamento existente entre o discurso e a prática. (OMS, 2005).

Para que mais avanços possam ser alcançados, há o reconhecimento da necessidade de se desenvolver as seguintes ações:

- Advogar pela saúde com base nos direitos humanos e na solidariedade;
- Investir em políticas sustentáveis, ações e infraestrutura para atuar nos determinantes da saúde;
- Desenvolver capacidades para desenvolvimento de políticas, liderança, prática de promoção da saúde, transferência de conhecimento, pesquisa e conhecimentos básicos de saúde;
- Regular e legislar para assegurar um alto nível de proteção de agravos e criar oportunidades iguais de saúde e bem estar para todas as pessoas;
- Construir parcerias e alianças com organizações públicas, privadas, não governamentais e sociedade civil com o objetivo de criar ações sustentáveis. (OMS, 2005, p.3).

Ademais, a carta aponta a promoção da saúde como sendo de responsabilidade central do governo em todos os níveis, que deve ter como foco o desenvolvimento de estratégias que tenham como alvo a equidade. Além disso, afirma ser fundamental para esse processo a participação da sociedade civil e considera a importância de tornar a promoção da saúde uma exigência da boa prática corporativa, tendo em vista o fato de que este setor exerce impacto direto na saúde das pessoas e nos determinantes de saúde.

A Carta de Nairóbi resultou da Sétima Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que como o próprio nome diz, ocorreu em Nairóbi em outubro de 2009, a carta atentou para a eliminação das omissões existentes no processo de implementação da saúde por intermédio da Promoção da Saúde e inferiu que os determinantes sociais da saúde ultrapassam o setor da saúde e, portanto, necessitam de ações multisetoriais e pluridisciplinares. (OMS, 2009).

Da 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde que foi realizada em Helsínque na Finlândia, resultou a Declaração de Helsínque sobre Saúde em Todas as Políticas. O Documento tomou como base as ideias, ações e evidências contempladas na Declaração de Alma-Ata e na Carta de Ottawa, as quais apontaram a intersectorialidade e o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis como elementos primordiais para a promoção da saúde e para o alcance da equidade em saúde. (OMS, 2013).

A Carta reconhece a saúde como devendo ser a maior meta dos governos, e a pedra angular do desenvolvimento sustentável e também reconhece a equidade em saúde como sendo expressão de justiça social. Além disso, atenta para o fato de que:

Enquanto algumas doenças estão desaparecendo com a melhoria das condições de vida, muitas doenças da pobreza ainda persistem nos países em desenvolvimento. Em muitos países, estilos de vida e ambientes de vida são influenciados pelo marketing desenfreado e estão sujeitos à produção e ao consumo insustentáveis. Abordar as consequências para a saúde não é apenas uma responsabilidade do setor saúde, é uma questão política mais ampla. É uma questão comercial. É uma questão de política externa. Combater isso requer vontade política para envolver todo o governo em saúde. (OMS, 2013, p.1).

Na acepção de Fernandez (2011) foi a partir da década de 1970 que se delinearam claramente duas linhas argumentativas no entorno da promoção da saúde. Segundo o autor na primeira base de argumentos o avanço da área da promoção da saúde deve ser buscada, para além dela própria (saúde), no entanto na segunda os cientistas levam em conta as próprias razões da saúde em seu processo de desenvolvimento.

Ao longo do que foi exposto, e concatenando com Cerqueira (1997) pode-se notar que a promoção de saúde traz em si duas dimensões, sejam elas: a conceitual, que o referido autor classifica como sendo a parte que contempla os princípios, as premissas e os conceitos que sustentam seu discurso; e a metodológica, que se refere às práticas, ou seja, às formas de intervenção e aos instrumentais utilizados para seu alcance.

Sícoli e Nascimento (2003) atentam para o fato de que esta última dimensão seria a mais conflituosa, pois conforme o que já foi exposto, sua conceituação tem sofrido alterações ao longo dos anos, e nesse processo, diversos autores têm

tentado tornar claro seu discurso, entretanto, isso não tem ocorrido com o aspecto metodológico. Os autores apontam que há ainda expressiva dificuldade em traduzir seus princípios em práticas consistentes.

Quanto a tais princípios, verifiquemos de que modo a literatura tem os traduzido. A **concepção holística** remete à percepção do conceito ampliado de saúde com o incentivo do desenvolvimento de ações que contemplem o indivíduo em sua totalidade, o que aponta para a busca da integralidade da assistência. Além disso, se contrapõe a toda espécie de reducionismo e, conseqüentemente, propõe a compreensão da totalidade em detrimento da fragmentação, prática que ainda é muito comum na atenção à saúde: reduz-se o usuário à patologia que apresenta e fragmenta-se a assistência a ser direcionada.

De acordo com Teixeira (1996), para que se possa alcançar o que tal princípio propõe, a saúde precisa ser estudada como um grande sistema, ou seja, como algo que possui características multidimensionais, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, os quais são interdependentes.

A **intersectorialidade** tem o intuito de tentar superar a lógica da segmentação que envolve as práticas de saúde e seu distanciamento com as demais políticas, haja vista que para desenvolver uma prática que se contraponha ao modelo biologicista é necessário ultrapassar os limites que insistem em delinear o setor saúde, expandindo seu território de intervenção.

Neste sentido a intersectorialidade consiste em uma possibilidade de criação de uma nova dinâmica para o aparato governamental setorizado, no intuito de favorecer a formação de uma rede de compromisso entre instituições, organizações e indivíduos que se articulam, planejam e desenvolvem ações integradas, focando-se no território e na ampliação da participação social para tomada de decisões. (INOJOSA, 2001).

Diversos autores têm apontado a intersectorialidade como um importante instrumento para a realização da Promoção da Saúde, pois pressupõe uma prática compartilhada entre diversos setores e atores sociais. Entretanto, cabe ressaltar que ainda assim se observa que, por vezes, seu potencial articulador tem sido resumido a um movimento endógeno que envolve, de modo precário, apenas os níveis de atenção à saúde.

Concernente ao **empoderamento**, conforme assinala Carvalho:

Trata-se de um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma ideia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presente nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90 recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre as distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico. (2004, p. 1090).

De acordo com a OMS (WHO, 1998), o **empoderamento** pode ser definido como o processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde, objetivando a **participação social**. Ambos são destacados como princípios-chave, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde.

Entretanto, há de se considerar o significativo desafio em alcançá-los, pois sabe-se da atual dificuldade em se desenvolver e manter uma identidade social coletiva. A participação social tem sido algo difícil de alcançar. Muitas vezes há a criação de espaços para isso, mas a população não tem se mostrado preparada e/ou interessada em exercê-los. Observa-se certo descrédito quanto à funcionalidade de tal participação. Desse modo, ressalta-se a importância de se investir na disseminação de informações com vistas a possibilitar a capacitação dos cidadãos para ocuparem tais espaços para que as decisões a serem tomadas possam ocorrer de modo responsável. Relativo a isso, Sícole e Nascimeto afirmam que:

É do âmbito da promoção investir na formação de cidadãos e trabalhar para a instituição de espaços verdadeiramente democráticos, especialmente no nível local, de modo a desenvolver políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificados e que possam ser continuamente avaliadas e revisadas a partir delas. (2003, p. 108).

Referente ao princípio da **equidade**, conforme afirma a Carta de Ottawa, seu alcance consiste em “eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito de bem-estar”. (BRASIL, 2001, p. 40).

Segundo a OMS, para isso é necessária a reorientação dos serviços sanitários, buscando ampliar o acesso, e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde (WHO, 1984), além disso, é necessário priorizar “grupos desprivilegiados e vulneráveis” (BRASIL, 2001, p.26).

Isso aponta para a necessidade de investimento na Atenção Primária à Saúde (APS), conforme aponta Mendes (2012, p. 57) “[...] é importante reconhecer o papel da APS em fortalecer a capacidade da sociedade para reduzir as desigualdades em saúde; é essencial entender que a APS constitui uma sólida prática para abordar e superar a falta de saúde e as desigualdades”.

De acordo com Sícoli e Nascimento (2003) as **ações multi-estratégicas** presumem o envolvimento de diferentes disciplinas e se referem à combinação de métodos e abordagens diversificadas, incluindo: o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais; desenvolvimento comunitário; questões legislativas; educacionais e do âmbito da comunicação.

No tocante ao princípio da **sustentabilidade**, conforme afirma Ziglio *et al* (2000), remete a um duplo significado: criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte.

Ressalte-se que, “a problemática da sustentabilidade assume, neste final de século, um papel central na reflexão em torno das dimensões do desenvolvimento e das alternativas que se configuram para garantir equidade e articular as relações entre o global e o local”. (JACOBI, 1999, p.39).

Cabe salientar que a importância da continuidade das políticas de promoção de saúde se dá devido à importância da natureza de suas iniciativas, as quais envolvem processos de transformação coletivos, cujos impactos podem ser mensurados a médio e longo prazo. (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A compreensão de sustentabilidade implica uma necessária observação entre justiça social, qualidade de vida, equilíbrio ambiental e a necessidade de desenvolvimento com capacidade de suporte. Por outro lado, também está associada a uma premissa da garantia de sustentação econômica financeira e institucional. (JACOBI, 1999).

A partir do que foi exposto, observa-se que os sete princípios delimitados pela OMS apresentam certa relação de simbiose. Percebe-se que para o alcance da concepção holística, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias

intersetoriais, que por sua vez, nos parece que para sua materialização urge-se a necessidade de se realizar ações multiestratégicas.

Há ainda que se ponderar que tais vieses incorporados pela OMS não são objetos de consenso entre os pesquisadores. No caso do empoderamento, Baquero (2012) atenta para o fato de que sua inexistência no dicionário brasileiro, frente à diversidade de significados atribuídos ao termo, indica sua complexidade. Como exemplo disso observa-se na literatura a utilização dos termos "apoderar" que é sinônimo de "dar posse", e "emancipar" que significa "tornar livre, independente" (HOUAISS, 2001). Frente a tal situação, diversos autores têm preferido não traduzir o termo. Cabe ressaltar que seu significado está registrado no Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea das Ciências de Lisboa e registrado no Mordebe – Base de Dados Morfológica do Português. Seu significado está relacionado à: obtenção, alargamento ou reforço de poder.

Autores como Wallerstein e Bernstein (1994), Horochovski e Meirelles (2007), afirmam que o empoderamento pode ocorrer em diferentes níveis, são eles: individual, organizacional e comunitário.

Labonte (1994) *apud* Gohn (2004) afirma que o empoderamento pode assumir duplo significado, o que se refere ao uso do termo como verbo transitivo e intransitivo. De acordo com Baquero (2012), no primeiro caso a concepção de empoderamento refere-se a dar poder e autoridade a outros. Por sua vez, enquanto verbo intransitivo o significado está relacionado a tornar os outros capazes, ou seja, auxiliar no desenvolvimento de habilidades para que estes possam obter poder por seus próprios esforços. O autor atenta para o fato de que, na perspectiva de uma educação crítica, os educadores não podem "dar poder às pessoas", podem, porém, contribuir para que se tornem capazes de acrescer suas habilidades e recursos no intuito de auferir poder sobre suas próprias vidas.

Cabe ainda notar que atualmente a categoria empoderamento tem sofrido alterações com influências neoliberais, o que tem contribuído para que seja utilizada junto a conceitos como: capital social e competência comunitária. Desse modo, empoderar tem integrado a agenda de diversos bancos de desenvolvimento, especialmente do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional. Observa-se que documentos têm sido produzidos e divulgados por tais agências, no intuito de relacionar o empoderamento à redução da pobreza e desenvolvimento, como

também, consta-se o apoio de projetos que objetivem o empoderamento de sujeitos e comunidades. (BAQUERO, 2012).

Por sua vez, Freire (1986) propõe uma concepção de empoderamento de classe social, ou seja, na compreensão do autor, não consiste em um processo de natureza individual e sim de ação coletiva, o qual implica, impreterivelmente, em um desequilíbrio nas relações de poder na sociedade. O autor considera necessário o empoderamento individual, desde que seja fundamentado numa perspectiva crítica, entretanto, acredita que precise estar relacionado a algo mais amplo, ou seja, à transformação da sociedade. (FREIRE, 1986). Quanto a isso, Baquero (2012, p. 11-12) considera que:

Empoderamento, enquanto categoria perpassa noções de democracia, direitos humanos e participação, mas não se limita a estas. É mais do que trabalhar em nível conceitual, envolve o agir, implicando processos de reflexão sobre a ação, visando a uma tomada de consciência a respeito de fatores de diferentes ordens – econômica política e cultural – que conformam a realidade, incidindo sobre o sujeito. Neste sentido, um processo de empoderamento eficaz necessita envolver tanto dimensões individuais quanto coletivas.

Nota-se, então, a amplitude do desafio que tal princípio reflete. Desafio que se agrava frente ao seu limitado e, por vezes, equivocado entendimento. Entende-se que para que possa ser efetivado, é necessária a efetivação de ações que possam incidir em diversas áreas da vida social e, sobretudo, na educação.

Retomando a discussão sobre as cartas da promoção da saúde, Carvalho (2005) observa que além de contribuírem com o debate acerca do tema, os documentos resultantes de cada conferência cooperaram para demarcar tendências no movimento da promoção da saúde, conforme assinala abaixo:

A Promoção da Saúde moderna tem como marco inaugural o Relatório Lalonde, publicado no Canadá em 1974. Formaliza-se, aqui, a corrente behaviorista da promoção da saúde cujo eixo estratégico é formado por um conjunto de intervenções que buscam transformar os comportamentos individuais não-saudáveis. Nas duas últimas décadas do século XX surgem novas correntes da Promoção da Saúde no Canadá enfatizando, dessa vez, os determinantes socioambientais na explicação do processo saúde doença. Neste grupo situam-se: 1) a corrente da Nova Promoção da Saúde cujo documento de referência é a Carta de Ottawa (WHO, 1986); e 2) a corrente de Promoção da Saúde da População (Hamilton & Bhati, 1996), que tem no artigo “Producing Health, Consuming Health Care”

(Evans & Stoddart, 1990) o seu texto fundador. (CARVALHO, 2005, p.41).

Conforme atentam Ferreira Neto *et al* (2009, p. 456), e conforme é possível observar ao longo do que foi exposto, “o campo da saúde tem sido sistematicamente modificado pelas políticas de promoção à saúde e pelos debates que as acompanham”. Nota-se que um dos aspectos mais importantes dessas modificações tem sido a valorização do coletivo para melhor qualificação dos cuidados em saúde, em detrimento da centralidade do cuidado médico.

Entretanto, ocorre que diante das prerrogativas das cartas de promoção da saúde é possível identificar, em alguns momentos, e nesse caso nos remetemos a períodos históricos, que foram adotadas posturas de responsabilização aos indivíduos quanto às problemáticas de saúde, o que caracterizou a corrente Moderna de Promoção à saúde. (FERREIRA NETO, *et al*, 2009).

Como contraponto a isso, a corrente da Nova Promoção da Saúde, que pode se dizer, teve seus primórdios atrelados à Conferência de Alma-Ata, sucedeu no ano de 1981 a corrente Moderna trazendo a reflexão de que o contexto social deveria ser considerado, pois este se tratava de um poderoso determinante da saúde. E desse modo, os fatores gerais (desemprego, habitação, condições de trabalho, pobreza, e etc.) passaram a ser considerados. A Carta de Ottawa é considerada como o documento referência dessa corrente. (FERREIRA NETO, *et al*, 2009).

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

Pereira *et al*. (2000, p. 41), ao refletirem sobre tais acontecimentos afirmam que:

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

A partir do que foi discutido ao longo desse tópico, foi possível observar as importantes alterações que a promoção da saúde sofreu ao longo dos anos, bem como identificar alguns desafios que surgem frente à materialização de suas propostas. Além disso, acredita-se que foi possível garantir as bases para que se possa melhor compreender o seu desenvolvimento nas políticas de saúde no Brasil, tema esse a ser abordado no próximo tópico.

2.2 A Promoção da saúde nas Políticas de Saúde No Brasil (processo histórico de sua utilização).

Como foi possível vislumbrar no item anterior, a questão da promoção da saúde em âmbito mundial vem ocupando as agendas dos governos há várias décadas desde o século passado. Há sem dúvida um pensamento hegemônico e crescente de que residem nas ações de promoção da saúde, a eficácia, a eficiência e o aumento do poder de resolutividade de muitos sistemas universais de saúde. Não obstante essas serem razões suficientes de valorização da perspectiva de promoção da saúde como propulsora da melhoria dos resultados do atendimento prestado pelos governos há que se ressaltar que este foco nas ações de promoção tem uma relação direta com o aumento dos custos da assistência médica, bem como, o crescimento, a cada ano, no mundo de usuários portadores de doenças crônico-degenerativas, obviamente impulsionado pelo aumento da expectativa de vida da população mundial.

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

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

Assim, reiteramos a relevância que os componentes históricos, político-econômicos possuem, já que segundo a visão de Polignano (2013) existem pontos

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

Observa-se que para melhor abordagem e compreensão do estudo da política de saúde, diversos autores têm a tratado por períodos históricos. É o que foi feito nesse estudo. Desse modo dispõe-se do período de 1500 até o Primeiro Reinado; o período de 1889 a 1930, também conhecido como República Velha; o período de 1930 a 1970, denominado de Estado Novo; e o período compreendido de 1970 aos dias atuais.

No período que compreende os anos de 1500 até o Primeiro Reinado, inexistia um modelo público de atenção à saúde. As ações limitavam-se à utilização do conhecimento empírico de curandeiros por intermédio de recursos naturais, assim como ervas e plantas. A vinda da família real ao Brasil no ano de 1808 fez urgir a necessidade da organização, ainda que mínima, de uma estrutura sanitária que pudesse dar apoio ao poderio que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Observa-se que, até 1850 as atividades de saúde pública limitavam-se a incumbência de atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos. (POLIGNANO, 2013).

Dado o déficit de profissionais médicos no país nos períodos colonial e imperial, desencadeou-se a propagação dos boticários, a quem, segundo Polignano (2013), cabia a função de manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, entretanto diante de tal situação esses profissionais acabavam por tomar a iniciativa de também os prescrever.

No ano de 1851, a saúde pública passou a contar com criação da Junta Central de Higiene Pública. A esse órgão cabiam as funções de: polícia sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina, que após a elaboração de inúmeras leis passou a ser permitido apenas aos profissionais com

formação acadêmica, extinguindo as funções que não contavam com certificação, como era o caso dos curandeiros, sangradores, terapeutas populares, parteiras leigas e xamãs. Para cumprir tais tarefas, a Junta contaria com os seus delegados, ou seja, as autoridades judiciárias, além de policiais e fiscais da Câmara Municipal. Assim, algumas funções que eram de responsabilidade da Inspeção de Saúde do Porto, foram centralizadas na Junta. Tais acontecimentos pareciam convergir com a consolidação da hegemonia médico. (PIMENTA, 2004).

A atuação do Estado limitava-se à internação de enfermos acometidos por doenças graves em lazaretos, que consistiam em instalações destinadas à quarentena de indivíduos suspeitos de contágio, além disso, havia a internação dos “loucos” no Hospício criado pelo Imperador. Os demais serviços médicos hospitalares eram ofertados por entidades filantrópicas, conhecidas como as Santas Casas de Misericórdias. (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

A primeira República, que compreende o período de 1889 a 1930, foi marcada pela industrialização, o que contribuiu para o êxodo da população rural para as cidades. O aumento da população urbana, que também contava com a chegada de imigrantes europeus, dimensionado à falta de um modelo sanitário no país favorecia a proliferação de doenças, o que resultava em epidemias. Além de dizimarem um significativo contingente da população, as epidemias também eram responsáveis por comprometer a economia, por intermédio da fragilização do comércio exterior, pois os navios passavam a evitar atracar no porto do Rio de Janeiro.

Diante desse quadro caótico, o presidente Rodrigo Alves nomeou Oswaldo Cruz como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, ao qual foi designada a função de erradicar a epidemia de febre-amarela que assolava o país. Para tanto, foram assumidas posturas arbitrárias, que apesar de implicarem em sérios desconfortos à população, levando-os a expressivas oposições, como é o caso da revolta da vacina, obteve bons resultados. Esse modelo de atenção foi definido como Campanhista. De acordo com Mendes (1993 *apud* PEREIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 74) o Sanitarismo Campanhista tinha como objetivo:

[...] combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. A preocupação era com o saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação. Caracterizava-se por

uma visão militarista, de combate às doenças de massa, concentração de decisões e um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social.

É importante notar que as ações realizadas estavam em sintonia com os interesses políticos e econômicos dos grupos dominantes, em detrimento de uma assistência que refletisse a preocupação e o compromisso com o bem-estar da população. A inquietação girava em torno de garantir as condições necessárias para a reprodução do capital.

Com a intensificação do modelo capitalista de acumulação, que implicou no avanço da industrialização, os grandes centros urbanos passaram a representar uma oportunidade promissora para a classe trabalhadora, o que resultou no aumento do processo de imigração, e com ele o agravamento da situação de saúde da população, pois os imigrantes trouxeram consigo doenças típicas de suas regiões, como fora o caso da esquistossomose e da doença de Chagas.

Desse modo, para enfrentar tal situação, houve a necessidade de um tratamento diferenciado. Além do caráter coletivo das ações, passou-se a exigir o desenvolvimento de ações individuais, a conscientização sanitária, além do reconhecimento da importância da colaboração do enfermo nesse processo. (NUNES, 2000).

Desse modo, Pereira e Oliveira (2014, p. 75) afirmam que:

As ações educacionais voltadas à higiene ambiental e individual passaram a ser consideradas as principais ferramentas no campo da saúde pública. Nesta lógica, medicina e saúde pública eram vistas como campos científicos distintos: a primeira, como instrumento de cura ligado à patologia e à terapêutica, e a segunda, como espaço de educação sanitária e organização administrativa dos serviços voltados à prevenção e à promoção da saúde.

No ano de 1920, Carlos Chagas sucedeu Oswaldo Cruz e reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, inovando o modelo Campanhista de Oswaldo, através da introdução da propaganda e da educação sanitária nas ações rotineiras. Foram criados órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças sexualmente transmissíveis, a assistência hospitalar infantil e a higiene industrial foram tratadas como problemas individualizados. Além disso, as atividades de saneamento foram expandidas para outros estados, e foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery. (POLIGNANO, 2013).

Outro importante acontecimento desse período foi a criação da Lei Eloy Chaves, em 24 de janeiro de 1923, que representa um marco na história da previdência social, além de ser considerada um pontapé inicial para a política de saúde. Por intermédio desta lei foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). É importante ressaltar que sua criação esteve diretamente atrelada às reivindicações dos operários, que se encontravam em extrema situação de exploração em suas condições trabalhistas. Tais reivindicações culminaram em duas grandes greves, que ocorreram nos anos de 1917 e 1920, que foram fatores preponderantes para tal feito.

O financiamento das CAPs era garantido por três fontes: Estado, instituições empregadoras e empregados. Os benefícios consistiam em: aposentadoria, pensão em caso de morte, assistência médica e hospitalar e assistência farmacêutica. Essa lei só alcançava os profissionais que se encontravam em uma situação regular de trabalho. Aos demais, cabia a utilização da filantropia, e em casos não tão comuns havia a utilização de serviços privados.

É no ano de 1930, que se tem a criação da política de saúde, haja vista que os períodos antecedentes contavam com o desenvolvimento de ações de saúde. Ela nasce ligada à previdência.

