

# Health in School Program in elementary municipal and state education institutions

Ana Cristina de Moraes\*  
Alessandra Crystian Engles dos Reis \*  
Rosa Maria Rodrigues\*  
Solange de Fátima Reis Conterno\*  
Karen Peres Hernandez\*  
Larissa Fungueto\*  
Tamara Tasca Faller \*

782

## Abstract

In 2007 the Federal Government established the "Health in School" program to develop intersectoral health actions in school based on integrality, intersectorality and health promotion. The present study aimed to compare the implementation of the Health in School Program, in Municipal and State elementary schools in five Municipalities in the state of Paraná, Brazil. This was an exploratory study, with a qualitative approach carried out among teachers, principals and other professionals who were interviewed according a structured script in which there were essay questions and also multiple-choice questions. The data were submitted to thematic analysis with the help of the Nvivo software program. In the municipal schools, the emphasis on the content worked was directed to nutritional activities and habits for a healthy life. In the state schools, those activities were directed to sexuality, pregnancy and violence prevention. In the municipal schools, the intersectorality emerged as a contributing factor in caring for the demands of the students and health promoting activities, through actions improving the quality of life of the students and their relatives. In the state schools, we noticed the distancing and lack of understanding between the health and education sectors, damaging the quality of actions performed. Both, the municipal and state schools, claim a lack of teacher training. It was concluded that it is necessary do strengthen intersectorality, integrality and professional training of those involved to act in the program.

**Keywords:** Education. Health. School Health.

## INTRODUCTION

The changes in health education work has occurred in a gradual way, but in the last thirty years the health education scenario has changed, thanks to the advance of official knowledge, practices and initiatives. The schools began to integrate into their daily didactic teaching the practices and subjects related to the health of the student, a work that was possible through the integration of the Ministry of Education and the Ministry of Health, which together sought ways of promoting and preventing in the health field<sup>1</sup>.

Among the actions of the different Ministries, a need to develop intersectoral activities from the federal level has emerged. This intersectorality allows the public spheres to communicate, and the actions developed in the school addressing health issues can promote changes in the daily

life of schoolchildren and even their families. From this interaction, health can contribute to the school, producing positive results for all of society, provided they are implemented in accordance with democratic pedagogical principles, scientifically supported and that take the members of the school community as subjects of educational practices and care activities.

The development of health activities at school can be a strategy for training children, adolescents, youth and adults to have access to knowledge about the promotion and prevention of diseases and health problems. Since the school is a space for critical training, it contributes to the construction of concepts that can directly influence the social production of health, whose practices must form individuals

DOI: 10.15343/0104-7809.20184203782806

\* State University of Western Paraná. Cascavel / PR, Brazil.  
E-mail: mmrodri09@gmail.com

capable of acting in the defense of quality of life<sup>2</sup>.

In 2007, as of December 5, 2007 Presidential Decree No. 6.286, health work in schools became an intersectoral action among the Ministries of Health and Education aimed at promotion, prevention, attention and health care for schoolchildren, following the principles and guidelines of SUS. These are carried out through actions that bring health into the school environment, providing individual and collective care at the same time, as a form of integration between health and education, family and community<sup>3</sup>.

Their actions should be contemplated in the pedagogical political project of the school, as well as integrated to the basic care; the school space should not be understood as a place for medical consultations or even a clinical-psychic diagnosis for the purpose of medicalization, but a place where the development of signs or symptoms of possible health problems are detected and are treated outside the school environment<sup>2</sup>.

The activities foreseen in the program are divided into three components. Component I considers clinical and psychosocial assessments, Component II, considers health promotion and prevention actions and, in Component III, considers the training professionals to act in their execution<sup>2</sup>. During its conception and execution integrality, intersectorality and health promotion emerge as concepts that should guide actions. Integrality presupposes the existence of services that meet health needs at all levels of care, describing preventive and care actions, without considering the uniqueness of the individuals who access the health services, of whom must have their individual health needs attended to<sup>4</sup>. Intersectorality should describe the different sectors involved in the actions of the program but should not constitute a juxtaposition of different sectoral agendas.

Its effectiveness requires negotiation and inclusion in the daily practice of the professionals that allow for the construction

of dialogical and context-related knowledge, producing health in the school in an effective way<sup>5</sup>.

Health promotion favors "health production that, combined with the other strategies and policies of the Unified Health System, contributes to the construction of transversal actions that make it possible to meet social health needs." In order for health promotion to take place, there must be dialogue between different government and society sectors, with the aim of sharing tasks, strategies and responsibility for the quality of life of the population<sup>6,28</sup> in order to meet the intersectorality described above.

Studies show that confrontations and difficulties in the development of the program may involve material resources, lack of personnel for action, personal and political conflicts, or even partnerships and support networks. It is understood that evaluations on the implementation of the program can contribute significantly to the improvement of these actions, pointing out the divergences between the recommendations and their applicability<sup>7</sup>. The lack of the professional training to perform in the program is among the difficulties encountered, since the subjects involved are not aware of its functioning<sup>8</sup>.

This study emerged from another study that was progressing in which differences were observed between the execution of the PSE in state schools and in municipal schools, which lead to the question of how the PSE was developing in state and municipal schools in five municipalities that implemented the PSE by the year 2012. Faced with this problem, the objective of the study was to compare the implementation of the