No período correspondente aos anos de 1930 a 1970, o modelo de atenção à saúde que prevaleceu foi o modelo médico previdenciário. Em 1933 as CAP foram transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que eram dispostos por categorias profissionais e contavam com uma maior participação do Estado em seu financiamento. Havia, porém, certa hierarquia, ou seja, existiam categorias profissionais que dispunham de maiores recursos.

Em 1960, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, ocorreu a unificação dos IAP, a partir daí os trabalhadores formais passaram a contar com os mesmos direitos previdenciários. No rol dos serviços oferecidos estavam benefícios previdenciários, pensões e serviços médicos. Quanto aos trabalhadores informais permaneceram os serviços filantrópicos e algumas ações de caráter meramente assistencialista por parte do Estado.

No tocante à saúde pública, em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Entretanto, sua criação não implicou em muita mudança, havia muitas disputas e os interesses não giravam em torno do bem comum, nesse caso a saúde da população. Cabe frisar que foi nessa década que houve a criação

do aparato estatal, ou seja, escolas, hospitais, maternidades, a elaboração de leis. Nesse período também foram criadas delegacias federais de saúde e as conferências Nacionais de Saúde, que tiveram significativa importância no processo de discussão e criação de um novo modelo de atenção, em especial a 8ª Conferência de Saúde.

Outra importante iniciativa para a Saúde Pública durante esse período foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), no ano de 1942. De acordo com Merhy (1997, p. 208-209):

A criação do SESP baseou-se na criação de postos permanentes – centros de saúde e postos rurais – em várias regiões de Minas, Amazonas e Espírito Santo, contratação de sanitaristas por tempo integral e de uma equipe auxiliar com laboratoristas, escriturários, médicos consultantes, visitantes, entre outros. Tinham em vista uma organização regionalizada e hierarquizada, que formasse uma rede básica de serviços de saúde pública. As atuações davam-se a partir de atividades programadas que associavam controle de doenças contagiosas, diagnóstico precoce e tratamento preventivo, educação sanitária, atividade de higiene em geral e organização ‘científica’, em termos administrativos, dos serviços públicos.

De acordo com Pereira e Oliveira (2014), um traço marcante desse período foi a separação entre a saúde pública, que objetivava a erradicação de doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias, e a assistência médica previdenciária, que possuía um caráter individual e direcionava aos assegurados que eram acometidos por enfermidades que os impediam de trabalhar. Os autores fazem notar que a ampliação dos direitos baseada na relação medicina/trabalho formal era o que se denominava de “cidadania regulada”, e esta concepção esteve presente no sistema de proteção social do Brasil até os anos 1980.

Ao longo desse período, as medidas políticas adotadas visavam o desenvolvimento econômico e industrial, enfatizando o desenvolvimentismo do país. Os influxos liberais eximiram o Estado da responsabilidade de dar respostas às necessidades sociais apresentadas pela sociedade, e as políticas sociais e de saúde eram deixadas de lado. Quanto ao investimento no setor saúde, observou-se que:

A inversão dos gastos públicos, favorecendo o crescimento da assistência médica privada em relação à saúde pública, refletiu-se na construção de um modelo de atenção semelhante aos padrões americanos, com o avanço da indústria farmacêutica estrangeira e de equipamentos. Grandes hospitais passaram a concentrar o

atendimento médico de toda uma região, colocando em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatorios, de menor custo. (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 84)

Observa-se que esta é uma problemática que perdura até os dias de hoje. De acordo com Bravo (2006), a estrutura para que isso acontecesse já estava armada desde a década de 1950. A classe médica ligada aos interesses capitalistas era a mais organizada e exercia pressão para o financiamento da produção privada por parte do Estado.

No período subsequente o que se observou foi um cenário de crise econômica e política. No âmbito da saúde houve o registro da elevada taxa de mortalidade infantil, o elevado número de óbitos causados por doenças infecciosas e parasitárias, dentre outras problemáticas. Além disso, observou-se a insuficiência do modelo previdenciário de saúde. Polignano (2013, p. 17) aponta detalhadamente alguns traços decorrentes dessa crise:

- Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo);
- aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de complexidade crescente;
- diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas;
- incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema;
- desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
- o não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado, e união).

Esse quadro de crise também contribuiu para que a população se organizasse no intuito de reivindicar o desenvolvimento de políticas que fossem condizentes com suas necessidades. Desse modo, deu-se início ao processo de redemocratização do país, haja vista ter ocorrido a instauração do regime ditatorial no período de 1964 a 1984.

O Movimento Sanitário foi um importante instrumento nesse processo. O mesmo contou com a participação de diversos segmentos sociais, como:

profissionais, estudantes, intelectuais, bem como a sociedade em geral. Foi um movimento organizado com bases sólidas que questionava a forma como o modelo de saúde hegemônico estava disposto: supervalorização do caráter curativo em detrimento do preventivo; segmentação da assistência; valorização da especialização; a compreensão reduzida do conceito de saúde, dentre outros elementos. Para isso, Baptista (2007, p. 43) afirma que o Movimento Sanitário apresentava quatro proposições, foram elas:

[...] a saúde como direito de todo cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação; as ações de saúde deveriam estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo; a gestão administrativa e financeira das ações de saúde deveria ser descentralizada para estados e municípios e o Estado deveria promover a participação e o controle social das ações de saúde”.

Estruturaram-se assim as bases para o surgimento de uma nova forma de se pensar e ofertar a saúde e a política de saúde brasileira. Foi no ano de 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em Brasília, que as propostas da Reforma Sanitária ganharam notoriedade, sendo aprovadas e posteriormente passando a servir de base para a sua inclusão na Constituição Federal, no capítulo que versa sobre a política de saúde.

Conforme afirmam Carvalho *et al* (2005), desde meados de 1980, que inúmeros acontecimentos se deram no âmbito nacional contribuindo para que a Promoção da Saúde fosse incorporada como uma nova filosofia e prática nas políticas de saúde no Brasil. Para Tavares *et al* (2011), o debate em torno da Promoção da Saúde no Brasil recolocou, de modo politizado, a questão dos determinantes sociais da saúde relacionando-os com a noção de qualidade de vida, e introduziu o tema da intersetorialidade como questão fundamental para o alcance de seus objetivos.

Foi logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que a Reforma Sanitária Brasileira passou a ser amplamente discutida. A mesma propôs conceitos e objetivos muito parecidos com os que foram apresentados na I Conferência Mundial de Promoção da Saúde. Segundo tais documentos a Saúde não se reduzia a ausência de doença, todavia significava a atenção às necessidades básicas dos

seres humanos, em um ambiente que favorecesse seu crescimento e desenvolvimento. (WESTPHAL, 2006).

É importante ressaltar que o evento contou com a participação de diversas categorias sociais e que foi considerado o marco mais importante na política de saúde no país, além disso, suas propostas confluíram para a construção do Sistema Único de Saúde. Seu aparato legal se ampara na Constituição Federal de 1988, e nas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde.

A partir de então, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, a saúde passou a ser considerada “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

Pode-se considerar que essa tenha sido, até então, a maior conquista como fruto de reivindicações da sociedade brasileira. Entretanto, apesar de sua significativa importância, após mais de duas décadas de sua criação ainda identificam-se inúmeros embaraços que desfavorecem a operacionalização de suas tão promissoras propostas. Tais dificuldades podem ser visualizadas cotidianamente. No rol dessas dificuldades encontram-se problemas referentes à: dificuldades administrativas, recursos financeiros, recursos humanos e etc.

Contudo, observa-se que ainda assim, sua criação representa um avanço, pois, além de afirmar constitucionalmente a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, tornando os indivíduos menos favorecidos socialmente portadores de direitos, ao invés de instrumentos de caridade, criou também mecanismos de valorização da participação e controle social no planejamento de suas ações, e também garantiu a descentralização de tais ações.

O que ocorre, porém, é que por mais que suas propostas tenham representado um avanço, elas não contaram com a elaboração de estratégias contundentes capazes de lhes fazer romper com o caráter meramente legal, dando-lhes integralmente efeito prático.

A tais dificuldades dimensionam-se o enfraquecimento da sociedade civil no tocante a exercer seu papel de fiscalizar e ocupar os espaços que a própria legislação lhes assegura. Todavia, cabe frisar que o nosso intuito não é responsabilizar a sociedade civil por tais dificuldades, pois entendemos que o fato de haver a elaboração do aparato legal deveria por si só ser suficiente. É no mínimo

contraditória a necessidade de lutar pela efetivação de direitos que já são garantidos em lei.

No tocante à promoção da saúde, em Março de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A mesma apresenta como objetivo:

[...] promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006a, p. 17).

A PNPS foi inspirada no Relatório Lalonde (1974), da Atenção Primária de Saúde (1976), nas Cartas Internacionais da Promoção da Saúde (1986-2005) e no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (1986). Daí a justificativa de aproximação existente entre as propostas do SUS e da Promoção da saúde. Nos termos de Castro e Malo (2006, p. 14), o “SUS e Movimento Internacional de Promoção da Saúde têm princípios sinérgicos”.

Quanto à construção da PNPS, pode-se afirmar que ela foi influenciada pelas correntes de Promoção da Saúde Moderna e a da Nova Promoção da Saúde. É nesse sentido que Netto *et al* (2009) utilizam-se de Carvalho (2004) para afirmar que o documento apresenta aspectos de dupla dimensão da promoção da saúde. O autor prossegue afirmando que no primeiro encontra-se o caráter progressista, referente à Nova Promoção da Saúde expresso na tentativa de atualizar os compromissos com a equidade social e com a Saúde Pública, enquanto que na segunda dimensão encontram-se as ações conservadoras direcionadas à regulação e vigilância, que condizem com os ditames neoliberais ao pregar a responsabilização dos indivíduos ante as problemáticas apresentadas. E quanto a isso, Castiel (2004, p. 617) chama atenção para o fato de que é:

Importante salientar que a promoção de saúde adota uma gama de estratégias políticas que abrange desde posturas conservadoras até perspectivas críticas ditas radicais ou libertárias. Sob a ótica mais conservadora, a promoção de saúde seria um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzir o peso financeiro na assistência de saúde. Noutra via, reformista, a promoção da saúde atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação intersetorial, ou ainda, pode constituir-se numa perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas (como são as propostas de educação popular).

Também como exemplo de tais ambiguidades, Gomes (2009) aponta: a priorização das ações individuais, em detrimento das coletivas; estímulo ao empoderamento individual, com intuito de reforçar a conscientização da adoção de estilos de vida e hábitos saudáveis, sem que haja a preocupação com o empoderamento coletivo; as ações focalizam mais a prevenção das doenças, em detrimento da atuação sobre as causas dos problemas de saúde.

Pereira e Oliveira (2014) atentam para o fato de que muito embora haja na literatura científica ricas argumentações que indicam ser a promoção da saúde um dos caminhos para se alcançar as mudanças almejadas, referente ao modelo assistencial hegemônico, e há indicações que apontam também para a possibilidade de melhoria da qualidade de vida da população, não há como ignorar o desafio que representa sua operacionalização perante o contexto de globalização e das profundas iniquidades sociais existentes no Brasil.

Contudo, apesar das ambiguidades contidas nos documentos da PNPS, notam-se iniciativas significativas em âmbito ministerial que contribuem para que a proposta de promoção da saúde seja uma realidade no Brasil. Como contribuição para esse processo pode se considerar a institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), por meio intermédio da Portaria Nº 2.761 de 19 de novembro de 2013, a qual aponta para a contribuição do fortalecimento de um dos campos da promoção da saúde que é o poder técnico e político das comunidades. (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014).

O Programa Saúde na Escola, criado no ano de 2007, também figura como outra importante iniciativa para se trabalhar a promoção da saúde, o mesmo será minuciosamente abordado ao longo desse trabalho.

3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA ALÉM DA POLÍTICA DE SAÚDE

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

Com base nas informações abordadas e nas discussões já realizadas ao longo desse trabalho, é possível entender que para que a promoção da saúde seja materializada é necessária a articulação de diversos setores, bem como sujeitos para a realização de ações intersetoriais com vistas a alcançar os fins que a política de promoção da saúde propõe. Nesse sentido, o ambiente escolar desponta como um importante cenário para a promoção da saúde, haja vista contar com um público bastante diversificado constituído por alunos, professores, corpo técnico, pais, familiares e a comunidade onde está localizada.

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

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

Entretanto, é necessário atentar para o fato de que, assim como assinala Santos (2005), do mesmo modo que a trajetória da saúde no Brasil esteve condicionada aos interesses políticos e econômicos do país rumo a atender aos interesses capitalistas, a educação brasileira também esteve fortemente influenciada

por tais interesses. A autora afirma que é possível perceber tais influxos ao analisar as principais tendências pedagógicas das políticas públicas de ensino no Brasil durante o século XX.

A origem da política de atenção à saúde escolar remete ao final do século XVIII e início do século XIX, quando houve o surgimento do *System Einer Vollständigen Medicinischen Politizei*, também conhecido como sistema Frank que consistia em um guia elaborado pelo médico alemão Johann Peter Frank, conhecido como o pai da saúde escolar, o mesmo foi publicado na Alemanha, a partir de 1779, a obra foi organizada em nove volumes. (FIGUEIREDO *et al*, 2010).

Além de contemplar a saúde escolar, tal sistema abrangia múltiplos aspectos da saúde pública e individual, tais como: demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, medicina militar, doenças infectocontagiosas, vestuário, esgotos, suprimento de água e prevenção de acidentes. (LIMA, 1985 *apud* FIGUEIREDO *et al*, 2010).

No contexto brasileiro, a literatura aponta que os primeiros estudos sobre a temática datam de 1850, sendo que foi a partir dos anos de 1889 que as ações de saúde escolar (também conhecida como higiene escolar), ganharam notoriedade. Essas ações apresentavam traços sanitaristas e campanhistas e eram condizentes com o contexto histórico da época, que foi marcado por forte crise e, além disso, contou com a presença de epidemias, dadas as precárias condições de vida da sociedade, associadas à ausência de um sistema de saúde pública. Dessa forma, conforme atenta Santos (2005), foram desenvolvidas ações que denunciavam não a preocupação com a saúde em si, mas a preocupação com a diminuição da incidência de enfermidades, que também refletia a preocupação em garantir o progresso das transações comerciais.

Devido ao fato de os objetivos centrarem-se no interesse de tentar manter a ordem social, e não na promoção de ambientes saudáveis para o bem comum da população, a saúde na escola sofreu alterações/adequações de significados e objetivos, tendo passado por diversas abordagens. Ressalta-se que recentemente sua reformulação foi direcionada para atender aos objetivos da Promoção da Saúde.

Ao realizar uma análise sobre as práticas de saúde na escola, Silva (2010) identifica a existência de alguns modelos que influenciaram tais práticas, são eles:

(...) num primeiro bloco: (a) **higienista, normativo e disciplinar** de comportamentos e práticas de saúde, com um claro componente moralista; (b) modelos que agrupam o **aparato médico terapêutico especializado, tentando responder pelo “fracasso escolar”** e pelas diversas dificuldades de aprendizagem dos escolares; (c) modelos que criam **comissões mistas de educação e saúde** redirecionando as ações para o setor Saúde; (d) modelos que **reconstroem o serviço de saúde no espaço da escola**; e, (e) modelos em que o **público alvo é a primeira infância**, e que, portanto, desloca a questão para o campo materno infantil, deixando a saúde do escolar em segundo plano. Por outro lado, há modelos de saúde na escola influenciados pelos referenciais de promoção da saúde, que constituem um segundo bloco, como (f) o de escola que produz saúde, com **ênfase na educação popular em saúde**; (g) o **de escolas promotoras de saúde de iniciativa internacional**, que apesar de não se concretizarem como programa ou política nacional de saúde na escola no Brasil, favorece a reflexão sobre a necessidade de revisão dos modelos de saúde escolar, (re) traduzido em diferentes regiões do país; e (h) o desenho atualmente em implantação do **Programa de Saúde na Escola (PSE)**, que traz entre seus componentes, a educação permanente como uma estratégia problematizadora (modelo freiriano de educação), mas no qual permanece muito forte o componente clínico-assistencial. (p. 75-76)

Referente ao modelo higienista, surgiu no fim do século XIX e consistia no combate à propagação de doenças e de comportamentos indesejados no ambiente escolar, e de modo geral no seio da sociedade. Com vistas a alcançar tais objetivos, Góis Júnior (2005) afirma que profissionais médicos prescreveram alguns novos hábitos acerca de situações que pudessem comprometer, de algum modo, a saúde. Esses hábitos abrangiam todas as atividades humanas - trabalho, escola, moradia, asseio corporal, moralidade. A preocupação com a saúde e a educação refletia as ideias de que a ausência destas eram as responsáveis pelo atraso do Brasil em relação aos países europeus. Nesse sentido o autor discorre que havia a crença de que:

[...] por meio da Educação se formaria uma cultura brasileira e um povo mais saudável, com melhores condições de vida. Se a educação fosse democratizada, o povo poderia adquirir virtudes valorizadas na época, cuidaria melhor de si mesmo e educaria melhor seus filhos, preparando-se para o trabalho moderno e possibilitando ao Brasil um maior desenvolvimento. Seria mais saudável, pois aprenderia os novos hábitos higiênicos indicados pelos cientistas. O brasileiro criaria um sentimento comum de nacionalidade, uma cultura própria. Esse era o objetivo da intervenção da educação e da saúde. Com esse discurso, os higienistas colaboraram para a melhoria das condições de vida do trabalhador. (GÓIS JÚNIOR, 2005, p. 48).

Considera-se que o marco inicial da saúde escolar no Brasil remeta-se ao início do século XX, quando Pereira Passos, que era prefeito da cidade do Rio de Janeiro (1902-1906), criou o primeiro sistema oficial de saúde – Assistência Médica ao Escolar, que era ligado à Secretaria de Educação do Distrito Federal. Também nessa perspectiva foi criado no ano de 1910 o Serviço de Inspeção Sanitária Escolar da Cidade do Rio de Janeiro que, como o próprio nome diz, consistia no desenvolvimento de ações de cunho de inspeção/fiscalização. No ano de 1924 foram constituídos por Carlos Sá, também na cidade do Rio de Janeiro, os pelotões de saúde. Todas essas medidas objetivavam “reorganizar” e “reformular” a sociedade por intermédio de ações baseadas em princípios higienistas e no pressuposto eugênico. (NETTO, 1979, *apud* SILVA, 2010). Além disso, afirma-se que o desenvolvimento das ações referentes a esse modelo:

[...] implicava na tendência de ajustar ou reajustar escolares, profissionais e professores a comportamentos saudáveis, entendidos como aqueles capazes de evitar o adoecimento e a conduta fora de padrões morais definidos pelo Estado. Essa concepção responsabilizava a população pela miséria e situação insalubre da cidade. A preocupação com o corpo sadio, com incentivo a exercícios e a atividade física, desde então, introduziu as aulas de educação física. Ao propor a intervenção da Saúde na Educação nesse período, o poder público seguia a lógica da intervenção em outros espaços e instituições para debelar e controlar epidemias. (SILVA, 2010, p. 59).

Desse modo, o que pode se afirmar é que as ações desenvolvidas nessa perspectiva não refletiam a possibilidade de representar mudanças efetivas para a sociedade, pois se resumiam a tentar induzir a mudança de comportamento individual e coletivo, sem que houvesse a preocupação de incidir na realidade social. Observa-se que apesar dessa concepção já ter sido considerada ultrapassada, ainda hoje é possível encontrar o desenvolvimento de práticas que a caracterizam.

Ainda de acordo com Netto (1979) *apud* Silva (2010), no período de 1940 a 1964, funcionou de modo eficiente o Departamento de Saúde escolar da Secretaria de Educação e Cultura da Prefeitura do Distrito Federal. Nesse sistema a escola contava com a presença de médicos e dentistas, os quais eram responsáveis por identificar problemas de saúde e encaminhar, por intermédio da Secretaria de Educação, os alunos para as clínicas especializadas que existiam para garantir o

pronto atendimento dos mesmos, no intuito de garantir a recuperação e assegurar o rendimento escolar.

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

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

O Movimento Preventista teve suas bases ancoradas no modelo flexneriano e como o próprio nome denuncia, tinha por objetivo a prevenção de doenças, seus ideais concentravam-se na velha saúde pública. Nessa perspectiva havia a concepção de que os hábitos de vida adotados pelos indivíduos eram os responsáveis pelos problemas que comprometiam a saúde. Desse modo, eram desenvolvidas atividades que pudessem trabalhar a conscientização da população para a adoção de comportamentos que refletissem hábitos saudáveis, responsabilizando o indivíduo.

Esse movimento também ficou conhecido como educação em saúde tradicional e foi responsável por dar origem ao movimento de Promoção da saúde

em seu momento conservador, ou seja, aquele baseado na mudança comportamental e de estilo de vida, o qual foi representado pelo relatório Lalonde.

Paim e Almeida (1998) destacam dentre as diversas práticas de educação e saúde adotadas nesse período a *saúde comunitária*, que foi apontada como um movimento que visava implantar nos centros comunitários de saúde, a prestação de cuidados básicos de saúde, tendo como prioridade as ações preventivas. Apesar de apresentarem a proposta de articular práticas de educação e saúde de caráter preventivista, as ações desenvolvidas não favoreciam a participação dos usuários nesse processo.

Oliveira (2005) ressalta que as críticas proferidas a esse modelo relacionam-se ao seu caráter preponderantemente individualista e normativo, que desconsidera a percepção holística presente na *nova saúde pública* e, além disso, não aprecia as práticas sociais e de promoção da saúde.

A inclusão formal do tema promoção da saúde pela educação no Brasil adveio com a aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional no ano de 1996. Além de definirem o norte para o planejamento e disposição da grade curricular, ou seja, as disciplinas a serem trabalhadas, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) também balizam temas considerados de relevância para a sociedade brasileira, como questões referentes à ética, ao meio ambiente, à orientação sexual, pluralidade cultural, a saúde, ao trabalho e consumo, e a outros temas que se configurem como importantes. É importante ressaltar que, apesar de o documento não fazer menção de forma clara ao tema saúde na escola, o mesmo toma a promoção da saúde como referência para trabalhar os temas referentes à temática. (BRASIL, 1997).

De acordo com os informes técnicos emitidos para a Revista de Saúde Pública no ano de 2002, o Ministério de Saúde considerou que, segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde:

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

Silva e Pantoja (2009), afirmam que no Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o PSE, que foi instituído por decreto presidencial no ano de 2007, contribuíram para a criação de um cenário favorável ao debate acerca de uma política nacional de saúde na escola. Além da Conferência de Ottawa e da VIII Conferência, os autores consideram que a implantação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) se configura como outro importante marco pela luta de mudança do modelo biomédico para o da promoção da saúde. Acerca disso os autores afirmam que:

Essa Comissão aquece o debate com a perspectiva de melhorar a qualidade de vida das pessoas, ao propor a reversão de fatores sociais que são determinantes das suas condições de saúde e das comunidades e/ou instituições em que elas convivem. Questiona os processos sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde e a qualidade de vida da comunidade escolar. Mudanças na escola, para que ela se constitua como cenário favorável à saúde, podem exigir práticas que surjam a partir dos compromissos apontados pela CNDSS para a promoção da saúde, como: (a) ações educativas em saúde na comunidade escolar a partir do projeto político pedagógico da escola, (b) práticas que estimulem a reflexão e a constituição de conhecimentos e a autonomia dos cidadãos; (c) implementação de ações a partir dos referenciais de Paulo Freire, nos quais se valorizam a participação e a mobilização social; e (d) investimento no apoio, monitoramento e avaliação de políticas públicas que combatam as desigualdades socialmente determinadas. (SILVA; PANTOJA, 2009, p. 38).

Considera-se que foi com a inserção do conceito de Escola Promotora de Saúde (EPS), a partir do projeto Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, que as práticas pedagógicas passaram, portanto, a incorporar o tema de educação em saúde, assim como os Ministérios da Saúde e da Educação passaram a desenvolver vínculos de cooperação, que podem ter contribuído com a criação da estratégia Educação Popular em Saúde no ano de 2003. (BRASIL, 2006 *apud* TUSSET 2012).

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

educação voltada para a saúde integral. (OPS/OMS, 1998 *apud* IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

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

Como afirmam Pelicioni e Torres (1999), o termo Escola Promotora de Saúde expressa o entendimento de que a Educação em Saúde não se faz apenas por intermédio do currículo explícito, mas pelo conhecimento da Educação em Saúde, expandido pelo apoio recíproco entre a Escola, as famílias e a comunidade. A essa relação os autores denominam de “currículo oculto”. Os autores ainda consideram que para se levar a sério o conceito de EPS, deve-se prestar atenção ao modo como se instrui e se participa da vida da escola para que a comunicação possa ser amparada e revigorada por:

- valores e atitudes implícitos na organização, clima e funcionamento das escolas. Incluindo o entorno escolar, a lanchonete, as normas, as relações entre alunos e professores, a valorização de cada aluno individualmente independentemente de suas habilidades acadêmicas ou intelectuais.
- uma relação mais estreita com as famílias, estabelecendo relações que podem melhorar mediante o uso de estratégias que incluam o desenvolvimento de temas para trabalhar em casa e com a família.
- uma coordenação e interação mais intensa entre a escola e a comunidade.
- uma política de apoio e uma legislação adequada, incluindo controle da publicidade de produtos que fazem mal à saúde, controle da venda de tabaco a jovens, entre outras. (1999; p.4)

De acordo com a OPAS (1998) a EPS é aquela escola que conta com um espaço físico seguro e confortável, com água potável, instalações sanitárias adequadas e um ambiente psicológico apropriado para a aprendizagem. A Organização afirma que a proposta das EPS é conceber futuras gerações com conhecimentos, habilidades e destrezas imprescindíveis para promover e cuidar de

sua saúde, de sua família e comunidade, bem como produzir e cultivar espaços de estudo e convivência saudáveis.

É importante notar que no ano de 1995 a OMS reuniu-se a um Comitê de Especialistas na Educação em Saúde e Prevenção na Escola para rever a situação da saúde escolar e foi estabelecida a meta de aumentar o número de escolas Promotoras de Saúde.

Rocha et al. (2002, p. 61) acreditam que os Parâmetros Curriculares relacionam-se com a ideologia da EPS, destarte, os autores afirmam que essa relação representa um espaço adequado para que a escola torne-se "[...] um polo difusor de valores e de ações que possibilitem aos indivíduos e às coletividades construir com maior segurança seus entornos e assumirem o controle de suas próprias vidas".

Com todos esses desdobramentos, nota-se uma concepção diferenciada. Há a preocupação com a participação ativa da população e com a construção de ambientes que sejam capazes de incidir positivamente na qualidade de vida, ainda que se considerem as dificuldades para o alcance de tais propostas. Desse modo é importante ter ciência de que:

Naturalmente, a educação para a saúde não cumpre o papel de substituir as mudanças estruturais da sociedade, necessárias para a garantia da qualidade de vida e saúde, mas pode contribuir decisivamente para sua efetivação [...] Apesar de que educar para a saúde seja responsabilidade de muitas outras instâncias, em especial dos próprios serviços de saúde, a escola ainda é a instituição que, privilegiadamente, pode se transformar num espaço genuíno de promoção da saúde (BRASIL, 1998, v. 1, p. 259).

No intuito de atender aos pressupostos da Política de Promoção da Saúde diversos programas têm sido criados. Como exemplo desses programas, destaca-se o Programa Mais Saúde: Direito de Todos. Lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2008, esse programa procurou aprofundar os objetivos propostos com a criação do SUS, no período de 2008-2011. Para tanto, suas diretrizes estratégicas foram organizadas em um conjunto de ações que abrangeram 73 medidas e 165 metas, as quais visavam o alcance de um sistema de saúde universal, equânime e integral, materializando ações de promoção da saúde e de intersetorialidade. (BRASIL, 2012).

Outras iniciativas também podem ser citadas, como é o caso do Programa Salto para o Futuro, criado no ano de 1991, que consiste na transmissão, por intermédio da internet, material impresso e pela TV Escola, de temas relativos à prática pedagógica. (BRASIL, 2012). O Programa Mais Educação, criado no ano de 2007, que tem como objetivo a oferta educativa no contra turno para as escolas que apresentam um baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, também se constitui como exemplo disso. (BRASIL, 2007).

Para a operacionalização das propostas contidas nos projetos desenvolvidos, pressupõe-se a necessidade do desenvolvimento de programas voltados para a capacitação de recursos humanos, haja vista se tratarem de programas que apresentam a necessidade de uma pedagogia diferenciada, e que contam com a necessidade de ações intersetoriais, que por sua vez, apontam para a necessidade de um trabalho interdisciplinar e que, além disso, agregue elementos do cotidiano na prática educativa e apresentem uma leitura crítica da realidade, para que as ações empreendidas nesse processo possam ser desvincilhadas de práticas conservadoras, retrógradas. Sobre esse aspecto Rocha *et al* (2002, p. 58), expõem que:

As propostas de atuação dentro da escola, orientadas pelos conceitos de Promoção da Saúde, ao não isolarem os indivíduos e comunidades de seus contextos, fazem com que os programas considerem a diversidade dos indivíduos e as particularidades de cada realidade. Estas requerem o conhecimento dos recursos locais com os quais se poderá contar; assim, o primeiro passo é a identificação da rede de circunstâncias que faz com que uma escola tenha mais ou menos recursos, dentre eles o recurso saúde. Isto significa o conhecimento e atuação em campos tão distintos quanto às políticas que atingem a escola, as formas de administração, os recursos locais, especialmente os recursos humanos e vários outros.

Sabe-se que os espaços acadêmicos não caminham na mesma celeridade das transformações que incidem na sociedade, antes, observa-se o predomínio da pedagogia tradicional nesses ambientes, daí reafirma-se a importância da formação continuada. Nessa perspectiva, visualizam-se algumas iniciativas, como é o caso do curso de especialização em Formação em Educação e Saúde pela Universidade Aberta do Brasil e o Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, além de cursos de capacitação acerca dos temas priorizados pelo PSE. (BRASIL, 2011).

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

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

Silva (2010, p.58) afirma que “de modo geral, todos os modelos de saúde na escola pressupõem uma proposta de articulação intersetorial entre Educação e Saúde. Entretanto, em sua maioria, isto não se traduz numa prática intersetorial inovadora e efetiva”. O que pode se afirmar é que essa proposta parece ser mais contundente no paradigma da “nova” promoção da saúde.

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

3.2 Dificuldades na promoção da saúde por meio da intersectorialidade entre as Políticas da saúde e educação: o que nos aponta a literatura

Quando paramos para refletir sobre a necessidade de articulação entre as políticas de educação e saúde inevitavelmente surge o debate sobre a estratégia da intersectorialidade, por se constituir no dispositivo mais adequado para indução dessa articulação.

Contudo, para além dos problemas estruturais que configuram as citadas políticas sociais, a própria intersectorialidade também possui entraves para sua materialização, que vão desde os problemas estruturais já mencionados até a qualificação do debate sobre a mesma que ainda se mostra incipiente, carecendo de mais aprofundamento.

Além disso, como afirma Andrade (2004, p. 54):

[...] experiências estudadas evidenciam uma inquietação no interior do Estado sobre como trabalhar com a intersectorialidade. Observou-se que em relação a ela há um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridos pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam com maior ou menor conflito, poderes disciplinares que estruturaram hegemonicamente sua organização. Esta organização condicionou os avanços na intersectorialidade das reformas estudadas.

A literatura tem sido profícua nos últimos anos, sinalizando um aumento substancial sobre o tema. É possível constatar que em algumas áreas específicas, os pesquisadores têm se empenhado em avançar na definição da intersectorialidade e apreendê-la em suas especificidades.

A priori, as produções envolvendo a área da saúde têm se mostrado afeitas a tal avanço. Autores como Andrade (2004); Valadão (2004); Mendes (1996); Papoula (2006); Monnerat e Souza (2010); Inojosa (2000) e Junqueira (1996), já apontaram como são complexos os caminhos que levam à construção de arranjos intersectoriais nesse campo.

Quando nos reportamos particularmente às ações intersectoriais entre a saúde e a educação na perspectiva da promoção da saúde, observamos que as mesmas estão sendo cada vez mais necessárias, haja vista o aumento da violência, das desigualdades sociais, do uso de drogas no cenário escolar. Crianças e

adolescentes têm se mostrado extremamente vulneráveis no ambiente escolar, o que faz da escola, cenário perfeito para que as ações de prevenção e promoção da saúde sejam desenvolvidas.

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

Considera-se que o processo de formação profissional, que apesar de duras críticas ainda segue baseado na lógica da especialidade, é um importante contributo para a reprodução da problemática apresentada acima, pois os profissionais tendem a desempenhar suas práticas dentro dos limites de suas áreas de atuação. Além disso, verifica-se que é comum a estes profissionais contarem com a sobrecarga de responsabilidades e atribuições dentro de seus setores, o que dificulta a possibilidade de romper com o conservadorismo presente nas ações desenvolvidas. Quanto a esse aspecto, Silva e Rodrigues (2010, p. 768) julgam que:

(...) um dos desafios para a intersetorialidade é a formação de profissionais que sejam capazes de perceber a complexidade dos problemas manifestos na sociedade e, por conseguinte, que reconheçam a necessidade de ações intersetoriais para intervir em tais problemas. Essa proposição aponta para o importante papel das universidades e evidencia que o modelo de ensino deve ampliar sua abordagem de modo a contribuir com a formação de sujeitos críticos e reflexivos, com potencial para intervir na realidade social.

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

Diversos estudos apontam para a necessidade de que a intersectorialidade seja utilizada como instrumento de gestão, ao invés de ser reduzida a uma mera responsabilidade dos profissionais. Inojosa (2001) acredita que para a adoção da intersectorialidade na gestão pública é necessário priorizar algumas ações e práticas, são elas: mudança de paradigma, ou seja, criação de uma nova forma de pensar, que leve em consideração a complexidade das demandas sociais; projeto político transformador com o intuito de dar impulso à questão da inclusão social e da equidade, superando a existência das políticas assistencialistas; planejamento e avaliação participativos e com base regional, com vistas a atender às necessidades locais; e a atuação em rede de compromisso social, no intuito de favorecer a mobilização dos atores sociais ligados ao aparato governamental e à sociedade, para que juntos possam trabalhar as problemáticas da sociedade.

Para Valadão (2004), a concretização da ação intersectorial requer importantes rupturas nas concepções e práticas consolidadas em cada setor, as quais no máximo permitem o reconhecimento de territórios de cruzamento com outros atores sociais, o que a autora considera um reducionismo que não é suficiente para reestruturar o eixo das políticas a partir dos sujeitos e coletividades para as quais são destinadas. A autora afirma que até mesmo o diálogo entre esses setores ainda consiste em desafio e acredita que:

Para que se constitua em um espaço de construção do novo, a parceria entre educação e saúde precisa representar um espaço de negociação e solidariedade no enfrentamento de contradições e dos conflitos internos a cada um dos setores, estruturados em modelos de atenção e paradigmas já esgotados. Somar, com vistas à amplificação do impacto na qualidade de vida, na educação e na saúde das crianças e adolescentes escolarizados, requer um sinergismo transformador e o apoio recíproco nas tentativas de mudança. (VALADÃO, 2004, p. 71).

Silva e Rodrigues (2010) chamam a atenção para a importância da construção de espaços que favoreçam a comunicação e que possibilitem a aceção de conceitos e objetivos comuns, tornando viável o planejamento participativo das ações que requerem contribuições de outros setores. Os autores ainda prosseguem afirmando que:

É enfática a referência à necessidade de comunicação entre os diferentes setores, serviços e equipamentos sociais. Nesse sentido,

explicita-se a complexidade da operacionalização da intersectorialidade, pois sua aplicação implica a superação das hierarquias institucionais e das relações de poder existentes entre as corporações profissionais, setores, políticas e segmentos sociais. (SILVA; RODRIGUES, 2010, p. 768).

Em contraposição a esse trabalho articulado/partilhado, o que se observa é que há o predomínio do setor saúde em relação à educação no desenvolvimento dessas ações. E por sua vez, Silva (2010, p. 76) considera que:

O setor da educação não reage de modo mais proativo às propostas vindas do setor Saúde, permanecendo passivo, sem que se constituam relações e propostas inovadoras. Antes de identificar e problematizar a articulação intersectorial, a saúde escolar é amplamente vista como produto de uma ação “compensatória” entre setores cujas políticas não atendem às necessidades de saúde e educação da população.

Silva (2010) pondera que a análise das questões referentes aos programas de saúde na escola precisa compreender os indicadores da educação como um desafio à promoção da saúde, haja vista a educação ser considerada como um dos fatores determinantes das condições de saúde, bem como a Educação precisa entender que os indicadores de saúde que comprometem a qualidade de vida e a qualidade da aprendizagem. Desse modo, o autor considera que a interlocução entre esses setores não deverá se restringir aos conhecimentos específicos de cada um deles, todavia deverá levar em consideração os indicadores e as questões estratégicas de ambos.

Apesar dos avanços que constam nos registros referentes ao desenvolvimento dos programas voltados para a saúde escolar, nota-se que estes ainda contam com falhas e deficiências, e muitas vezes não se adequam às prioridades e oportunidades concretas de cada escola. Nesse sentido, é imprescindível que as escolas elaborem planos de estudo que sejam convergentes com as necessidades que apresentam. (PELICIONI; TORRES, 1999).

Quanto a esse aspecto, o Caderno de Atenção Básica nº 24 traz a seguinte afirmação:

Considerando que cada lugar tem suas características e sua cultura, as práticas em saúde na escola, para garantir construções compartilhadas de saberes apoiadas nas histórias individuais e coletivas, devem considerar os diferentes contextos em que são

realizadas, respeitando o saber popular e o formal, na construção de propostas que façam sentido para os sujeitos que ali vivem [...] (BRASIL, 2009, p. 1-2).

Nesse contexto, observa-se a predileção pela reprodução de arquétipos já estabelecidos, e o desenvolvimento de propostas adequadas à realidade local acaba sendo comprometida pelas dificuldades pontuadas por Silva e Caballero (2010) em manter-se atento a possibilidade de invenção e de resistir à atração que o instituído oferece à reprodução, à repetição de modelos já consolidados.

Além do mais, isso requer mudança. Quanto a isso, Viana (*apud* PAPOULA, 2006), faz notar que os municípios brasileiros têm contado com a implementação de políticas sociais com propostas inovadoras e com programas de desenho intersetorial. Todavia, inúmeras barreiras burocráticas e corporativas têm contribuído para o insucesso dessas experiências. Dentre tais barreiras, o autor cita a resistência a mudanças quanto aos modelos de serviço.

Há de se considerar que mesmo sendo elemento comum ao desenvolvimento humano, a proposta de mudança pode gerar certo desconforto. Mendes (2002) aponta a existência da resistência passiva que seria relacionada à desmotivação, e a resistência ativa, referente ao medo e descrédito quanto às propostas de mudanças gerenciais e/ou organizacionais por parte dos trabalhadores em seu ambiente de trabalho. Por outro lado, há aqueles que a recebem como uma importante possibilidade de (re)significarem suas práticas.

Ademais, Silva e Rodrigues (2010) versam que a intersetorialidade ainda se constitui como um objetivo a ser alcançado. As autoras reconhecem que em um território há várias possibilidades de articulação em rede, contudo, para que o serviço de saúde local possa de fato estabelecer parcerias intersetoriais é imprescindível ir além da negociação de tarefas e da transferência de responsabilidades. As autoras ainda consideram que:

[...] as ações intersetoriais em saúde são reconhecidas como uma nova proposta, da qual os sujeitos envolvidos ainda estão se apropriando. Portanto, ainda há de se superar os desafios e incertezas que se opõem ao novo, dentre os quais destacam-se a definição de metodologias e meios que viabilizem a prática intersetorial. Nesse processo, árduo e conflitante de construção da intersetorialidade, são considerados como avanços, o reconhecimento tanto das limitações setoriais, quanto da necessidade de articulação entre os setores, políticas, entidades

não-governamentais, organizações populares, iniciativa privada, etc. (p.768)

Gomes (2012) acredita que a intersectorialidade deve ser construída de forma condescendida, para isso os setores devem identificar “situações problema” e elaborar estratégias de intervenções que ultrapassem os programas implementados setorialmente e envolvam os vários setores.

Conforme afirma Silva (2010, p. 197), para o desenvolvimento de ações intersectoriais “[...] é fundamental que todos os setores e atores envolvidos estejam, de fato, compartilhando desde seus objetivos e metas, as atividades, os processos, as questões, as dúvidas, os resultados, os erros e os acertos”.

Para tornar essas propostas em práticas contundentes é necessário entender que “[...] forjar um Estado que opere na lógica da ação pública intersectorial supõe implementar uma nova institucionalidade social” (CEPAL 1998, p.175).

É diante desse cenário de impasses que o Programa Saúde na Escola se propõe a desenvolver ações de saúde escolar, para isso o programa conta com a parceria da Estratégia Saúde da Família. Para melhor entendimento dessa proposta, trataremos a abordagem desse assunto no próximo tópico.

3.3 – O Programa Saúde na Escola e a Estratégia Saúde da Família

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

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

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Assim como mencionado, as atividades a serem planejadas e desenvolvidas pelo PSE em parceria com a ESF são organizadas em cinco componentes, sejam eles:

I – avaliação clínica e psicossocial;

II-ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos;

III-educação permanente e capacitação de profissionais da educação e saúde e de jovens para o PSE;

IV – monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes;

V– monitoramento e avaliação do PSE. (BRASIL, 2007)

Conforme o disposto no Art. 2º da Portaria Nº 1.861, que estabelece os recursos financeiros pela adesão ao PSE, são considerados critérios para adesão de Municípios ao programa:

I - Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família, na competência financeira abril de 2008;

II - Municípios com os 20 menores IDEB abaixo da média nacional nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura em cada Estado; e

III - Municípios que possuam em seu território escolas participantes do programa Mais Educação, considerando somente as escolas especificadas nesse programa.

As responsabilidades intersetoriais do PSE são determinadas após a adesão dos municípios ao programa, que se dá a partir da assinatura do Termo de Compromisso entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação. Nesse

Termo os gestores firmam compromisso com um conjunto de metas anuais e vinculam as ESF às escolas do território de responsabilidade. A definição das metas é de responsabilidade do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI – M), as quais são monitoradas por intermédio do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC) (BRASIL, 2011).

A instituição do GTI-M é de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde e Educação. O GTI Municipal tem como responsabilidade:

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

O financiamento do programa é regulamentado por intermédio da portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece os recursos financeiros para os municípios que aderirem ao programa. O Ministério da Saúde é responsável pelo repasse financeiro na modalidade fundo a fundo do valor referente à adesão ao programa, e corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família que desenvolvem a parceira. (BRASIL, 2009).

O pagamento ocorre por intermédio de parcelas únicas, tendo como base o número de ESF cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A transferência é realizada para os municípios credenciados por meio da Portaria GM nº 2.931 de 4 de dezembro de 2008. Conforme é apontado por Brasil (2011) o recurso financeiro funciona como um incentivo que deve ser empenhado para a realização das ações do PSE, desse modo é determinado que seu uso deva ser intersetorial (saúde e educação) e de responsabilidade do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M). Além disso, o Ministério da Educação é responsável pela produção e distribuição de materiais que servem de apoio aos professores, como também às equipes de saúde.

Em termos de seu aparato jurídico, o PSE se organiza a partir dos seguintes documentos:

Quadro 1. Portarias relativas ao PSE.

Portaria	Objeto	Órgão emissor
Portaria interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008 ²⁵	Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.	Ministério da Educação.
Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008 ¹⁵	Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE.	Ministério da Saúde.
Portaria interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008 ²⁶	Art. 1º - Designar os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola – CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008. Art. 2º - Estabelecer como Coordenador Titular da Comissão o membro Titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e como suplente o membro Titular da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação.	Ministério da Educação.
Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008 ²⁷	Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos.	Ministério da Saúde.
Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009 ²⁹	Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE.	Ministério da Saúde.
Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010 ²⁸	Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE).	Ministério da Saúde.
Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010 ³⁰	Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009.	Ministério da Saúde.
Portaria interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010 ³¹	Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse.	Ministério da Saúde.

Fonte: Ferreira *et al*; 2012.

As ações de saúde na escola são realizadas pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que são consideradas indispensáveis para a efetivação do programa (BRASIL, 2007, 2008). Conforme parágrafo único do capítulo 4 do decreto 6286/07 de 05 de dezembro de 2007, fica definido que:

As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

De acordo com Gomes (2012, p.41):

Essas equipes devem ter o papel de agentes desencadeadores das iniciativas de promoção da saúde escolar no território de referência, atuando ativamente nos processos de educação permanente de professores, funcionários, pais e estudantes. Também é papel das ESF garantir o acesso e a parceria das escolas com a Unidade de Saúde da Família, na realização de ações contínuas e longitudinais. Do mesmo modo, os profissionais da educação podem apoiar essas Equipes na utilização e incorporação de ferramentas pedagógicas e educacionais na abordagem da educação em saúde.

Para melhor compreensão da articulação entre PSE e ESF, faz-se necessário discorrer alguns parágrafos acerca do processo de criação e implantação dessa estratégia. De acordo com Viana e Poz (1998, p. 16), o Programa Saúde da Família (PSF) (hoje Estratégia Saúde da Família):

[...] se constituiu em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização.

Os autores ressaltam que além do PSF, o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o surgimento da NOB-96 constituíram o início da reforma incremental do SUS. Foi a partir desse momento que o foco da programação das ações de saúde passou a centrar-se na família, em detrimento do indivíduo isolado. Além disso, outra importante inovação apontada é a não espera da demanda para se dirigir a intervenção, antes há o reconhecimento da importância e a estratégia

delimitada de se agir preventivamente, o que é possibilitado pela visita domiciliar realizada pelo profissional do serviço.

As propostas desses programas se fundamentaram na tentativa de reduzir os gastos exorbitantes decorrentes do modo de operar característico do sistema biomédico, que teve como foco a ênfase no atendimento hospitalar, e nessa perspectiva contribuiu para que o nível básico de atenção à saúde fosse desconsiderado. Desse modo, de acordo com Brasil (1996) o que se pretendia com o desenvolvimento desses programas era o desenvolvimento de um tipo de assistência diferente daquela que se baseava na medicina curativa, com baixa capacidade de resolutividade dos problemas de saúde.

Apesar de apresentar uma proposta que se contrapõe ao modelo biomédico, o PSF conta com alguns entraves. Dentre alguns desses entraves, França (1998) (*apud* CAVALCANTI, 2000) expõe que o programa, ao centrar a assistência no profissional médico, contribui para reforçar a hegemonia do modelo vigente, além disso, a autora aponta a contribuição com a recentralização da atenção básica na esfera federal, devido ao pacto que atrela os recursos às condições predeterminadas pela União, comprometendo a autonomia dos municípios no que concerne a estruturação de serviços que atendam às demandas específicas de seu território.

Foi a partir do ano de 1996 que o PSF deixou de ser considerado como programa, e passou, portanto, a ser considerado como Estratégia Saúde da Família (ESF). De acordo com Borges (2002) essa alteração se deu devido ao entendimento de que havia a necessidade de se estabelecer um modo concreto de operacionalizar o SUS, e nessa perspectiva a proposta foi a de investir nas ações referentes aos problemas básicos de saúde, como também na promoção da saúde. O autor afirma que nesse sentido as propostas da ESF representam a consolidação dos princípios preconizados pelo SUS. Quanto a tal estratégia, Tesser *et al* (2010, p. 42-43) consideram que:

[...] apresenta-se, no momento, como o elemento central da Política de Atenção Básica. Constitui-se como uma estratégia para o fortalecimento e organização desse nível de saúde no Brasil, pois possibilita a (re)organização do Sistema Municipal de Saúde, visando à qualidade na atenção à saúde, mantendo o foco nas famílias que compõem uma comunidade, buscando o seu fortalecimento por meio da ampliação do acesso, da qualificação dos profissionais e da reorientação das práticas de saúde, aproximando-se do modelo de

Promoção da Saúde. Pode-se dizer que é uma alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, pois propõe mudança na concepção do processo saúde-doença, distanciando-se do modelo tradicional centrado em oferta de serviços voltados para a doença e investe, também, em ações que articulam a saúde com condições de vida e qualidade de vida.

Além disso, de acordo Sousa e Hamann (2009) o caráter substitutivo do PSF em relação à “atenção básica tradicional” norteia-se por quatro princípios, sejam eles: 1) adscrição de clientela; 2) territorialização; 3) diagnóstico da situação de saúde da população e 4) planejamento baseado na realidade local. Quanto a tais princípios os autores delimitam que:

A adscrição da clientela refere-se ao novo vínculo que se estabelece de modo permanente entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde. A territorialização aponta para a relação precisa que se estabelece mediante a definição do território e da população, o que implica o mapeamento e a segmentação da população por território. O diagnóstico da situação de saúde da população permite a análise da situação de saúde do território, mediante cadastramento das famílias e dos indivíduos e a geração de dados. O planejamento baseado na realidade local viabiliza a programação de atividades orientada segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas em articulação permanente com os indivíduos, famílias e comunidades. (Ibidem, p. 1327).

Entretanto, no decorrer de 20 anos de sua criação, o que se observa é que a atenção básica ainda segue com a precarização de seus serviços, precarização essa que envolve tanto os recursos materiais, quanto os físicos e humanos. Vinculado a isso, ainda é possível observar a prevalência da procura pelos serviços referentes aos níveis secundários e terciários. Cabe ressaltar que em inúmeras situações esses serviços são procurados para atender às demandas que poderiam ser solucionadas na atenção primária. E também nessa perspectiva, diversos estudos têm mostrado que importante quantitativo de internações tem sido considerado como causas sensíveis à atenção primária.

Diante desse quadro, Sousa e Hamann (2009, p. 27) fazem notar que:

A ESF ainda hoje pode ser considerada uma agenda incompleta, porque não conseguiu, ao longo dos anos de implantação e implementação, ampliar e garantir as condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor de saúde no Brasil.

É nesse contexto de dificuldades que se estabelece a articulação do ESF ao PSE. É importante ressaltar que, face ao que foi apresentado verifica-se que, de fato, o PSE apresenta um caráter inovador no tocante à política de saúde escolar, pois além de propor uma atuação que rompe com o caráter meramente assistencialista das ações, que se expressa por intermédio de propostas que preconizam o trabalho direcionado à promoção da saúde, preconiza para tanto a intersetorialidade como mecanismo central dessas ações.

Entretanto, importantes entraves têm sido apontados na literatura pertinente ao tema, que cabe ressaltar, considera-se ainda escassa. Em estudos realizados por diversos autores, como é o caso de Faria *et al* (2013), Closs *et al* (2013), Gomes (2012), Silva e Rodrigues (2010), têm sido identificadas problemáticas semelhantes no processo de implementação e condução das propostas do programa.

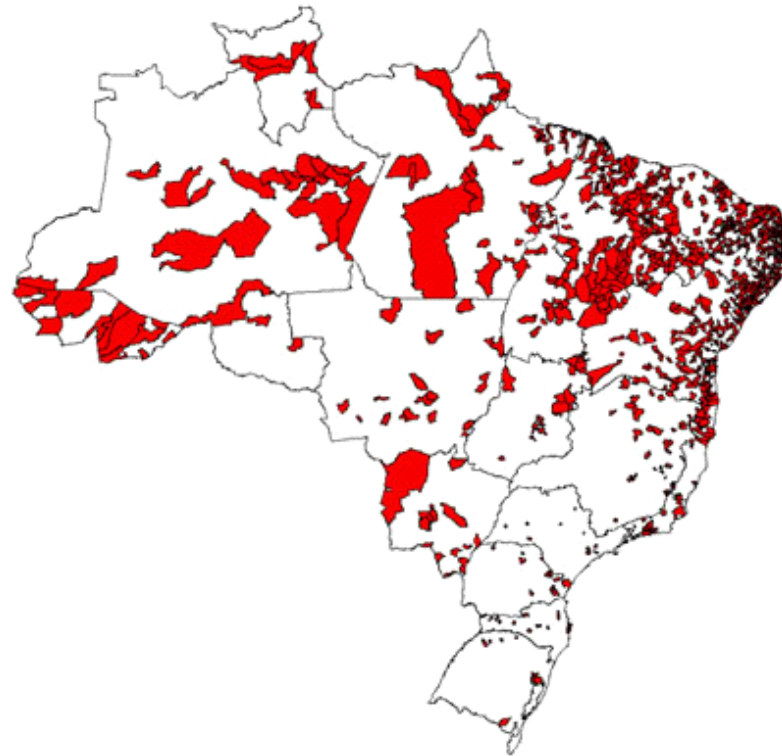
A compreensão quanto ao conceito de promoção da saúde por parte dos profissionais tem sido apontada como uma dessas problemáticas. Os mesmos têm considerado como sendo algo de extrema importância a ser trabalhado no ambiente escolar, porém apresentam uma visão muito limitada, resumindo-a ao desenvolvimento de hábitos alimentares e de higiene. Essa percepção corrobora com a afirmação de Valadão (2004, p. 35):

Hoje, a saúde na escola brasileira contempla uma mescla de antigas e novas ideias e práticas. O cenário do estudo, portanto, é um cenário no qual os princípios, leis, conceitos e práticas que têm relação direta com a promoção da saúde no âmbito da escola se perpassam, conflitam, superpõem, mas raramente se comunicam ou se articulam.

Um fato integrante é que alguns desses estudos também têm expressado uma compreensão equivocada acerca da promoção da saúde por parte dos autores, o que reforça que, de fato, o entendimento referente ao conceito de promoção da saúde é um grave problema que compromete seu alcance.

Apesar desses limites e de tantos outros que serão abordados adiante, o PSE apresenta a seguinte cobertura:

Figura 1: Cobertura do PSE



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE SEGUNDO ESTADOS, TOTAL DE MUNICÍPIOS, EQUIPES E ALUNOS – 2008 e 2009.

Quadro 2: Cobertura do PSE.

UF	Sigla	Total de Municípios	Equipes ESF vinculadas ao PSE*	Total Alunos Beneficiados**
ACRE	AC	12	69	53.058
ALAGOAS	AL	78	573	256.495
AMAPÁ	AP	7	74	74.065
AMAZONAS	AM	19	257	35.955
BAHIA	BA	181	1137	717.432
CEARÁ	CE	58	629	340.167
DISTRITO FEDERAL	DF	1	29	1.000
ESPÍRITO SANTO	ES	12	72	204.997
GOIÁS	GO	21	188	308.506
MARANHÃO	MA	103	740	571.708
MATO GROSSO	MT	18	93	231.764
MATO GROSSO DO SUL	MS	14	60	86.340
MINAS GERAIS	MG	41	519	59.172
PARÁ	PA	42	375	288.572
PARAÍBA	PB	123	675	414.753
PARANÁ	PR	11	51	399.660
PERNAMBUCO	PE	97	1110	274.138
PIAUÍ	PI	141	618	625.482
RIO DE JANEIRO	RJ	17	320	132.477
RIO GRANDE DO NORTE	RN	118	673	406.919
RIO GRANDE DO SUL	RS	14	134	11.426
RONDÔNIA	RO	3	59	146.303
RORAIMA	RR	6	39	60.077
SANTA CATARINA	SC	16	55	106.519
SÃO PAULO	SP	16	81	260.061
SERGIPE	SE	59	328	2.362.812
TOCANTINS	TO	25	56	72.554
TOTAIS		1.253	9.014	8.502.412

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2009.

Adiante teremos, então, a abordagem de elementos que possibilitarão o conhecimento e a compreensão quanto ao modo como as ações do programa têm sido realizadas e de que forma tem ocorrido a articulação da ESF e da escola diante do contexto de dificuldades já indicado aqui e que também será aprofundado a seguir.

4 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA ESF e do PSE

4.1 A Promoção da Saúde segundo a legislação e os relatórios técnicos do PSE e da ESF: análise dos dispositivos operacionais entre os dois programas

Neste capítulo objetivamos analisar as concepções de promoção à saúde contidas nos textos que compõem os aparatos técnico-legais da Estratégia Saúde da Família e do Programa Saúde na Escola.

Partimos da pressuposição de que as concepções de promoção da saúde contidas no conjunto de documentos não expressam claramente como ultrapassar os limites conjunturais e estruturais próprios da ESF. Observamos ainda, que os documentos não sinalizam claramente uma concepção de promoção da saúde. Ela vem diluída nas atribuições que cada programa possui na materialização das ações promotoras da saúde escolar.

Sendo assim, o atual Programa Saúde na Escola, lançado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, mostrou ser uma evolução na história de políticas públicas de promoção à saúde de crianças e adolescentes, nos abrindo uma brecha especial para alcançarmos os adolescentes que frequentam as escolas e então fornecermos atenção primária a saúde.

Contudo, o trânsito pelo tema nos levou a constatar (embora ainda de modo empírico) que as proposições do PSE, no cenário que se desenha cotidianamente, ainda não foram materializadas, sobretudo, em função dos problemas de gestão que configuram as ações das equipes de Saúde da Família.

Os documentos apresentam uma série de perspectivas que se articulam e produzem uma compreensão de promoção da saúde que não encontram nas condições de gestão dos programas (PSE e ESF) de se efetivarem. Senão vejamos o Caderno Saúde na Escola, na introdução traz:

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os estudantes, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Nesse processo, as bases são as “forças” de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania.

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

Entretanto, ao analisarmos o funcionamento em geral das ações da atenção básica nos deparamos com uma sobrecarga de funções das equipes profissionais, sem as devidas capacitações para dar respostas a uma imensa variação de demandas. O mesmo ocorre ao nos reportarmos ao cotidiano escolar. Há ainda, sobremaneira, um acúmulo de funções postas aos trabalhadores da educação, para além do processo de repasses conteudistas.

Em relação aos dispositivos de gestão, a intersectorialidade se apresenta como fundante na implementação do PSE.

A proposta de coordenação do PSE por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais é centrada na gestão compartilhada, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados, coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais. As decisões são compartilhadas por meio de análises e avaliações construídas intersetorialmente. O trabalho no GTI pressupõe, dessa forma, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais. (BRASIL, 2011, p. 5).

Contudo, ao nos debruçarmos sobre a estrutura das políticas sociais brasileiras de modo mais amplo, constatamos que as mesmas ainda não se desvencilharam do padrão normativo de planejarem seus planos, programas e projetos. Persiste o traço autoritário e vertical, no qual os usuários e profissionais de execução dispõem de pouco espaço na consecução das ações.

Observa-se que na relação entre o PSE e a ESF a situação não é diferente. A partir da análise sobre o aparato legal acerca da ESF, é possível encontrar por diversas vezes a menção à promoção da saúde, entretanto não se visualiza a abordagem de um conceito claro sobre o tema, o que representa um agravante, pois conforme pudemos apreender ao longo deste trabalho a temática possui um conceito polissêmico e, além disso, conta com a incorporação de práticas distintas.

Conforme já mencionado, considera-se a ESF como estratégia elementar para a reorganização da atenção básica. De acordo com a PNAB, a atenção básica de saúde é definida como sendo:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde [...] e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo de continuidade, da integralidade e responsabilização (BRASIL, 2006a, p. 10).

Para Martiniano *et al* (2014), na perspectiva da Promoção da Saúde, o fortalecimento da APS postula dos profissionais de saúde capacidade técnica para o desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares. Desse modo, ela demanda processos de trabalho por intermédio dos quais a gestão do cuidado é compartilhada por diversos atores, a partir da produção de autonomia dos sujeitos envolvidos, inclusive o próprio usuário do sistema.

Dessa feita, a Promoção da Saúde na APS exora a produção de novas tecnologias em saúde, o que implica em novos modelos técnico-assistenciais, os quais devem disponibilizar novos instrumentos tecnológicos para a gestão do cuidado e do trabalho em saúde (PAIM, 2003 *apud* MARTINIANO *et al* 2014).

Para os autores as conjecturas da PNAB e da PNAS encontram na ESF um campo produtivo para efetivação de suas propostas, uma vez que esta vem sendo implementada como estratégia nacional prioritária para a APS, a qual foi fortalecida no ano de 2008 por intermédio da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (MARTINIANO, *et al* 2014).

Entretanto, a nosso ver, isso pode representar um agravante, pois devido à polissemia conceitual que envolve a temática, dimensionada ao aspecto da requisição pessoal dos profissionais no desenvolvimento de ações que possam materializá-la e a ausência de requisições claras que atendam aos objetivos do Programa, pode resultar em práticas enviesadas por distintas correntes sobre a promoção da saúde.

É importante notar que, desde o início de sua implantação, a normatização referente à ESF aponta a Promoção da Saúde e o estímulo à participação popular como atividades a serem consideradas no processo de trabalho das equipes de saúde. Além disso, é designado o desenvolvimento de ações que envolvam: prevenção, recuperação, reabilitação de enfermidades e agravos mais frequentes e a manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 1997). Também se constitui como um desafio para a ESF:

Estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais institucionais, de forma a intervir em situações que transcendam a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, [s.d.], *apud* RAMOS; ROCHA, 2014, p. 414, 415).

Conforme o Art. 1º da portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, os NASF foram criados com o intuito de “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica”.

A partir da análise do caderno da Atenção Básica que apresenta as diretrizes para o NASF (BRASIL, 2009, p. 19), nota-se que a Promoção da Saúde é reafirmada como sendo “umas das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde”. Todavia, assim como afirmam Martiniano *et al* (2014, p. 379):

Apesar de declararem explicitamente o compromisso do NASF com a Promoção da Saúde, ainda são poucas as normatizações ministeriais que esclarecem e orientam as condutas que as equipes de NASF devem assumir. A própria portaria de criação dos NASF tem pouco mais de dois anos e ainda são escassos os relatos de experiência de sua implementação. Tal fato parece, em última instância, evidenciar a carência de direcionamentos políticos que auxiliem na organização e efetivação de um determinado modelo de organização da rede de serviços de saúde, que podem por um lado fortalecer a APS na perspectiva da promoção da saúde ou contribuir para a manutenção de lógicas neoliberais de focalização das ações, com forte tendência ao modelo tradicional biologicista, curativista, individual e medicamentoso.

Cabe ressaltar que essas dimensões políticas, que comprometem a APS e a efetivação da Promoção da Saúde, são transcorridas por macro e micro determinações, que vão desde o perfil dos profissionais de saúde às exigências da lógica neoliberal de esfacelamento da rede assistencial. (Idem, *Ibid*).

De acordo com Martiniano *et al* (2014), é importante buscar romper com a fragmentação existente, estabelecendo redes de cuidado à saúde que ampliem a corresponsabilidade numa perspectiva de afirmação do direito universal e integral à saúde. Nesse sentido, é importante levar em consideração que:

Para a promoção da Saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à promoção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis (BRASIL, 2009, p. 19).

O Caderno de Atenção Básica nº 24 Saúde na Escola, que é destinado prioritariamente para as Equipes de Saúde da Família, aponta que as avaliações preconizadas pelo PSE possuem como objetivo estimular o desenvolvimento físico e mental saudáveis, em cada etapa da vida do escolar, com vistas a oferecer cuidado integral a partir das necessidades de saúde que forem detectadas. Além disso, ressalta que devem estar incluídas em seu escopo medidas de educação e promoção da saúde. Como exemplos dessas medidas são citadas orientações em relação: à nutrição; à prevenção do uso de drogas; aos cuidados com os dentes; à prevenção de violências (física, sexual e *bullying* ou assédio moral); à alimentação saudável e prática de atividade física; à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; ao aconselhamento contraceptivo; à cultura da paz, entre outras. (BRASIL, 2009).

Nota-se que em suma as recomendações se restringem ao desenvolvimento de atividades educativas direcionadas aos aspectos biológicos. Entende-se que para que se possa ser adotada uma visão crítica sobre a promoção da saúde é imprescindível a articulação de diversos outros setores, pois a saúde e a educação não podem dar conta de promover saúde sem levar em consideração os determinantes sociais, para isso é necessário o desenvolvimento de políticas sociais que almejem a equidade social.

Quanto ao público a ser alcançado pelas ações do PSE, considera-se que:

As condições de vida e saúde e também as iniquidades sociais em nosso país permitem dizer que essa parcela da população está exposta a graves riscos de adoecimento e a situações de vulnerabilidade, que precisam ser objeto prioritário de ação eficaz pelo sistema de saúde, em conjunto com outros setores, particularmente os de Educação e Ação Social. Ao considerar os esforços do Ministério da Educação em tornar a escola pública inclusiva e acessível a crianças e adolescentes com deficiência (física, visual, auditiva, múltipla), oportuniza-se uma sociedade mais igualitária, sendo que os profissionais da saúde terão papel relevante no suporte às necessidades específicas desses estudantes. Conhecer e lidar com esses fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo e protegendo a saúde, impactará de maneira positiva a qualidade de vida, as condições de aprendizado e,

consequentemente, a construção da cidadania. (BRASIL, 2009, p. 15).

Quanto se trata da importância de se conhecer as condicionalidades que podem interferir no processo saúde x doença, é possível encontrar na parte do Documento que trata das atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica a imputação de “identificar as famílias de escolares que estejam inseridas no Programa Bolsa-Família, bem como acompanhar suas condicionalidades, de forma articulada com o setor Educação e de Desenvolvimento Social/Assistência Social” (BRASIL, 2009, p. 68).

Quanto a tal programa, é importante notar que:

[...] é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza e tem como objetivo assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a conquista da cidadania pela população mais vulnerável à fome. As mães ou responsáveis por crianças menores de sete anos devem: levar a criança à unidade de saúde para a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança; e cumprir o calendário vacinal da criança, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p 26).

Embora seja considerado como um dos objetivos do Programa “contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos (BRASIL, 2009, p.12), observa-se que ao longo do Documento são pontuais as menções que expressam a importância de se exceder os limites do binômio saúde e educação. Conforme é possível observar abaixo, constitui-se como uma responsabilidade da ESF:

[...] se articular com toda a rede de serviços de saúde, como setor Educação e com outros equipamentos existentes na comunidade, para a elaboração de planos terapêuticos integrais e integrados para a resolução das necessidades e dos problemas detectados (BRASIL, 2009, p. 20).

Outras recomendações que ultrapassam os “muros” da saúde e da educação tratam das seguintes atribuições designadas aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família:

- Identificar e articular juntamente com as equipes de Saúde da Família e professores uma rede de proteção social com foco nos escolares;
- Discutir e refletir permanentemente com as equipes de Saúde da Família a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com as adversidades e potencialidades (BRASIL, 2009, p. 70).

Ainda acerca das relações intersetoriais, o Documento expõe que:

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. Implica colocarmos em questão: como esses serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nesses serviços? (BRASIL, 2009a, p.9).

Entretanto, ao nos reportamos às orientações acerca da avaliação nutricional, por exemplo, é possível perceber que o Documento traz a afirmação de que “nas últimas décadas, mudanças econômicas, sociais e demográficas decorrentes da modernização e urbanização provocaram alterações no estilo de vida da população e, em particular, dos hábitos alimentares (MONTEIRO *et al.*, 2000, *apud* BRASIL, 2009, p. 44). Além disso, afirma que sua escolha pode ser influenciada pelos fatores econômicos e sociais que rodeiam o indivíduo e sua família.

Todavia, apesar de o fator econômico ser apontado, é possível identificar que ao longo das recomendações direcionadas a essa avaliação, os mesmos são desconsiderados. Posteriormente, quando se trata das atribuições dos profissionais da equipe de Saúde da Família é possível encontrar, ainda que sem tanta ênfase, a recomendação da articulação de “atores sociais locais (escolas, produtores agrícolas, comércio), com vistas à integração de saúde escola” e a promoção da “articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas na escola e/ou na comunidade” (BRASIL, 2009, p. 63).

Apesar de a nutrição ser reconhecida como um fator crítico na promoção da saúde e prevenção das doenças observa-se que a ênfase é direcionada à utilização de hábitos inadequados. Em momento algum a inadequada utilização é relacionada aos fatores sociais.

Além da pouca ênfase que é dada à importância de outros setores para o planejamento e desenvolvimento das ações no PSE, observa-se que a participação de outros setores, que não os da saúde e educação, nos GTIs é facultativa. Acredita-se que isso pode contribuir para a manutenção da segmentação no que diz respeito à forma como os serviços estão dispostos.

É possível notar que há uma limitada proposição no que se refere ao aspecto da intersetorialidade para se alcançar uma adequada assistência à saúde. Observa-se que apesar de se constituírem em termos com significados distintos, a abordagem da promoção parece estar ligada ao aspecto da prevenção.

O Caderno “Passo a Passo PSE Construindo caminhos para a Intersetorialidade” expõe que o interesse de sua elaboração foi movido pela pretensão de materializar a parceria entre o setor de Educação e o setor de Saúde, ressaltando que esta pode se expandir para envolver outros parceiros com o objetivo de contribuir com a construção de um território mais saudável, de uma comunidade mais saudável, de uma escola mais saudável, através do fortalecimento das múltiplas instâncias de controle social e do compromisso da comunidade para agir em defesa da vida. Dessa forma, o Documento afirma que:

Assim, ratificam-se os princípios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, na qual as equipes de Saúde da Família assumem o protagonismo e a responsabilidade pela coordenação do cuidado dos escolares, além do desafio de um processo de trabalho que considere a integralidade das ações, o cuidado longitudinal e o acesso dos escolares às ações específicas do Programa Saúde na Escola, considerando suas diretrizes e prioridades em cooperação com os profissionais da educação. (BRASIL, 2009, p. 9).

Entretanto, ao longo do mesmo não é possível encontrar o apontamento de estratégias que visem ultrapassar o binômio dos setores saúde e educação. Conforme é exposto no documento “Passo a Passo PSE Construindo caminhos para a Intersetorialidade”, observa-se que há a preocupação em se enfrentar as vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento do público alvo do programa, entretanto ao longo do documento verifica-se a ausência de um trato que contemple a saúde em seu conceito ampliado. Observa-se que é dado ênfase aos fatores comportamentais.

O Programa Saúde na Escola (PSE) vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral

e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos. (BRASIL, 2011, p. 6)

O Documento prevê que:

As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político executiva dos Estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do País e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas. (BRASIL, 2011, p. 6).

Entretanto, apesar dessa definição, é possível observar a fragilidade que consiste, pois se observa que as recomendações para o desenvolvimento das ações preconizadas não valorizam essa relação, antes observa-se que há o predomínio da responsabilidade da ESF na condução das atividades.

A partir da análise do referido Documento, é possível perceber que o mesmo faz alusão à concepção de Promoção da Saúde adotada pelo SUS, por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde que a define como sendo:

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

O Documento supracitado também menciona o conceito utilizado pela OMS, que afirma que “[...] a promoção da saúde é um processo que objetiva ampliar as possibilidades dos cidadãos de controlar, de forma crescente, os determinantes sociais da saúde e, como consequência, melhorar sua qualidade de vida”. (BRASIL, 2011, p. 18).

Nessa direção, o Documento expõe que as ações de promoção da saúde têm o intuito de garantir oportunidade a todos os estudantes de fazerem escolhas mais benéficas à saúde e, desse modo, serem protagonistas do próprio processo de produção da saúde. Há o entendimento de que a escola representa um espaço privilegiado para a promoção da saúde, haja vista seu potencial para contribuir com

a formação crítica dos sujeitos, tornando-os aptos a realizar uma análise dos problemas de sua comunidade, bem como propor alternativas para resolvê-los.

Entretanto, é importante ressaltar que na prática há um comprometimento no que concerne ao ensinamento das escolas públicas, que não tem conseguido desempenhar seu papel de formadora de agentes críticos. Tem se tornado comum a evidência dada à precarização do ensino nas escolas públicas brasileiras. E o que se observa é que o papel de formadora de agentes críticos tem sido substituído pelo papel de disseminadora de informações, sem ao menos conseguir, em inúmeros casos, lograr êxito.

Além disso, o que se nota-se também que é frisada a importância da articulação entre os setores da educação e da saúde para a promoção da saúde, o que aponta para uma contradição no que se refere à adoção das concepções de Promoção da Saúde adotadas pelo SUS e pela OMS. O que se visualiza é a adoção de uma concepção limitada, pois levando em consideração a saúde em seu conceito ampliado entende-se que para o alcance da promoção é necessário articular diversos outros setores.

Observa-se que as ações de Promoção da Saúde desenvolvidas, por diversas vezes são relacionadas como atividades de educação em saúde que têm por objetivo “garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria de sua qualidade de vida” (BRASIL, 2011, p 17).

Com base nos relatórios técnicos dos PSE e da ESF, nota-se que quando se menciona a Promoção da Saúde, são mencionadas atividades do tipo: palestras educativas e oficinas com adolescentes; caminhada e exercícios de alongamento, grupo de ajuda mútua, escovação supervisionada com aplicação tópica de flúor e triagem de risco, monitoramento e palestras educativas para hipertensos e diabéticos, palestras educativas, trocas de receitas e encaminhamentos, busca ativa de hipertensos, monitoramento e palestras educativas, atividades esportivas, oficina e palestras educativas com adolescentes, palestras educativas e aferição de peso e altura.

Quando se trata das escolhas e dos fatores a serem enfrentados, o que se percebe é que estes são tratados como sendo apenas questão de educação em saúde, sem que haja o reconhecimento e a problematização de que pode ser

necessária a articulação com outros serviços, bem como a utilização de políticas sociais para o adequado enfrentamento de tais problemáticas.

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

Entende-se que o Programa tem reproduzido uma prática desvencilhada do viés crítico que a Promoção da Saúde propõe, o qual se expressa a partir da predominância do enfoque aos fatores biológicos, o que pode talvez ser explicado devido a preponderância do setor saúde na condução de suas propostas, pois conforme já discutido, esse setor ainda sofre as influências do modelo biologicista.

Com base nisso, é possível perceber que a promoção da saúde não se constitui, de fato, como elemento central do Programa, ao menos, a que se refere à corrente da “Nova Promoção da saúde”. Antes, o que se observa é que há ainda a ênfase em fatores comportamentais.

4.2 Ações intersetoriais para a materialização do PSE: sinergia ou falácia?

A materialização do PSE se expressa inicialmente através das portarias ministeriais e decretos já mencionados anteriormente, mas, sobretudo pelo Caderno de Atenção Básica, denominado “Saúde na Escola”. É nesse documento que estão postas as diretrizes que devem ser seguidas pelos gestores que aderirem ao programa, bem como, estão colocadas as estratégias gerais de funcionamento de parceria entre os setores da educação e saúde e as atribuições profissionais da atenção básica em relação ao PSE.

Ao longo do documento são sinalizados sete tipos de avaliações que deverão ser feitas pela equipe da ESF às crianças e adolescentes frequentadores do ambiente escolar, quais sejam: avaliação clínica e psicossocial; atualização do calendário vacinal; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS);

avaliação da acuidade visual; avaliação auditiva; avaliação nutricional; avaliação da saúde bucal. Cabe ressaltar que essas avaliações correspondem às ações do Componente I do PSE. (BRASIL, 2009).

No decorrer do citado documento são apresentados elementos técnicos com respaldo científico, no intuito de facilitar a operacionalização das avaliações clínicas e psicossociais no contexto do PSE. Vejamos o que o documento define quanto a cada avaliação. (BRASIL, 2009).

Referente à avaliação clínica e psicossocial, o Caderno define que devem ser organizadas de modo a rever o desenvolvimento da criança ou adolescente por intermédio da história clínica e da realização de um exame físico dirigido, no intuito de identificar problemas agudos e/ou crônicos. (BRASIL, 2009). O livro prevê que:

Por se tratar de questão muito complexa, não existe consenso em torno de como deve ser feita essa avaliação. Ao planejar o calendário de avaliação clínica e psicossocial que melhor se adapte ao seu contexto, a equipe envolvida no PSE precisa lembrar que a atenção à saúde deve ser personalizada. Os procedimentos devem ser adaptados às necessidades do escolar e/ou da sua família, dependendo de fatores de risco e resiliência e, evidentemente, da estrutura e recursos do serviço de saúde. Todo protocolo deve ser flexível, permitindo que determinadas circunstâncias indiquem a necessidade do aumento do número de avaliações ou a mudança nas estratégias dessas avaliações, como a realização de visitas domiciliares, para averiguar as condições de vida do escolar na residência. Por outro lado, a ausência de fatores de alto risco pode determinar diminuição do número de avaliações, transferindo parte da responsabilidade pela saúde do escolar para a equipe de educação e para a família. (BRASIL, 2009, p. 21).

O documento considera que alguns procedimentos podem ser realizados na própria escola, desde que haja condições estruturais adequadas e seja evitada a medicalização do ambiente escolar. Dentre alguns exemplos desses procedimentos são citados: mensuração dos dados antropométricos, medida da pressão arterial e atualização do calendário vacinal. Desse modo, busca-se a criação de um ambiente adequado para tais práticas, pois se acredita que:

A criação de espaços e ambientes seguros facilitam a adesão das crianças, adolescentes e jovens aos encontros destinados à avaliação. Por isso a importância do envolvimento do corpo docente com as ações, considerando o vínculo já estabelecido entre eles e os educandos. A inclusão dos temas nos projetos político-pedagógicos também facilita o protagonismo dos educandos, apontando para um processo importante de autocuidado. Falar e trabalhar

pedagogicamente os temas da alimentação, visão, audição, práticas corporais e outros aproximam os educandos da ação e desperta o interesse deles com suas próprias condições de saúde e riscos. Se a entrada da ESF na escola for organizada de maneira coletiva entre saúde e educação, com a inclusão dos pais e responsáveis e o envolvimento dos educandos, aumentamos o compromisso dessa comunidade com o enfrentamento das vulnerabilidades sociais para cotidianos mais prazerosos e múltiplos. (BRASIL, 2011, p.16)

Cabe ressaltar, que a história clínica é considerada como o principal instrumento para identificação de possíveis fatores de risco e agravos à saúde. Destarte, deve ser obtida em uma primeira avaliação uma história completa e essas informações devem ser atualizadas a cada retorno. (BRASIL, 2009).

Para a realização das avaliações clínicas, o documento atenta para a importância da constituição da equipe multiprofissional e da realização de um trabalho coletivo. Atenta ainda para a necessidade de que os profissionais da saúde e da educação tenham uma mesma linguagem, no que se refere ao discurso de promover educação em saúde e reafirma a importância de que os professores e demais profissionais da escola devem participar na identificação de problemáticas de saúde, juntamente com o auxílio de profissionais de saúde. (BRASIL, 2009).

Entretanto, o que os estudos têm apontado é a dificuldade da presença dos profissionais da ESF na escola, bem como o desenvolvimento efetivo de comunicação entre os setores. Quanto a isso, Sousa e Hamann (2009, p. 1334), acreditam que para o desenvolvimento de práticas em saúde que sejam orientadas pela essência do SUS, é necessário “[...] fortalecer o diálogo de forma permanente, franca e democrática, com todas as forças sociais, tendo em vista um novo pacto federativo: a consolidação da política prevista na nossa Constituição”.

No que concerne à atualização do calendário vacinal, o documento atenta para a importância da imunização contra doenças transmissíveis, haja vista a comprovação de sua eficácia, o que faz com que seja considerada um importante elemento da promoção de saúde. (BRASIL, 2009).

Referente à detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS), é ressaltada a importância da inclusão da aferição da pressão arterial na avaliação de rotina de crianças e adolescentes, pois o diagnóstico e a intervenção precoces de HAS contribuem para a prevenção de complicações em longo prazo. Segundo Sinha (2007 *apud* BRASIL, 2009), a HAS primária em crianças e adolescentes está

relacionada a excesso de peso, nível reduzido de atividade física, ingestão inadequada de frutas e vegetais e consumo excessivo de sódio e de álcool.

Em relação à avaliação da acuidade visual considera-se que o exame dos olhos é um importante item da rotina do exame da criança, e nesse sentido, a equipe de Saúde da Família possui um importante papel na detecção de doenças oculares. Assim, o governo federal no ano de 2007, lançou o Projeto Olhar Brasil, que, dentre outros objetivos, visa apontar os problemas visuais relacionados à refração em alunos matriculados na rede pública de Ensino Fundamental. (BRASIL, 2009).

Dessa forma, fica definido que:

Os municípios que aderiram ao Projeto Olhar Brasil poderão integrar ações com o PSE, assim potencializando os recursos. O rastreamento em programas desenvolvidos na comunidade e nas escolas também pode ser efetivo para a detecção de problemas precocemente. A triagem da acuidade visual é, portanto, de extrema importância, sendo viável a aplicação de teste de acuidade visual (Teste de Snellen) por profissionais da saúde, não necessariamente os médicos, e por profissionais da educação, desde que capacitados, conforme estabelece o Projeto Olhar Brasil. No caso de constatação de distúrbios visuais conforme descrito a seguir, o agente comunitário de saúde e os profissionais da educação capacitados deverão encaminhar os casos para as equipes de Saúde de Família responsáveis, que encaminharão posteriormente e ao médico oftalmologista. (BRASIL, 2009, p. 37).

Entretanto, como para a saúde pública a investigação de problemas oculares feita por oftalmologistas é dispendiosa e de difícil execução, a saída mais viável acaba sendo a realização de triagem oftalmológica por pessoal não médico treinado e/ou supervisionado. (BRASIL, 2009).

Quanto à avaliação auditiva, assevera-se a importância da sua realização, pois conforme dados publicados pela OMS no ano de 2006, a deficiência auditiva está entre as incapacidades mais comuns no mundo.

Conforme assinala o Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola, as alterações auditivas podem comprometer o processo de aprendizagem, bem como a escolarização. Entretanto, quanto mais cedo a deficiência auditiva for detectada, aliada à introdução imediata de medidas de reabilitação, aumentam-se as chances de minimização de suas consequências no desenvolvimento da criança.

Assim como estabelece o artigo 3º parágrafo I da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (Portaria MS/GM nº 2.073/04), cabe à Atenção Básica: “Realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde

auditiva, da prevenção e da identificação precoce dos problemas auditivos, bem como, ações informativas, educativas e de orientação familiar”.

Concernente à avaliação nutricional, considera-se que é requisito para identificar ou não a necessidade de uma intervenção alimentar. De acordo com Brasil (2009, p. 45), “[...] a nutrição é reconhecidamente um fator crítico na promoção da saúde e prevenção das doenças. Mesmo a má nutrição moderada pode trazer consequências tardias no desenvolvimento cognitivo das crianças e no seu rendimento escolar”.

Desse modo, conforme aponta Sperr (2002 *apud* BRASIL, 2009), a função da nutrição na promoção da saúde abrange não somente a abordagem da dieta e a prevenção de doenças, como também a avaliação das necessidades de mudanças nutricionais que são relacionadas às diferentes fases do crescimento e desenvolvimento humanos.

A importância da alimentação para o controle e prevenção das doenças, principalmente das crônicas não transmissíveis, tem se tornado cada vez mais evidente. Desse modo, a promoção e a adoção de hábitos alimentares saudáveis na infância e adolescência adquirem importância singular na promoção da saúde e prevenção do adoecimento na vida adulta. (BRASIL, 2009).

Diante do papel que a Estratégia de Saúde da Família possui na realização da avaliação nutricional e da promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, considera-se como importante desafio promover, de forma adequada, o acesso à informação, de modo a direcionar o conhecimento para o autocuidado e, possibilitar o contato e a experimentação de alimentos que sejam de fácil acesso e preparo além de serem saudáveis e agradáveis ao paladar do público alvo. (BRASIL, 2009).

Com o objetivo de incentivar e fornecer elementos para o fortalecimento e planejamento de ações com esse enfoque, o Ministério da Saúde lançou o manual operacional para profissionais da saúde e da educação: *Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas*.

O Caderno de Atenção Básica: saúde na Escola expressa o reconhecimento da necessidade de que as ações de educação alimentar e nutricional no âmbito escolar sejam planejadas e implementadas de modo intersetorial, incluindo nesse processo a participação de vários atores, no intuito de favorecer o reconhecimento,

discussão e reflexão dos problemas e/ou determinantes de saúde de toda a comunidade escolar. Nessa perspectiva, entende-se que:

A intersetorialidade entre a escola e o serviço de saúde visa o fortalecimento de 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 mútuas 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. Exemplos de ações que podem ser fomentadas a partir dessa parceria são a realização de eventos de educação em saúde no ambiente escolar, com palestras educativas, atualização do calendário vacinal, avaliação clínica e nutricional, práticas esportivas e culturais; realização de oficinas culinárias em parceria com a comunidade escolar, valorizando frutas e verduras produzidas localmente; e o estabelecimento de espaços de divulgação de informações sobre alimentação e nutrição. Outras sugestões envolvem a criação e manutenção de horta escolar, com uso dos alimentos produzidos na alimentação escolar; a melhoria da qualidade nutricional e sanitária das refeições e lanches ofertados na escola, em parceria com o nutricionista da alimentação escolar, merendeiros, Conselho de Alimentação Escolar (CAE), dono e funcionários da cantina e a restrição da venda e publicidade de alimentos ricos em açúcar, gorduras e sal nas cantinas escolares. Também é importante estabelecer a participação de outras instâncias, como o Poder Legislativo, as Secretarias de Abastecimento e Agricultura, entidades de produtores rurais, agricultores familiares, entre outras. (BRASIL, 2009, p 49-50).

Quanto à avaliação da saúde bucal, Vasconcelos *et al* (2001) apontam, dentre alguns fatores que asseveram a importância de sua realização no ambiente escolar, a possibilidade de reforçar e reiterar os conhecimentos e hábitos aprendidos e a importância que os profissionais da educação possuem nesse processo, devido à influência que podem exercer por seu relacionamento com os estudantes, além do conhecimento em técnicas metodológicas, confluindo para a construção de hábitos de vida saudáveis.

De acordo com Pinto (2000 *apud* BRASIL, 2009), as ações desenvolvidas têm o intuito de ordenar a cobertura populacional, com foco na detecção precoce das lesões e no tratamento oportuno, evitando o avanço das lesões. Concomitante a isso, o autor atenta para o fato de que programas preventivos e educativos fornecem apoio ao estimular a mudança de hábitos de saúde.

Nesse sentido, considera-se fundamental o papel da equipe de Saúde da Família e de Saúde Bucal na avaliação do estado de saúde bucal e realização das intervenções necessárias.

Com base em tudo o que foi tratado, nota-se que a intersectorialidade é uma estratégia expressamente valorizada para a consecução das propostas contidas no Livro de Atenção Primária, assim como nos demais documentos acerca do PSE. Todavia, não é possível identificar em tais documentos estratégias objetivas que confluam para a materialização de seus discursos.

Ressalta-se que o próprio Caderno deixa claro que não tem por objetivo apontar nenhuma solução pré-formulada e eficaz que oriente as práticas intersectoriais, entretanto, sugere alguns passos que podem ser seguidos, sejam eles: compreender a realidade local, identificar os parceiros, definir tarefas e definir indicadores de acompanhamento.

Considera-se que os gestores sejam essenciais para a coordenação de ações intersectoriais. De acordo com Ferreira *et al* (2012) a intersectorialidade enquanto exercício de gestão possibilita a criação de espaços compartilhados de tomadas de decisões, podendo contribuir para a elaboração de políticas públicas que possam incidir positivamente na qualidade de vida individual e coletiva.

Entretanto, Junqueira (1999) atenta para a realidade de que esse mecanismo ainda não representa a prática dos gestores. Observa-se que a compreensão quanto à importância da elaboração de políticas intersectoriais ainda não integra suas agendas.

Sobre a gestão intersectorial do trabalho das equipes de saúde da família e as equipes das escolas Brasil (2011, p. 13) delimita que:

A escola contemplada pelo PSE deve funcionar de modo que as atividades em saúde a serem desenvolvidas devam fazer parte do projeto político-pedagógico escolar, atendendo às expectativas dos professores e, principalmente, dos educandos. As temáticas a serem trabalhadas pelo PSE devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da saúde ou diretamente por profissionais de saúde previamente agendados e com o apoio dos professores. Essa preparação dos educandos no cotidiano da escola pode implicar a participação desde o agendamento e organização das atividades e/ou durante a realização delas. Em relação às atividades de educação e saúde, a comunidade escolar analisa, de acordo com sua competência e a pertinência, a dinâmica do ambiente escolar, considerando sua estrutura, condições, coerência pedagógica e necessidades da escola ou dos

educandos. Se necessário, submete ao conselho pedagógico. Portanto, estratégias pedagógicas podem ser sugeridas ou enriquecidas tanto pelos profissionais de saúde quanto de educação para que sejam analisadas pelo setor da educação e estejam coerentes com os fundamentos e pressupostos de aprendizagem adotados e aceitos, caracterizando uma ação conjunta, de maneira que sejam respeitadas as competências próprias de cada setor, assim como suas estratégias de atuação no que concerne sua área técnica por excelência.

Conforme já mencionado, a proposta da coordenação do PSE se dá por intermédio dos GTI, que de acordo com o que preconiza Brasil (2011, p. 9) deve ser:

[...] centrada na gestão compartilhada, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados, coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais. As decisões são compartilhadas por meio de análises e avaliações construídas intersetorialmente.

Entretanto, ao se investigar quanto à efetividade do estabelecimento de vínculos entre os distintos setores implicados nesse processo, as pesquisas têm apontado que na maioria dos casos não há o envolvimento esperado, e as interações ocorrem quando há a necessidade, ou seja, quando há a adoecimento, sem que haja diálogo, planejamento entre os profissionais. Observa-se que nesse sentido há a prevalência da importância direcionada ao caráter biológico. Em outras situações, quando se verifica a realização de atividades de integração, elas têm sido atribuídas a iniciativas particulares dos profissionais, pois de acordo com os registros, não há um ambiente que seja propício ao desenvolvimento dessas práticas. Nota-se assim, a tendência da responsabilização do profissional frente ao fracasso das ações. Isso também se contrapõe ao que é definido em Brasil (2006a, p.16):

Essa parceria deve se estruturar e solidificar levando-se em conta os limites e as inúmeras possibilidades de atuação, de forma dinâmica e perene, não eventual, nem esporádica. Este é um rico desafio para os profissionais da saúde da ESF e da área da educação, e também para seus interlocutores, usuários, gestores e formuladores de políticas sociais, além de movimentos sociais, representações populares, acadêmicas e de serviços, públicas e privadas.

A não efetiva articulação entre as secretarias de saúde e educação também representa uma grave deficiência. A intersetorialidade tem se configurado em um

grande desafio, pois inúmeras são as dificuldades que se sobrepõem frente à tentativa de rompimento das influências que as práticas setorializadas têm exercido tanto no planejamento, quanto na condução das políticas ao longo dos anos. Essa deficiência aponta para a fragilidade do GTI, que de acordo com Brasil (2011, p. 11,12):

Sugere-se que o GTI Municipal seja composto por gestores das Secretarias de Saúde e de Educação, representantes das equipes de Saúde da Família e representante dos educadores que atuarão no PSE, representantes das escolas, jovens e das pessoas da comunidade local. Esse grupo pode incorporar na sua formação outras instâncias e áreas, por exemplo, representantes do Comitê Local do BPC (Benefício de Prestação Continuada) na escola, podendo, inclusive, realizar encontros ampliados dependendo do tema a ser trabalhado.

Em contraponto ao trabalho articulado entre os setores é possível identificar a preponderância do setor saúde em relação à educação. Quanto a isso Ferreira *et al* (2012) afirmam que os diplomas normativos do programa assinalam parceria entre os setores da educação e da saúde no tocante à maior parte da estruturação do programa. Contudo, os autores também apontam contradições, como a coordenação da Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE), o financiamento das ações do Programa e a centralização no processo de adesão dos municípios, todos protagonizados pelo Ministério da Saúde.

Essa disparidade não se expressa apenas na elaboração dos documentos, mas também no tocante à realização das ações. Conforme já registrado, para que possa ser operacionalizado, o PSE precisa contar com o trabalho dos profissionais da ESF. Esse é um fator que contribui para o comprometimento do funcionamento do programa, haja vista a conjuntura de precarização que envolve o contexto de funcionamento da ESF.

Castro (2011) considera essa dependência como sendo um ponto frágil do Programa, que além da necessidade de participação da ESF, conta ainda com a necessidade do envolvimento de outros programas, como: Programa mais Educação, as Equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal; Núcleo de Apoio à Saúde da Família e da área de Nutrição e o Programa Segundo Tempo Escola que Protege. O autor acredita que o Programa deveria ser constituído como uma estratégia independente e contar com a constituição de uma equipe independente,

pois desse modo poderia se alcançar uniformidade em seu processo de operacionalização.

Entretanto, a nosso ver, talvez essa constituição poderia facilitar a operacionalização das ações do PSE, por outro lado acreditamos que se os programas/serviços que já existem funcionassem conforme suas diretrizes/objetivos, não seria necessária a constituição de tal equipe. Bastaria identificar os problemas que impedem o funcionamento de tais serviços, e cabe notar que em sua maioria já se sabe quais são, e investir em alternativas para transpô-los. Além disso, acreditamos que a constituição dessa equipe poderia talvez contribuir para a manutenção da lógica da setorialidade dos serviços.

Gonçalves *et al* (2014) elencam algumas problemáticas que integram o cotidiano da ESF, que se relacionam, sobretudo, ao aspecto organizacional do acesso, tais quais: a dificuldade para o agendamento de consultas (médicas e odontológicas); a ausência do princípio da integralidade nas ações empreendidas e a fragilidade na rede hierárquica da assistência. Isso corrobora para a constituição de um quadro crítico, que compromete a assistência às necessidades dos usuários de tais serviços.

Castro (2011) ressalta que nem todas as equipes da ESF contam com um adequado número de profissionais. Diante disso, um fato que se questiona é a possível sobrecarga de trabalho que tais ações podem implicar. Decerto que as propostas contidas no PSE já são, em sua maioria, atividades já delimitadas como parte das atribuições dos profissionais da ESF, conforme é registrado na Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, capítulo I que trata dos princípios gerais da Atenção Básica fica definido que:

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Entretanto, apesar das ações delimitadas no PSE não representarem novidade na agenda da ESF, ainda assim o que se sabe é que os profissionais que integram tais serviços já contam com sobrecarga de trabalho em seu dia-a-dia, o que contribui para comprometer o desenvolvimento dessas ações. Conforme já

mencionado, sabe-se que a ESF têm um quantitativo insuficiente de profissionais para atuar na área de abrangência que corresponde, e, associado a isso, sabe-se da séria precarização que envolve os ambientes de trabalho onde tais profissionais estão inseridos, isto sem mencionar as relações por intermédio das quais suas atividades são desempenhadas.

Nesse sentido, cabe aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família “apoiar os profissionais das equipes de Saúde da Família a exercerem a coordenação do cuidado do escolar em todas as ações previstas para o PSE”. (BRASIL, 2009, p.70). Entretanto, sabe-se que o NASF também funciona de modo comprometido.

Dentre as atribuições que o Documento considera comum a todos os profissionais da atenção básica, encontra-se:

Estabelecer em parceria com os profissionais da educação estratégias comuns de operacionalização do Programa Saúde na Escola, considerando nesse planejamento as diretrizes e os princípios preconizados pela Política Nacional da Atenção Básica e o Projeto Político Pedagógico das escolas. (BRASIL, 2009, p.67).

Outro agravante que compromete a longitudinalidade e continuidade das ações na atenção primária do PSE é a rotatividade e, além disso, pouca disponibilidade de profissionais, com destaque para os profissionais médicos, para as demandas características da APS. Segundo Girardi (2009 *apud* GONÇALVES *et al*, 2014), a pesquisa realizada pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NESCON/FM/UFMG) no ano 2009, sobre a precarização e a qualidade do emprego na ESF em nível nacional, evidenciou que 53,6% dos médicos de saúde da família estava há menos de dois anos no posto de trabalho.

Quando se trata do vínculo empregatício, que abrange tanto as formas de contratação (expressa sob a forma de contratação sem tantas garantias trabalhistas ou assistenciais, podendo em outras situações ocorrer apenas sob a forma de prestação de serviço), bem como a própria instabilidade profissional (referente às influências políticas no processo de demissão e contratação de pessoal), verifica-se que se constitui como outro agravante. Contribuindo para ratificar essa situação, não se visualiza no país o desenvolvimento de iniciativas, por parte dos órgãos gestores, que caminhem na direção de garantir direitos trabalhistas aos profissionais de saúde na APS. (GONÇALVES *et al*, 2014).

A capacitação dos profissionais envolvidos no PSE tem sido considerada um importante agravante. Sabe-se que o processo formativo ainda se baseia numa formação que favorece a reprodução do modelo biomédico. Observam-se dificuldades no tocante ao desenvolvimento de ações que vão de encontro a essa perspectiva. Desse modo, os profissionais da saúde em sua formação seguem a lógica da especialidade, assim muitas vezes não detêm o conhecimento adequado referente à saúde escolar.

Por outro lado Dias *et al* (2014, p. 33) atentam para a importância de “[...] aproximar professores à realidade dos processos saúde-doença no intuito de torná-los disseminadores de saúde dentro da escola e articuladores do trabalho intersetorial”.

Conforme afirmam Silva e Rodrigues (2010, p. 768) “[...] as concepções dos profissionais das diversas áreas do conhecimento influenciam suas práticas podendo contribuir ou não com a mudança do modelo hegemonicamente setorializado para o modelo de articulação intersetorial”.

Gil (2005) também chama atenção para a importância de se encontrar alternativas que contemplem a situação dos profissionais já inseridos no sistema, no intuito de minimizar os efeitos da formação inadequada e garantir que suas práticas atendam os desafios que estão sendo colocados para implementação do SUS.

Quanto à estratégia de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal da ESF é considerada como uma das deficiências que tem se “arrastado” ao longo dos anos e tem contribuído para dificultar o trabalho das equipes. De acordo com Sousa e Hamann (2009), essa é uma problemática que precisa ser enfrentada enquanto uma política de Estado que seja capaz de desencadear mudanças em curso na formação, especialmente para os profissionais de medicina.

Conforme destacam Almeida *et al* (2007, p. 27) “[...] o modelo assistencial adotado, que apregoa a integralidade, a humanização e a promoção da saúde é dependente do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde”.

Sousa e Hamann (2009) acreditam que realizar um trabalho com modelo de atenção à saúde, direcionado à comunidade não se constitui como algo simples, pois exige uma percepção voltada para os grupos sociais específicos, o que pressupõe ultrapassar os limites dos serviços, e ainda demanda a aquisição de um nível de conhecimento que possa romper com os limites do conhecimento técnico, apreendido nos centros acadêmicos.

Porém, o que se observa é que muitas vezes estas práticas apresentam-se de forma limitada diante do que propõe a oferta da atenção integral. De acordo com os autores supracitados, a ausência de uma rede regionalizada de referência e contrareferência de serviços assistenciais contribuem para isso. Nesse sentido, observa-se que a lógica do modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas não é alterada, ou seja, reproduz-se a prática que se fundamenta no tripé do médico, equipamentos e medicamentos. Desse modo, as ações focadas no caráter curativo se sobrepõem às ações de prevenção e promoção da saúde.

Nessa direção, as atividades voltadas à capacitação, se configuram como um importante mecanismo, porém, o que os estudos têm registrado é que, quando realizadas, essas atividades não têm sido consideradas suficientes ou adequadas aos fins propostos. Nesse contexto, um fato curioso tem sido apontado por alguns dos referidos estudos: há certo nível de desconhecimento quanto às propostas do PSE por considerável quantitativo dos profissionais envolvidos, sejam da escola ou da ESF.

Ao analisar os relatórios técnicos referentes às atividades desenvolvidas pelo PSE de cidades de diferentes regiões do país, foi possível identificar que os problemas que constituem o cotidiano das equipes não são tão díspares. Integram esse quadro: falta de informações, ausência de planejamento inter-relacionando as agendas da saúde e escola para realização das ações, a falta de recurso inicial para execução de tais ações, predomínio das ações de assistência em detrimento das ações de promoção da saúde, frágil articulação dos serviços locais, verifica-se também expresso empenho na otimização das atividades realizadas, o que compromete a qualidade da avaliação.

Diante de tal contexto o que se pode afirmar é que, apesar de apresentar uma proposta diferenciada, o processo de operacionalização do PSE tem apresentado a reprodução de práticas características de modelos já abordados ao longo desse estudo, e cabe frisar, modelos considerados inadequados.

Desse modo, entende-se que é de suma importância a realização de monitoramento de suas ações, e a avaliação, que por sinal representa um de seus componentes, seja realizada de modo crítico para que possa se aproximar dos resultados almejados. Frisa-se também a importância de iniciativas de articulação que partam da gestão, pois acredita-se que desse modo o trabalho dos profissionais

pode ser facilitado, contribuindo para a realização de um trabalho integrado, conforme o que é proposto.

4.3 A proposta da OMS na construção da promoção da saúde e a efetivação do PSE

Nesse item objetivamos analisar se os sete princípios definidos pela OMS são de fato norteadores da gestão do PSE.

Como foi sinalizado na introdução de nossa análise a OMS estabelece sete princípios norteadores das atividades características de promoção de saúde, que consequentemente devem estar incorporados nos programas dessa natureza, ou seja, para serem consideradas atividades de promoção de saúde as ações, planos, programas devem apresentar uma concepção holística; resoluções pautadas na intersetorialidade; busca do empoderamento dos usuários; incentivo à participação social; uso do princípio da equidade; ações multi-estratégicas e por fim nortear-se pela sustentabilidade. (BRASIL, 2007).

De acordo com o artigo 4º Decreto Nº 6.286, as ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

- I - avaliação clínica;
- II - avaliação nutricional;
- III - promoção da alimentação saudável;
- IV - avaliação oftalmológica;
- V - avaliação da saúde e higiene bucal;
- VI - avaliação auditiva;
- VII - avaliação psicossocial;
- VIII - atualização e controle do calendário vacinal;
- IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- X - prevenção e redução do consumo do álcool;
- XI - prevenção do uso de drogas;
- XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- XIV - educação permanente em saúde;

XV - atividade física e saúde;

XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar;

XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas. (BRASIL, 2007).

No intuito de facilitar a operacionalização dessas ações, os Documentos “Passo a Passo PSE Tecendo Caminhos da Intersetorialidade” e o “Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola” subdividem essas ações em cinco componentes, vejamos então do que trata cada um deles.

O Componente I aponta o desenvolvimento de ações referentes à: avaliação clínica e psicossocial, avaliação antropométrica, atualização do calendário vacinal, detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS), avaliação oftalmológica, avaliação auditiva, avaliação nutricional, avaliação da saúde bucal, avaliação psicossocial e detecção precoce de agravos de saúde negligenciados e que sejam prevalentes na região (hanseníase, tuberculose, malária etc.).

O Componente II prevê o desenvolvimento de ações que contemplem a promoção da saúde e a prevenção, tais quais: ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas, saúde e prevenção nas escolas (SPE), educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS – saúde e prevenção nas escolas e prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas.

O Componente III propõe o desenvolvimento de atividades de educação permanente que objetivem a capacitação de profissionais da educação e da saúde, bem como de jovens para o PSE, envolvendo os temas a serem trabalhados no Programa.

O componente IV trata do monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes e o Componente V trata do monitoramento e avaliação do PSE. Cabe ressaltar que em alguns estudos esses dois componentes são tratados como sendo apenas um.

Silva (2010) afirma que para que seja realizada uma análise sobre as relações que existem entre os diferentes componentes que compreendem o Programa é essencial procurar ter clareza não só a respeito de como o mesmo cumpre seus objetivos, mas, sobretudo, quais as ações estratégicas postas em prática.

Também com o objetivo de facilitar a condução de tais ações, o Ministério da Saúde lançou um material de apoio que contém orientações que esclarecem o que o programa preconiza para o desenvolvimento das temáticas. Nesse primeiro momento foram contempladas as seguintes ações: Avaliação do Estado Nutricional, Avaliação Antropométrica, Promoção das Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer, Saúde Ambiental, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde Ocular, Verificação da Situação Vacinal.

Além disso, também foram elaboradas duas tabelas contendo informações que esclarecem quais as ações pertencentes aos componentes I e II, conforme é possível averiguar a seguir:

Tabela 1 - Ações do Componente I PSE

COMPONENTE I	LINHA DE AÇÃO/TEMA	NÍVEL DE ENSINO	ESSENCIAL	AÇÃO		META PACTUADA/ UNIDADE DE MEDIDA	PERIODICIDADE DA AÇÃO COM OS MESMOS EDUCANDOS	INDICADORES PARA RELATÓRIOS	REGISTRO
	Avaliação antropométrica	Creche	SIM	Realizar avaliação do estado nutricional por meio da antropometria, utilizando o Índice de Massa Corporal (IMC)		Todos os educandos dos níveis de ensino pactuados avaliados no período de 12 mes	Duas vezes ao ano	“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com IMC inadequado (magreza e magreza acentuada; e (obesidade e obesidade grave).“	“20 – Antropometria E-SUS/AB”
		Pré-Escola	SIM				Uma vez ao ano	“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com IMC inadequado (magreza e magreza acentuada; e (obesidade e obesidade grave).”	
		EF/ EM/EJA	SIM				Uma vez ao ano	“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com IMC inadequado (magreza e magreza acentuada; e (obesidade e obesidade grave).”	
	Verificação da situação vacinal	Creche	SIM	Realizar a verificação da situação vacinal dos educandos e direcionar educando para atualização na rede de saúde		Todos os educandos dos níveis de ensino pactuados avaliados no período de 12 meses	Duas vezes ao ano	“ %de educando avaliados em relação ao o total de pactuados. % de educandos com sinais de alteração(vacina atrasada) dentre os educandos avaliados.“	Imunização (versão 2.0) E-SUS/AB
		Pré-Escola/ EF/EM/ EJA	SIM				Uma vez ao ano		
	Saúde Bucal	TODOS	SIM	Promover e avaliar o estado de saúde bucal dos educandos e identificar quais apresentam necessidade de cuidado em saúde bucal	Avaliação e identificação dos educandos com necessidade de cuidado em saúde bucal	Todos os educandos dos níveis de ensino pactuados avaliados no período de 12 meses	Uma vez ao ano	“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com sinais de alteração (necessidade de cuidado em saúde bucal) dentre os educandos avaliados.“	“15 - Saúde Bucal E-SUS/AB”
							De acordo com o critério da equipe, conforme avaliação de saúde bucal realizada	% de aplicação em educandos em relação ao total de de educandos pactuados	“02 - Aplicação tópica de flúor E-SUS/AB”
							“Duas vezes ao ano (direta).“	% de educandos avaliados em relação ao total de de educandos pactuados	“09 -Escovação dental supervisionada E-SUS/AB”
	Saúde Ocular	Creche	SIM	Realizar verificação com os pais se a criança realizou triagem ocular (“ teste do olhinho”) na maternidade ou na UBS e anotar o resultado. Verificar se as crianças que apresentarem teste alterado foram encaminhadas para diagnóstico.		Todos os educandos dos níveis de ensino pactuados avaliados no período de 12 meses	Duas vezes ao ano	“% de educandos que avaliados quanto à realização do teste dentre os pactuados. % de educandos que não realizaram o teste em relação ao total de educandos pactuados. % de educandos encaminhados para a UBS para realização de teste.	“ 03 -Acuidade visual E-SUS/AB“
		Pré-escola	SIM				Uma vez ao ano		
		EF/EM/EJA	SIM	Realizar teste de Snellen			Uma vez ao ano	“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com sinais de alteração (necessidade de cuidado em saúde ocular) em relação aos educandos avaliados.”	
	Saúde Auditiva	Creche	NÃO	Verificar com os pais ou responsáveis se a criança realizou triagem auditiva (“teste da orelhinha”) na maternidade e anotar o resultado.		Todos os educandos dos níveis de ensino pactuados avaliados no período de 12 meses	Na entrada da criança na creche	“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com sinais de alteração (necessidade de cuidado em saúde auditiva) em relação aos educandos avaliados.“	“Acuidade auditiva (versão 2.0) E-SUS/AB”
		Pré-escola/ EF/EM/EJA	NÃO	Identificar educandos com possíveis sinais de comprometimento auditivo			Uma vez ao ano		
	Desenvolvimento de Linguagem	Pré-escola/ EF/EM/EJA	NÃO	Identificar educandos com possíveis sinais de alterações de linguagem oral e escrita, tais como trocas fonéticas/fonológicas na fala e grafêmicas na escrita, alterações no fluxo da fala - gagueira, alterações na qualidade vocal.		Todos os de educandos dos níveis de ensino pactuados avaliados em 12 meses	Uma vez ao ano	“ -% de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com sinais de alteração em relação aos educandos avaliados.“	“Desenvolvimento de Linguagem (versão 2.0) E-SUS/AB“
	Identificação de possíveis sinais relacionados às Doenças Negligenciadas e em Eliminação	EF/EM/EJA	NÃO	Observar possíveis sinais de doenças negligenciadas prevalentes na região (hanseníase, tuberculose, malária, esquistossomose, geohelmintíases, tracoma) considerando indicadores epidemiológicos locais e propor medidas de controle e eliminação.		Todos educandos do ensino fundamental e médio pactuados avaliados em 12 meses	Uma vez ao ano	“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com sinais de alteração (sinais de doenças negligenciadas) em relação aos educandos avaliados.“	“19 - Doenças em Eliminação (versão 2.0) E-SUS/AB”

Fonte: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. 2013

Tabela 2 - Ações do Componente II PSE

COMPONENTE II	LINHA DE AÇÃO/TEMA	NÍVEL DE ENSINO	ESSENCIAL	AÇÃO	META PACTUADA/ UNIDADE DE MEDIDA	PERIODICIDADE DA AÇÃO COM OS MESMOS EDUCANDOS	INDICADORES PARA RELATÓRIOS	REGISTRO
	Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Creche	SIM	Fortificação com micronutrientes	Todos os educandos dos níveis de ensino pactuados avaliados no período de 12 mes	Duas vezes ao ano (dois ciclos de fortificação de dois meses com intervalo de quatro meses entre os ciclos)	“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com IMC inadequado (magreza e magreza acentuada; e (obesidade e obesidade grave). “	Fortificação com Micronutrientes (SIMEC)
		Todos	SIM	Educação Alimentar e Nutricional na perspectiva da promoção da alimentação e modos de vida saudáveis	Participação de todos os educandos dos níveis de ensino pactuados em 12 meses	Contínua	“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com IMC inadequado (magreza e magreza acentuada; e (obesidade e obesidade grave). ”	SIMEC
	Promoção da cultura de paz e Direitos Humanos	EF/EM/ EJA	SIM	Realizar atividades pedagógicas/dialógicas de estímulo à solidariedade, respeito à diversidade e cooperação.	Todos os educandos dos níveis de ensino pactuados em 12 meses	Contínua	“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com IMC inadequado (magreza e magreza acentuada; e (obesidade e obesidade grave). ”	SIMEC
	Saúde Mental	TODOS	SIM	Criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal	Todas as escolas e equipes pactuadas no município com Grupos constituídos em 12 meses	Grupo implantado	“ %de educando avaliados em relação ao o total de pactuados. % de educandos com sinais de alteração(vacina atrasada) dentre os educandos avaliados.”	SIMEC
		Creche/ Pré-escola	NÃO	Criação de grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiência, com mediação da creche/escola e saúde			“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com sinais de alteração (necessidade de cuidado em saúde bucal) dentre os educandos avaliados.”	SIMEC
		EF/EM/ EJA	NÃO	Criação de grupos entre pares para fomento e estímulo ao protagonismo infanto juvenil a partir de manejo de conflitos no ambiente escolar			% de aplicação em educandos em relação ao total de de educandos pactuados	SIMEC
	Saúde e prevenção nas Escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids	EF/EM/EJA	SIM	Realizar atividades abordando as temáticas da saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids e Hepatites Virais no cotidiano escolar	Participação de todos os educandos dos níveis de ensino pactuados em 12 meses	Contínua	“%de educandos que avaliados quanto à realização do teste dentre os pactuados. % de educandos que não realizaram o teste em relação ao total de educandos pactuados. % de educandos encaminhados para a UBS para realização de teste.”	SIMEC
				Formar jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas envolvendo saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids	Todos jovens multiplicadores formados dentre os pactuados em 12 meses	Contínua	“ % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. % de educandos com sinais de alteração (necessidade de cuidado em saúde ocular) em relação aos educandos avaliados.”	
	Saúde e prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	EF/EM/EJA	SIM	Realizar atividades no cotidiano escolar abordando a temática dos riscos e danos do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	Participação de todos os educandos dos níveis de ensino pactuados em 12 meses	Contínua	% de Inclusão das temáticas dos riscos e danos do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas nos Projetos Político-Pedagógicos (PPP).	SIMEC
							% de educandos que participaram das atividades em relação ao número total de educandos pactuados.	SIMEC
	Prevenção de acidentes	Todos	NÃO	Realizar atividades de prevenção de acidentes e mapeamento na escola das situações de risco de acidentes.	Participação de todos os educandos dos níveis de ensino pactuados em 12 meses	Contínua	% de educandos que participaram das atividades em relação ao número total de educandos pactuados.	SIMEC
	Saúde Ambiental	Pré-escola/ EF/EM/ EJA	NÃO	Realizar atividades de sensibilização, responsabilização e intervenção do cuidado consigo mesmo e com o ambiente escolar	Participação de todos os educandos dos níveis de ensino pactuados em 12 meses	Contínua	% de educandos que participaram das atividades em relação ao número total de educandos pactuados.	SIMEC
	Práticas Corporais e Atividade Física	Pré-escola/ EF/EM/ EJA	NÃO	Oferecer práticas corporais, atividade física e lazer orientadas, relacionadas à realidade da comunidade, incluídas no cotidiano escolar	Participação de todos os educandos dos níveis de ensino pactuados em 12 meses	Contínua	Número de educandos que participaram das atividades sobre o número total de educandos pactuados	SIMEC

Fonte: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2013.

Não há como falar sobre o desenvolvimento das ações do PSE, sem adentrar na discussão acerca do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Conforme já abordado e discutido anteriormente, inúmeras são as dificuldades que perpassam o cotidiano do trabalho dos profissionais da área no que tange à possibilidade da arquitetura de novas práticas, as quais são por diversas vezes afetadas pelo enfoque biologicista, o que compromete a consideração da concepção holística na condução das ações de saúde desenvolvidas.

O que se observa é que as requisições realizadas aos profissionais para que estes atendam aos objetivos do PSE não são acompanhadas de iniciativas que possam corroborar com a atuação nessa perspectiva. Desse modo, “[...] o SUS permanece privilegiando ações curativas e refém da fragmentação, especialização, racionamento da oferta, precarização do trabalho, contenção dos gastos sociais e refuncionalização de práticas tradicionais no seu âmbito” (COSTA 2010, *apud* VASCONCELOS *et al*, 2014, p. 225). Quanto a isso, acredita-se que:

[...] a tessitura do trabalho do(as) diferentes profissionais sanitários e equipes não se esgota na dimensão/responsabilidade individual, mas abrange a organização do trabalho na instituição na qual está inserido; a configuração da gestão local; o delineamento da política de saúde; os rumos da formação acadêmica e da educação permanente; enfim, à racionalidade que direciona o delineamento da política de saúde e às condições objetivas que perpassam sua implementação. Contudo, é preciso considerar também como tais equipes e profissionais constroem respostas às demandas que lhes são colocadas, norteadas pelo conceito de saúde adotado pelos(as) mesmos(as); pelo percurso de sua formação profissional; pelos compromissos ético-políticos adotados, enfim, pela “atitude dos profissionais de saúde para com seu universo de trabalho, que por sua vez, guarda uma relação muito íntima com as ideias que esses profissionais têm do mundo e, evidentemente, de sua própria profissão” (GALLO; NASCIMENTO, 1989, *apud* VASCONCELOS *et al*, 2014, p. 95).

Em estudo realizado com enfermeiros da ESF em um município do Ceará no ano de 2012, Martins *et al* (2013) identificaram que, no tocante à atuação desses profissionais na perspectiva da Promoção da Saúde, havia uma preocupação com a efetivação de ações desse cunho, porém também foi registrado que havia divergência quanto ao que seriam as ações de promoção da saúde, havia dificuldades em diferenciá-las de ações de prevenção. Além disso, identificou-se que a visão acerca da prevenção e promoção era associada ao conceito de saúde enquanto ausência de doença, e desse modo, as ações desenvolvidas eram

características do modelo biomédico. Os autores também constataram que não eram realizadas ações que envolvessem a família e a comunidade.

Tesser *et al* (2010) constataram por meio de uma pesquisa realizada com equipes de Saúde da Família e gestores de três municípios de Florianópolis no período de 2007 a 2009, que as iniciativas que se diziam de promoção da saúde eram limitadas, em sua maioria, a atividades direcionadas ao oferecimento de informações acerca da prevenção de doenças.

Quanto a tal confusão observa-se que essa falta de clareza também pode ser encontrada no Documento “Passo a Passo PSE Tecendo Caminhos da Intersetorialidade”. Conforme registrado, o Componente II trata das ações de promoção e prevenção em saúde e em nenhum momento encontra-se no texto informações que possam contribuir para diferenciá-las.

Entende-se que o maior desafio que envolve o desenvolvimento de práticas que contemplem as prerrogativas do SUS consiste na superação do modelo biomédico. Observa-se que por mais que sejam desenvolvidas estratégias e iniciativas para superação desse modelo (e nesse sentido o PSE pode ser considerado como uma delas), estas estratégias ocorrem sem tocar nos pilares que o sustentam.

Compreende-se que por mais que as propostas do PSE tenham representado um avanço no que se refere ao desenho estrutural da política de saúde escolar, ainda assim, nota-se que apresenta contradições, ou seja, as ações preconizadas são as ações curativas, preventivas, voltadas ao aspecto biológico. O próprio Caderno de Atenção Básica, n. 24 que propõe estratégias gerais de operacionalização das ações de promoção da saúde trata de ações com esse caráter. Ainda que o Art. 3º, inciso V do Decreto N° 6286, considere como uma das diretrizes do PSE a integralidade e que haja o reconhecimento expresso no Caderno Saúde na Escola de que as proposições do PSE contribuem para reforçar os princípios determinados pelas PNAB, o desenvolvimento de ações que contemplem a integralidade é apontado como um desafio. (BRASIL, 2011).

Quando se trata do desenvolvimento de ações pautadas pela intersetorialidade, compreende-se que apesar do Art. 2º do Decreto N° 6.286 afirmar a intersetorialidade como uma das diretrizes do PSE, e nessa perspectiva compreende-se que o inciso IV que aponta como um dos objetivos do PSE “contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção

da cidadania e nos direitos humanos”, aponta a necessidade da intersetorialidade para seu alcance, além de apontar para o empoderamento e equidade, todavia observa-se que esse mecanismo não é tão enfatizado no material elaborado para orientar a implementação do Programa. O que se percebe é que a intersetorialidade é apontada de modo limitado, como a integração da ESF e da escola, que por sinal, apresenta-se de modo fragilizado. Quanto a tal mecanismo, a PNPS considera que:

A Promoção da Saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendem radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas. (BRASIL, 2006a, p.9).

Através da análise dos Documentos referentes às ações do PSE, observa-se que é frágil o estímulo quanto ao desenvolvimento de atividades que ultrapassem o ambiente escolar. No máximo o que se propõe é o ainda reles contato com a família durante a realização das avaliações de saúde pelos profissionais da ESF. Não há propostas contundentes de como ultrapassar esse binômio e desenvolver atividades que envolvam a comunidade com vistas a alcançar o controle e a participação social, que por sinal já são atribuições designadas aos profissionais no âmbito da ESF.

Nesse sentido, observa-se que a adoção de ações multi-estratégicas também é comprometida, haja vista que a sua realização presume o desenvolvimento de ações que envolvam diversos setores compreendendo também o desenvolvimento de políticas e implicando em mudanças organizacionais, além de incidirem no desenvolvimento da comunidade, conforme já explicitado anteriormente.

Assim como delimita a portaria nº 1.886/GM de 18 de dezembro de 1997 que aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família, o estímulo à ação intersetorial e à participação e controle social são apresentados como sendo diretrizes operacionais do PSF.

Além disso, se for levado em consideração o fato de que a intersetorialidade é apontada como uma diretriz do Programa, visualiza-se uma relação de contradição que se expressa na ênfase que é dada ao setor saúde para a condução das propostas do Programa. Entende-se que mais uma vez é ressaltada a importância quanto aos aspectos biológicos em detrimento do apontamento de ações e objetivos que possam identificar e trabalhar os determinantes da saúde de modo perspicaz.

Por outro lado, a relação proposta entre os setores da saúde e educação pode ser considerada como um avanço, haja vista a dificuldade em romper com a “endogenia” que existe no setor saúde quando se refere à intersectorialidade. Entretanto, a necessidade de que a relação saúde e escola seja expandida para envolver outros setores não pode ser desconsiderada.

Dessa forma, além do processo político-institucional, existem outros desafios: romper com o caráter prescritivo, desarticulado e focalizado das ações desenvolvidas exige novos arranjos institucionais integrados, intersectorializados e participativos; transformar metodologias e técnicas pedagógicas tradicionais exige a ressignificação da escola enquanto espaço de construção de territorialidades e subjetividades, no qual os sujeitos envolvidos identificam-se, interagem, refletem a respeito de suas vivências e constroem projetos de vida mais saudável e cidadã; promover o protagonismo da escola como espaço de produção de saúde em seu território exige a discussão a respeito dos determinantes sociais da saúde/doença nessa população, a mobilização em torno do direito à saúde, e o fortalecimento da participação da comunidade escolar nos espaços de controle social e de gestão participativa do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006b, p. 8).

Na perspectiva da Promoção em Saúde, almeja-se das equipes de Saúde da Família que estas agreguem à sua função clínica a prevenção de doenças e Promoção da Saúde, “[...] com atuação no território e nas comunidades, com educação e saúde e empoderamento coletivo para intervenção em determinantes sócio- sanitários, políticos e culturais da saúde” (BRASIL, 2006b, p. 49). Entretanto, em seu estudo Martins *et al* (2012) também constataram que as atividades concernentes ao estímulo à organização popular e comunitária e ao controle social praticamente não foram apontadas pelos profissionais que participaram da pesquisa, essa mesma realidade também pode ser encontrada nos relatórios técnicos acerca das ações do PSE de diversos municípios brasileiros, o que pode ser considerado como uma grave deficiência, pois conforme afirma a PNPS acerca da Promoção da Saúde:

É acompanhada por um conjunto de conceitos e diretrizes que confirmam uma atitude baseada na cooperação e no respeito às singularidades, como o estímulo à intersectorialidade, o compromisso com a integralidade, o fortalecimento da participação social e o estabelecimento de mecanismos de cogestão do processo de trabalho, que promovam mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão centrando-se na organização do trabalho em equipe. (BRASIL, 2009a, p. 8).

Como se sabe, o PSE consiste em uma estratégia que procura promover uma gestão coletiva das ações de saúde e educação por intermédio da participação de profissionais da saúde, da educação, dos educandos e da comunidade no território onde é implementado. Essa relação pode implicar em novas significações para a produção da saúde, construindo redes de produção de saberes e de solidariedade entre os profissionais envolvidos e a comunidade (BRASIL, 2011).

A escola é espaço de grande relevância para promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, com opção por atitudes mais saudáveis.

A parceria entre a Escola e a ESF deve se estruturada e solidificada levando-se em consideração os limites e as inúmeras possibilidades de atuação, de modo dinâmico e contínuo. O que também se constitui como um desafio para os profissionais da saúde da ESF e da área da educação, bem como para os demais atores envolvidos nesse processo sejam “usuários, gestores e formuladores de políticas sociais, além de movimentos sociais, representações populares, acadêmicas e de serviços, públicas e privadas” (BRASIL, 2006 *apud* BRASIL 2009, p 16).

Entretanto, o que se visualiza é que não há o incentivo de ações pautadas por essa perspectiva. Apesar de ser afirmado no Art. 2º, inciso VII do Decreto nº 6286, que se constitui como uma das diretrizes do PSE “fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo”, observa-se que referente à participação da comunidade constata-se poucas menções, e, além disso, poucas orientações que levem em consideração essa participação nos Documentos que orientam as ações do Programa. (BRASIL, 2007).

Quanto ao empoderamento, se verifica que, apesar de ser apontado pelo “Caderno de Atenção Básica – Saúde na Escola”, como um “[...] princípio básico da Promoção da Saúde” (BRASIL, 2009, p. 11), é citado apenas nesse momento. A partir da leitura do Documento, é possível chegar ao entendimento de que este princípio está implícito em outros apontamentos que dizem respeito à qualificação dos sujeitos envolvidos no que concerne à melhor realização de escolhas, ou seja, escolhas que sejam favoráveis à saúde e que sejam possíveis de serem realizadas por intermédio das informações disseminadas para tanto.

O Documento “Passo a Passo PSE Tecendo Caminhos da intersetorialidade” afirma que:

A saúde, como produção social, exige a participação ativa de todos os sujeitos na construção de ações que visam às escolhas mais saudáveis. Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade são propostas de ações em saúde. (BRASIL, 2011, p. 15).

Entretanto, ambos os Documentos não deixam claro o apontamento de ações que corroborem com esse entendimento. A ênfase no desenvolvimento de ações que possam de fato preconizar a participação social é frágil. Quanto a isso Martins *et al* (2013, p. 10) acreditam que:

[...] em alguns casos, a falta de apoio é concreta, expressa em atitudes políticas como quando é cobrada uma produtividade em consultas que dificulta a disponibilidade de tempo para atividades educativas ou quando não são viabilizadas as condições mínimas para essas atividades como espaço físico, equipamentos, acesso a materiais educativos, audiovisual ou de apoio (BOEHS *et al.* 2007). Conforme Costa *et al*, (2009) a falta de recursos materiais é algo que prejudica bastante na realização da promoção da saúde dentro da unidade, recursos estes, que são necessários a um bom atendimento, trazendo uma insatisfação dos profissionais em atuarem na ESF e ao mesmo tempo em que não favorece um desenvolvimento eficaz de habilidades por parte dos pacientes, fato que vem em harmonia com os profissionais deste estudo. Contudo, merece destacar a participação dos usuários frente às atividades desenvolvidas, uma vez que não basta os profissionais de saúde implementarem, mas é preciso que a população enxergue a importância dessas atividades e efetivem a participação nelas. Nesse sentido, corrobora-se com Linard *et al* (2011) quando afirma ser necessário que os usuários percebam o quanto é importante a participação deles na estratégia, estimular o envolvimento da clientela no planejamento das ações de saúde, visando um aumento do vínculo comunidade-profissional e assim aumentar o nível de autonomia dos sujeitos para a tomada de decisão diante de suas condições de saúde.

Por outro lado é possível compreender a dificuldade da população em “enxergar” a importância de sua participação. Com base em todas as dificuldades já abordadas referentes ao trabalho desenvolvido no âmbito da ESF, não é de se assustar que certo descrédito envolva os usuários quanto à sua participação.

Por vezes esses mesmos usuários acabam não tendo êxito no atendimento de suas necessidades, seja por falta de recursos materiais, ou até mesmo pela

inadequada formação de recursos humanos que dimensionado ao cenário nacional que envolve a política da saúde e, em um contexto mais abrangente, o panorama político de crise nacional contribui para manter esse quadro de omissão. O fato é que a participação social tem sido enfraquecida ao longo dos anos e incitar o seu fortalecimento se constitui em um grande desafio.

Quanto ao princípio da equidade social verifica-se que é mencionado apenas uma vez no Documento Passo a Passo PSE Tecendo Caminho da Intersetorialidade, quando há a menção ao conceito de Promoção da Saúde a partir da compreensão da PNPS, que afirma que a mesma visa “à criação de mecanismos que reduzam situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas da saúde”. (BRASIL, 2011, p. 17).

Contudo, conforme já explicitado, se a busca pela equidade implica na ampliação do acesso aos serviços sanitários por intermédio da criação de ambientes de suporte e na priorização de grupos vulneráveis, entende-se que o PSE representa uma tentativa de buscar a equidade.

Assim como afirma o inciso II do Art. 2º do Decreto 6286, se constitui como um objetivo do PSE “articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis”.

Todavia, cabe frisar que ao longo da leitura dos Documentos já mencionados, e através da observação das tabelas 1 e 2, são pontuais as indicações de atividades que preveem a participação da família, e além do mais o que se registra é que essa participação se restringe a uma participação passiva, característica de uma postura de mero expectador, não se observa uma participação ativa, que remeta a construção em conjunto das ações a serem desenvolvidas.

Referente ao princípio da sustentabilidade que conforme já abordado preza pelo desenvolvimento de iniciativas que possam garantir o desenvolvimento sustentável e, além disso, garantir um processo duradouro e forte das ações que preveem a Promoção da Saúde, observa-se que o Decreto N° 6286 em seu Art. 3º, parágrafo 1º, inciso VIII, aponta o monitoramento e avaliação permanentes do PSE como uma das diretrizes para a implementação do Programa. Ainda de acordo com o Decreto em seu Art. 6º fica definido que: “o monitoramento e avaliação do PSE

serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação”.

Levando em consideração a complexidade que permeia as discussões que incentivam o desenvolvimento das práticas de PS, bem como a estrutura por intermédio da qual os programas são estruturados, considera-se a importância da avaliação, que conforme já exposto é apresentada como um dos componentes do Programa. Nesse sentido, acredita-se que:

[...] a avaliação pode ter um papel de clarear os mecanismos que estão em jogo. O desafio consiste em conceber o modo pelo qual se expressam essas práticas com o propósito de refleti-las, transformá-las e reproduzi-las de forma que sejam legitimadas como ações efetivas de saúde na escola capazes de (re)desenhar o programa original. E, mais do que conhecer as causas e determinantes de problemas, explorar os mecanismos para resolvê-los (SILVA, 2010, p. 124).

Silva (2010) considera que a avaliação enquanto instrumento da gestão, ampara as discussões, deliberações e decisões. Desse modo, os resultados produzidos por tal instrumento precisam ser partilhados com os gestores para além daqueles que estiveram mais diretamente envolvidos com esse processo, além de socializar e discutir como os diversos atores envolvidos no programa, para que sejam permitidas outras leituras e traduções para os processos identificados.

O Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola considera que a elaboração de projetos é essencial para a sistematização das ações de saúde escolar e, para tanto, afirma que parcerias são fundamentais, as quais podem envolver programas públicos ou privados e ainda o terceiro setor. Para incitar a participação da comunidade, o Documento aponta a realização de seminários de sensibilização e instrumentalização técnica dos diversos sujeitos envolvidos (professores, funcionários, estudantes, pais e profissionais) (BRASIL, 2009).

Portugal (2006 *apud* BRASIL, 2009a) considera que os projetos voltados para a Promoção da saúde requerem planejamento de curto, médio e longo prazo e, além disso, devem ser concisos, exequíveis, incluir a participação ativa de todos os atores em todas as etapas do seu desenvolvimento e requerem ainda ser avaliados ao final de cada ano letivo e incluir sempre a gestão da sua qualidade no processo de avaliação.

O Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola prevê que no contexto da Promoção da Saúde escolar, os projetos deverão ser dirigidos para:

a) Conscientização da comunidade para a vulnerabilidade dos estudantes face aos riscos ambientais que constituem as principais ameaças à sua saúde, em geral, poluição atmosférica, saneamento inadequado, ruído, substâncias químicas, radiações, entre outros, e as formas de reduzi-los; b) Envolvimento dos estudantes nos projetos de educação para o ambiente e saúde; c) Promoção da segurança e contribuição para a prevenção de acidentes: rodoviários, domésticos e de lazer ou trabalho, quer eles ocorram na escola, no espaço periescolar, quer no espaço de jogo e recreio; d) Monitoramento dos acidentes ocorridos na escola e no espaço periescolar; e) Avaliação das condições de segurança, higiene e saúde nos estabelecimentos de educação e ensino, incluindo cantinas, bares e espaços de jogos e recreio; f) Intervenção em áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis: saúde mental, saúde bucal, alimentação saudável, atividade física, ambiente e saúde, promoção da segurança e prevenção de acidentes, saúde sexual e reprodutiva, educação para o consumo (PORTUGAL, 2006); g) Criação de mecanismos e estratégias de enfrentamento das violências, em todas as suas dimensões, bem como a difusão e a promoção da cultura de paz nas escolas brasileiras (BRASIL, 2009, p. 17, 18).

O Caderno considera ainda que uma estratégia essencial para se garantir a institucionalização e sustentabilidade das ações e projetos é o trabalho participativo com a equipe escolar, além de estimular a inserção da promoção da saúde no projeto político pedagógico da escola. Deve-se, ainda, estimular o desenvolvimento de atividades com estudantes, pais e familiares em parceria com o corpo de professores da escola. Além disso, devem ser identificados no processo de formulação sujeitos que possam se considerados agentes multiplicadores, podendo ser professores, alunos, pais ou lideranças comunitárias, os quais serão considerados como membros de referência e deverão se responsabilizar pela promoção da saúde e estimular o desenvolvimento e a manutenção das ações na escola (BRASIL, 2009).

O Documento “Passo a Passo PSE Tecendo Caminhos da Intersetorialidade” define que a partir da assinatura do termo de compromisso entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação ficarão estabelecidas responsabilidades intersetoriais do PSE com metas pactuadas de implantação/implementação das ações e a transferência dos recursos vinculada ao alcance das metas. Essas ações serão monitoradas por meio do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec). Cabe ressaltar que o Simec

consiste no portal operacional e de gestão do MEC e trata do orçamento e monitoramento das propostas on-line do governo federal na área da educação. É por meio desse sistema que os gestores averiguam o andamento dos Planos de Ações Articuladas em suas cidades. Desse modo, o GTI-M deverá prestar apoio às escolas e equipes de Saúde da Família que apresentarem dificuldades quanto ao alcance das metas previstas, para isso, podem recorrer às redes de saúde e educação, no âmbito estadual e/ou municipal, para efetivação das ações. (BRASIL, 2011).

Considera-se de suma importância o mecanismo que permite o monitoramento do Programa, desde que seja realizado de modo adequado. Quanto a isso se identifica uma considerável falha na elaboração da tabela 2, que trata das ações do Componente II. Observa-se que os indicadores para a realização dos relatórios de boa parte das atividades são os mesmos apontados na tabela que trata das ações do Componente I. Dessa forma, em algumas ações registra-se acentuada desconexão, pois os indicadores apontados para a realização do relatório não são condizentes com algumas das atividades propostas. Como exemplo cita-se a ação que recomenda a criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar em articulação com o GTI municipal, atividade essa que aponta como indicador para relatório o percentual de educandos com sinais de alteração (vacina atrasada) dentre os educandos avaliados. (BRASIL, 2011).

Também no intuito de realizar a avaliação das ações do PSE as escolas têm elaborado relatórios das atividades realizadas, contudo, observa-se que há fragilidades em tais relatórios. Além de não conterem registros da realização das ações de modo adequado, ou seja, aos moldes do que é preconizado pela Promoção da Saúde, não há ênfase/clareza nas dificuldades que envolvem o Programa, em alguns relatórios são identificadas de modo subjetivo e, além disso, não se percebe um viés crítico em tais apontamentos. Compreende-se que essa postura prejudica o andamento do Programa, pois é por intermédio da avaliação que pode se apontar caminhos para superar as dificuldades.

Conforme foi possível identificar ao longo desse trabalho, a Promoção da Saúde conta com inúmeros desafios que comprometem sobremaneira suas propostas. Brasil (2006b) considera que dentre os desafios mais importantes referentes às ações de promoção da saúde na escola, estão: a associação com o ensino de habilidades para a vida em quaisquer que sejam os níveis escolares; a capacitação técnica dos professores e funcionários das escolas e dos profissionais

da Estratégia de Saúde da Família para o desenvolvimento e fortalecimento das iniciativas preconizadas; a identificação e a vigilância de práticas que sejam consideradas de risco; o monitoramento e a avaliação da efetividade das iniciativas, no intuito de melhorar o compromisso das escolas com a promoção da saúde de seus alunos, professores e demais membros da comunidade escolar.

Além disso, foi possível observar que no contexto do PSE os próprios Documentos que sustentam suas propostas contam com limitações no que se refere à concepção da Promoção da Saúde adotada. Verifica-se que os princípios considerados como sendo essenciais para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde pela ONU não figuram de modo pujante ao longo dos Documentos analisados. Observa-se que a participação popular não tem sido tão valorizada nas atividades realizadas. Em face de tudo que foi abordado no decorrer desse estudo, reafirma-se que o PSE conta com inúmeros desafios e entende-se que a incorporação de tais princípios em suas ações está elencada na lista desses desafios.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de adentrar na discussão acerca dos achados dessa pesquisa, cabe ressaltar que inúmeros foram os obstáculos que despontaram no decurso traçado para sua consecução. Indubitavelmente, foi possível reforçar a compreensão acerca das dificuldades em se desenvolver uma pesquisa de cunho teórico, sobretudo quando se trata de um tema ainda emergente e pouco discutido. Por outro lado, foi possível constatar sua importância para o avanço das discussões acerca de determinada temática, nesse caso nos remetemos ao PSE.

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

Entende-se que a Promoção da Saúde representa um importante mecanismo de enfrentamento, pois propõe ações que envolvem os aspectos da prevenção, promoção e atenção. Entretanto, apesar de possuir um caráter que vai de encontro ao reducionismo característico do modelo biomédico, ela conta com inúmeros empecilhos, a começar pelas dificuldades de empreender uma prática diferenciada dentro de um sistema que não favorece nada que não corrobore com sua sustentação.

Sua esfera conceitual figura como outro importante empecilho. Assim como abordado, nas últimas décadas a percepção dos países sobre a Promoção da Saúde sofreu algumas mudanças, seja referente à conceituação, seja referente à prática. Houve o entendimento de que a mera realização de ações que tinham o foco no controle e na prevenção de doenças e que eram baseadas no modelo tradicional era insuficiente. Desse modo, atentou-se para a importância de levar em consideração os determinantes da saúde, de traçar estratégias que pudessem incidir sobre a situação de desigualdade social, de se investir na participação do indivíduo e buscar contribuir com seu empoderamento.

E dessa forma foram sendo elaboradas críticas ao modo como era realizada a culpabilização do indivíduo frente a problemáticas que exigiam uma análise

aprofundada, e obviamente estratégias de enfrentamento que contassem com o envolvimento de diversas instâncias, setores e até a participação social, só que dessa vez, uma participação ativa, crítica.

Foi desse modo que a OMS delimitou sete princípios para que pudessem ser considerados no desenvolvimento de ações que tivessem como alvo a promoção. Entretanto, do mesmo modo que o tema apresenta um conceito polissêmico, os princípios defendidos também caminham na mesma direção, o que contribui sobremaneira para comprometer o rico potencial que apresentam. Compreende-se que, se sua conceituação representa dificuldades, o que esperar de práticas “inovadoras” que não possuem tanta clareza quanto ao modo que devem ser realizadas? E quanto a isso é importante levar em consideração a dificuldade que há referente ao rompimento de práticas institucionalizadas e reforçadas diariamente.

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

Levando em consideração as prerrogativas da Promoção da Saúde, o PSE foi proposto no intuito de oferecer uma assistência integral aos alunos, e também alcançar os seus familiares. Todavia, suas propostas são lançadas diante de um cenário que não favorece sua adequada implementação.

A partir da análise de seus documentos, o que se percebe é que por mais que seja afirmada a Promoção da Saúde como princípio norteador para a condução de suas propostas, não é possível identificar concretamente que seja adotada como centro nuclear do Programa. Além disso, nota-se que há uma mistura de concepções acerca da Promoção da Saúde que, conforme afirmado tem uma ampla produção teórica acerca de sua conceituação. Nota-se que em alguns momentos da redação dos documentos utiliza-se da corrente da nova promoção, entretanto quando se refere às ações nota-se a predominância do conceito conservador, que

foca na mudança comportamental sem levar em consideração os determinantes sociais.

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

A propósito, quanto à condução das propostas do Programa sabe-se que há a indicação da preponderância do trabalho das equipes da ESF, em detrimento dos profissionais da escola. Quanto a isso, diversos estudos apontam como se tal recomendação pudesse comprometer o funcionamento da ESF, todavia se for realizada uma análise sobre outra perspectiva é possível chegar à compreensão de que as ações preconizadas pelo PSE figuram mais como uma estratégia para fazer a ESF funcionar, haja vista grande parte de suas ações já serem apontadas como responsabilidade da ESF na atenção básica, do que representar novidade em suas propostas.

Desse modo, questiona-se: o que se esperar do desenvolvimento de algo que já foi proposto anteriormente, sem que houvesse logrado o êxito esperado devido às condições estruturais que apresenta, e que posteriormente é reafirmado como se houvesse sido incorporada uma nova “roupagem” sem que houvesse uma alteração nas dificuldades estruturais apresentadas?

Além do mais, a preponderância que é dada ao setor saúde reflete uma compreensão que difere do conceito ampliado de saúde e aponta para uma concepção limitada acerca da intersectorialidade. Entretanto, cabe ressaltar que a iniciativa, ainda que limitada de articular a saúde e a educação já pode ser considerada como um avanço, pois o que se constata é que há expressiva dificuldade de romper com a compreensão da intersectorialidade como sendo um instrumento ligado apenas à saúde.

Diante das dificuldades apontadas, nota-se que o modo como o PSE tem funcionado tem corroborado com o modelo privatista. Claro que não podemos ignorar o fato de que a literatura aponte o alcance de êxito em algumas ações pontuais elaboradas para atender aos objetivos da promoção, entretanto essas

ações têm sido relacionadas como iniciativas pessoais de profissionais. É perceptível na literatura utilizada para a realização dessa pesquisa que o PSE tem contribuído para a melhoria do aspecto assistencial dos estudantes, porém, a participação social, o empoderamento, a utilização de ações multi-estratégicas seguem como um importante desafio a ser enfrentado pelo Programa.

Quanto ao componente da avaliação, que aponta para a sustentabilidade do Programa, cabe ressaltar que no estágio inicial da pesquisa nos pareceu uma importante inovação, pois se sabe que historicamente os programas, projetos, planos têm sido elaborados e desenvolvidos sem que concomitante a isso sejam elaborados mecanismos avaliativos.

Porém, as análises desse estudo conduziram ao entendimento de que o compromisso com esse componente também tem sido fragilizado. A aferição do alcance dos impactos e a avaliação quando realizada acaba sendo superficial, como se tentasse maquiar realidades, potencializar pequenas ações. A nosso ver é como se houvesse o interesse em ofuscar dada realidade no intuito de limitar nossa capacidade de apreendê-la do modo que se mostra a nós. Talvez isso seja reflexo da tendência de se responsabilizar os profissionais que possuem o compromisso da realização dessas ações, desse modo, pode haver o entendimento de que ao apontar claramente as falhas das ações não se esteja indicando problemas a serem enfrentados, e sim a incapacidade desses profissionais em conduzir ações que muitas vezes, diante da conjuntura que estão inseridos, soam como sendo um trabalho a mais, ao invés de ser encarado como uma forma de (re)significar suas práticas de modo a adequá-las às necessidades que surgem no cotidiano.

Quanto à dificuldade expressa no trabalho desses profissionais, sabe-se que a formação profissional ainda não foi reorganizada de modo a possibilitar o rompimento com a lógica biologicista, e ainda assim, criam-se os programas e não se capacitam os profissionais, antes o que se verifica é que quando alguma iniciativa de formação continuada é tomada, a capacitação ocorre de modo superficial, como sendo apenas para constar que ocorreu. Isso também contribui para comprometer o potencial inovador que os programas apresentam.

Entende-se que para que haja a obtenção de resultados mais adequados aos que se espera é necessário o maior envolvimento da esfera política, não há como causar mudanças sem interferir em problemáticas gerenciais, administrativas e

sociais. E não há como lançar tamanha responsabilidade nas mãos de profissionais que também sofrem com as consequências do modelo vigente.

Acredita-se que o sério compromisso com a avaliação, seja tanto com o registro da realidade a ser avaliada, quanto com as ações a serem traçadas para seu enfrentamento, pode garantir o melhor funcionamento dos serviços, das ações delimitadas e dos programas que já foram elaborados. É possível observar que ao invés de serem enfrentados, os problemas estruturais são prolongados até o momento em que são criados como estratégias de superação outros programas, que muitas vezes no estágio inicial já são criticamente apontados como mais um insucesso que possivelmente vai precisar de mais um programa para tentar superá-lo. Desse modo, considera-se a importância no empenho para fazer funcionar adequadamente os programas que já existem, o que pressupõe constantes adequações à realidade a ser enfrentada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J. et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 31, n. 2, p.156-165, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/05.pdf>>. Acesso em 15 jul. 2014.

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

BADZIAK, F.; MOURA, V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação da saúde. **Revista Saúde Pública Santa Catarina**. Santa Catarina, v. 3, n. 1, p. 69-79, jan./jun. 2010. Disponível em:<<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/51/114>> Acesso em 26 de jul. de 2014.

BAQUERO, Rute Vivian Angelo. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.173-187, jan.-abr. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/debates/article/view/26722/17099>> Acesso em 20 de nov. 2014.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Moura ALP, organizadores. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 29-60.

BORGES, Celiane Camargo. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2002. 154 f Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto. 2002.

BRASIL. **As Cartas de Promoção da Saúde Projeto Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde – Brasília, 2002. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf > Acesso em 12 de mar. De 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial** da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008 jan 25; 145(18):47. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em 28 de nov. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf>. Acesso em: 26 de abril de 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família – Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Assistência e Promoção à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade, mar.1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE. Programa Saúde na Escola**: tecendo caminhos da intersetorialidade. 2011; Brasília. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf>. Acesso em: 18 de abril de 2014.

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

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

BRASIL. **Saúde na escola**. Caderno de Atenção Básica, n. 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/ab_cad24.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2010.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília : MEC/SEF, 1997. 126p. 1997.

BRASIL. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília (DF), 7 a 21 de março de 1986. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acessado em 05/Ago/2008.

BRAVO, Maria Inês Sousa. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Sousa, organizadora. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Brasília: OPAS/OMS/ Ministério da Saúde; 2006. p. 88-110.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0827.pdf>> Acesso em 28 de jul. de 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007; v. 17,n.1, p. 77-93. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>> Acesso em 23 de fevereiro de 2014.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; Freitas, C. M. de. org. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**; 2003, p. 9-37, Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 20, n. 4, p. 1088-1095, jul-ago2004. Disponível em:<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Os_multiplos_sentidos_da_categoria_empowerment_no_projeto_da_promocao_da_saude.pdf> Acesso em 12 de agost. de 2014.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde – sujeito e mudança** – São Paulo: Editora Hucite, 2005.

CASIMIRO, Maria Isabel. **Empoderamento económico da mulher, movimento associativo e acesso a fundos de desenvolvimento local**. XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais Diversidades e (De)signalidades, Salvador 07-10, agosto, 2011. UFBA. Disponível em: <http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1307750976_ARQUIVO_EMPODERAMENTOEOECONOMICODAMULHER.pdf> Acesso em 28 de mar. de 2014.

CASTIEL, Luis David. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria “comunidade”. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 615-622, out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n5/21747.pdf>> Acesso em 26 de set. 2014.

CASTRO, Antonilma Santos Almeida. Análise do programa saúde na escola (pse) como política pública educacional no âmbito intersectorial: focalizando a anemia falciforme. **Revista Sitientibus**, Feira de Santana, n. 44, p. 99-111, jan./jun. 2011. Acesso em: <http://www2.uefs.br:8081/sitientibus/pdf/44/C_evaz_Sitientibus_alvaro_artigos5.pdf> Acesso em out. de 2014.

CASTRO, Antonilma Santos Almeida. **O que sabe a Escola/Professor sobre Anemia Falciforme: impressões parciais da pesquisa**. In: Anais do EPENN, 2009 Disponível em: <www.ce.ufpb.br/ppge/epenn/pdf/GTCO/GT15/PCOGT15.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2014.

CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAVALCANTI. Patrícia Barreto. **Análise sobre o SUS nos anos 90: o Pacs e o PSF**. Texto didático. Dez. 2000.

CEPAL. **Panorama Social da América Latina 1997**: Agenda Social. Santiago do Chile: CEPAL; 1998. Disponível em: <<http://www.cepal.org/es/publicaciones/panorama-social-de-america-latina-1998>> Acesso em: 21 de dez. 2014.

CERQUEIRA, M T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Organización Mundial de la Salud. **La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina**: un análisis sectorial. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p.7-48. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n3/Y0400313.pdf>> Acesso em 26 de nov. 2014.

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

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS. **Escola Nacional de Saúde Pública**, Fundação Oswaldo Cruz ENSP-FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br>> Acesso em 12 de Jan. de 2014.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

DIAS, M. *et al.* Programa saúde na escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. **Revista Sanare**, Sobral, V.13, n.1, p. 29-34, jan./jun. – 2014. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/428>> Acesso em 24 de jan. de 2015.

EBERHARDT, T. D.; REIS; L. F. **Programa saúde na escola – pse**: estruturado de acordo com os princípios do sus? Anais do 5º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais. As políticas Sociais nas transições Latinoamericanas no século XXI: Tendências e desafios. 9 a 12 de outubro de 2011. Uniãoeste-Cascavel. ISSN: 2175-425x.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 333-84.

FARIA, F. H. P. *et al.* Percepções de profissionais de saúde da família e de educação sobre a Promoção da Saúde no ambiente escolar. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 158-164, abr/jun de 2013. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9651/2/PERCEP%C3%87%C3%95ES%20DE%20PROFISSIONAIS%20DE%20SA%C3%9ADE%20DA%20FAM%C3%8DLIA%20E%20DE%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20SOBRE%20A.pdf>> Acesso em: 23 de Jan. 2015.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 239-242, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a15v61n2.pdf>> Acesso em: 23 de jan 2015.

FERNANDEZ, J. C. A. *et al.* Promoção da saúde: elemento instituinte? **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol.17, n.1, pp. 153-164, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7568/9088>> Acesso em: 23 de jan. de 2015.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros. Promoção da saúde e dinâmica social: o lugar dos sujeitos. 2011. 292 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). USP- Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-05042011-095524/pt-br.php>> Acesso em: 23 de set. de 2014.

FERREIRA, I. R. C. *et al.* Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3385-3398, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/23.pdf>>.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T. M.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro vol.15, n. 2, Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/12.2%20tulio.pdf>> Acesso em 23 de nov. 2014. Acesso em: 22 de nov. 2014.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e ousadia – o cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 21, n. 2, p. 490-498, mar-abr 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/15.pdf>> Acesso em 12 de set. 2014.

GOHN, Maria da Glória. **Empoderamento** e participação da comunidade em políticas sociais. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio-ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/03.pdf>> Acesso em: 23 de set. de 2014.

GÓIS JUNIOR, Edivaldo. “Movimento higienista” na história da vida privada no Brasil: do homogêneo ao heterogêneo. **Revista ConScientia e Saúde**, São Paulo, v. 1, p 47-52, 2005. Disponível em: <http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csaude_v1/cnsv1_edivaldogois.pdf> Acesso em 23 de set. de 2014.

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

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

GONÇALVES, C. R *et al.* Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, jan-mar de 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0026.pdf>> Acesso em: 23 de set. de 2014.

HEIDMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>> Acesso em: 21 de mar. De 2014.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 1a Ed. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2001.

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

IPPOLITO-SHEPHERD, Josefa. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Escola promotora de saúde**. Brasília, 2003. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf> Acesso em 23 de jul. de 2014.

JACOBI, Pedro. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.8, n.3, p.31-48, jan/fev de1999. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n1/04.pdf>> Acesso em 23 de jul. de 2014.

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. A descentralização e a gestão municipal da política da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 21, 1996.

_____. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. **Revista FEA- PUC- SP**, São Paulo, v.1, p. 57 – 72, nov. 1999.

_____. **Intersetorialidade, transitoriedade e redes sociais na saúde**. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro 2000; 34(6):35-45. Disponível em:< <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>> Acesso em: 23 de jul. de 2014.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf>>Acesso em: 23 de jun. de 2014.

MARTINIANO, C. S.; SAMPAIO, J.; SILVEIRA, S. A. S. Os desafios do Núcleo de apoio à saúde da família para a consolidação da atenção primária à saúde na perspectiva da Promoção da Saúde. In: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M. D. H. **Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. Cap. 1, parte 2, p. 353 -390.

MARTINS, A. A. A. *et al.* **Ações de prevenção e promoção frente ao Diabetes Mellitus**: desvelando o processo de trabalho dos enfermeiros. In: II Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção da Saúde - II Convibra Saúde, 2013. Disponível em:<
http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/71/2013_71_7535.pdf> Acesso em 5 de jan. de 2015.

Mendes, Eugênio Vilaça. A APS no Brasil. In: Mendes, Eugênio Vilaça, organizador. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: OPAS; 2012. p. 71-99.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos. **Inovação Gerencial em serviços públicos de saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY E.; ONOCKO, R. (orgs). **Práxis em salud: um desafio para lo público**. São Paulo: Hucitec; 1997, p. 197-228.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.073/GM de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. **648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, que aprova as Normas e Diretrizes do Programa dos Agentes Comunitários e Programa de Saúde da Família. Publicada no **Diário Oficial** da União nº 247, 22 de dezembro de 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, vol.36, n.4, p. 533-535, 2002. Disponível em:<<http://www.fsp.usp.br/rsp>> Acesso em 23 de fev. de 2014.

MONERAT, G. L; SOUZA, R. G. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Revista Ser Social**, Brasília, v.12, n.26, p. 200-220, jan./ jun. 2009. Disponível em:<
http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/1023/683.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/498a.pdf>> Acesso em 22 de jun. de 2014.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**: Repensar e reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

FERREIRA NETO, João Leite *et al.* Apontamentos sobre Promoção da Saúde e Biopoder. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.18, n.3, p. 456-466, 2009. Disponível em:< <file:///C:/Users/pablo%20leonid/Downloads/29615-34414-1-PB.pdf>> Acesso em 22 de mar. De 2014.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a história da saúde pública: ideias e autores**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p. 251-264, jan. de 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7095.pdf>> Acesso em 22 de abr. de 2014.

OLIVEIRA, Dora Lúcia. A “nova saúde pública” e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, V. 13, n. 3, p. 423-431, maio-junho 2005. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em 15 de dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **DECLARAÇÃO DE BANGKOK**. Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde. Bangkok, Tailândia, 11 de agosto de 2005 Disponível em: <<http://http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>> Acesso em 22 de mar. De 2014.

OMS-UNICEF, 1979. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Disponível em:< http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf> Acesso em 12 de fev. de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Helsínque**. 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Helsínque, Finlândia, 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8%C2%AA-Confer%C3%Aancia-Internacional-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde.pdf>> Acesso em 22 de mar. De 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Nairóbi**. Sétima Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Outubro de 2009. Disponível em:<<http://eportuguese.blogspot.com.br/2013/06/conferencias-globais-para-promocao-da.html>> Acesso em 22 de mar. De 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Santafé de Bogotá**. Bogotá, Colômbia , 9-12 de novembro de 1992. Disponível em: <<http://www.ergonomianotrabalho.com.br/artigos/Santafe.pdf>> Acesso em 22 de mar. de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração do Caribe**. Primeira Conferência da Saúde do Caribe. Port of Spain, Trinidad e Tobago, 4 de junho de 1993. Disponível em: http://http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=203> Acesso em 22 de mar. De 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO Child Growth Standards:** Length/height-for-age, weight-for-age, weightfor-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva, 2006. 332 p. WHO (nonserial publication). Disponível em: < http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf> Acesso em 22 de out. 2014.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Escuelas promotoras de la salud - entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras.** Comunicación para la salud no.13. Washington DC.,1998. Disponível em:< <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m03.pdf>> Acesso em 22 de dez de 2014.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Rio de Janeiro, V. 32, n. 4, p. 492–499; 2008.** Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acesso em 22 de dez de 2014.

PAIM, Jairnilson Sousa; ALMEIDA, Filho Naomar. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.** Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>> Acesso em 22 de abr. de 2014.

PAPOULA, Suzana Rezende. **O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ:** fatores restritivos e facilitadores. 2006. 186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2006. Disponível em:< <http://arca.iciet.fiocruz.br/bitstream/iciet/5255/2/814.pdf>> Acesso em 3 de jan.de 2015.

PELICIONI, M. C. F.; TORRES, A. L. **A Escola Promotora de Saúde.** Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Prática de Saúde Pública. Série Monográfica. São Paulo. 1999.

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C. de. **Atenção primária, Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde:** um diálogo necessário. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. 109 p. Disponível em: < http://www.ee.usp.br/publicacoes/pdf/livro_atencao_primaria.pdf>. Acesso em 03 de dez. 2014.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **Revista O Mundo da Saúde, São Camilo, v.24, n.1, p. 39-44, 2000.** Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=264216&indexSearch=ID&lang=p>> Acesso em 22 de mar. de 2014.

PIMENTA, T. S. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. **Revista História Ciência e Saúde, Manguinhos, v. 4, n. 11 Supl., p. 67-92, 2004.** Disponível em:< <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Transforma%C3%A7%C3%A3o-No-Exerc%C3%ADcio-Das-Artes-De/561330.html>> Acesso em 23 de jul. de 2014.

PIZZANI, Luciana *et al.* A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf.**, Campinas, v.10, n.1, p.53-66, jul./dez. 2012. Disponível em:< <http://polaris.bc.unicamp.br/seer/ojs/index.php/rbci/article/view/522>> Acesso em 22 de marc. de 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Campo Grande; 2013.

RAMOS, B. F.; ROCHA, A. F. M. Conselhos locais de saúde: um dos caminhos para a efetivação das ações de promoção da Saúde. *In:* VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M. D. H. **Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS.** São Paulo: Hucitec Editora, 2014. Cap. 1, parte 2, p. 391 - 410.

ROCHA, D.G.; MARCELO, V.C.; PEREIRA, I.M.T.B. Escola Promotora de Saúde: Uma Construção Interdisciplinar e Intersectorial. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Pulo, v. 12, n. 1, p. 57-63, 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=LILACS&exprSearch=402357&indexSearch=ID&lang=p>> Acesso em 23 de dez de 2014.

SANTOS, Débora de Souza. **AÇÕES INTERSETORIAIS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE: ENTRE TEORIA E PRÁTICA.** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem das Faculdades de Ciências Médicas da universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Revista Estudos Avançados** [online], São Paulo, vol.13, n.35, pp. 71-88, 1999. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a07.pdf>> Acesso em 22 de marc. de 2014.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo. Ano I, n. I, Julho de 2009. Disponível em:< http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf> Acesso em 22 de mar. de 2014.

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Revista Interface Comunicação Saúde e Educação**, Distrito federal, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>> Acesso em 23 de jul. de 2014.

SILVA, Carlos dos Santos. **Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no município do Rio De Janeiro.** 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

SILVA, C. S. S.; PANTOJA, A. F. Contribuições da avaliação na identificação de efetividade e da promoção da saúde na escola no município do Rio de Janeiro. **B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.**, Rio de Janeiro, v. 35, n.2, maio/ago. 2009. Disponível em:< <http://www.senac.br/BTS/352/artigo-04.pdf>> Acesso em 22 de abr. de 2014.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, set-out 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/11.pdf>> Acesso em 23 de mar. de 2014.

SILVA, Q. T. A. da; CABALERRO, R. M. da S. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINE, V. L. **Residências em Saúde: Fazeres e Saberes na Formação em Saúde**. 2010, p. 61-74.

SILVA, Sílvia Fernandes. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, jun. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>> Acesso em 22 de jul. de 2014.

SILVEIRA, G.T.; PEREIRA, I.M.T.B. Escolas Promotoras de Saúde ou Escolas Promotoras de Aprendizagem/Educação? In: LEVEFRE, F.; LEVEFRE, A. M. C. (Orgs.). **Promoção de Saúde: a negação da negação**. São Paulo: Editora Barba Ruiva, 2007. Cap. 3, p. 113-124. Disponível em:<http://jiasa.libertar.org/jiasa_textos/lefevre_-_promocao_de_saude.doc> Acesso em 23 de jun. de 2014.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p. 1325-1335, 2009. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012430002>> Acesso em 23 de set. de 2014.

TAVARES, M. F. L. *et al.* Articulação intersectorial na gestão para a promoção da saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (Org.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p. 309-324. Disponível em:<<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12563&Tipo=B>> Acesso em 23 de jul. de 2014.

TEIXEIRA, Elizabeth. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo, USP [online], vol.30, n.2, p. 286-290, Agosto de 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n2/v30n2a08.pdf>> Acesso em 23 de mar. de 2014.

TESSER, C. D. *et al.* Concepções de Promoção da Saúde que permeiam o ideário de equipes da Estratégia Saúde da Família da grande Florianópolis. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, p. 42-56, jan./jun. 2010. Disponível em:<<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/68/111>> Acesso em 26 de jul. de 2014.

TORRES, H. C. *et al.* Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.6, p.751-756, 2010. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023868006.pdf>> Acesso em 23 de set. de 2014.

TUSSET, Dalila. **Competências em Promoção da Saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal**. 2012. 161 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade de Brasília, Faculdade de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Brasília, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11930/1/2012_DalilaTusset.pdf> Acesso em 23 de jul. de 2014.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na Escola: um campo em busca de um espaço na agenda intersectorial**. 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo – SP. 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/pt-br.php>> Acesso em 26 de set. de 2014.

VASCONCELOS, K. E.; QUEIROZ, R. M. L.; FARIAS, V. M. O. Contribuições do Serviço Social para a Promoção da Saúde: socializando experiências desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande. In: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M. D. H. **Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. Cap. 1, parte 2, p. 411- 446.

VASCONCELOS, R. M. M. L.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. **R. Fac. Odontol.**, São José dos Campos, v. 4, p. 43-51, maio/agosto de 2001. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=053089&pid=S1806-146X201000010000500004&lng=pt> Acesso em 14 de nov. de 2014.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista PHYSIS: Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 11-48, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>> Acesso em 23 de mar. de 2014.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. A Nova Política Social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica? **Revista Praia Vermelha**, Rio de Janeiro: UFRJ, n. 18, p.120-144, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/14309.pdf>> Acesso em 18 de fev. de 2014.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S et al (org.) **Tratado de Saúde Coletiva** – São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 635-667.

WHO, 1998 – **World Organization Evolution: recommendations to policymakers**. Copenhagen, 1998. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108116/1/E60706.pdf?ua=1>> Acesso em mar. de 2014.

ZIGLIO, E. et al. Inversión en favor de la salud. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 5, 2000, México. **Informe técnico México**, 2000. Disponível em <http://www.who.int/hpr/conference/products/Techreports/spanishdocs/invest-fn>. Acesso em 20 mar. 2014.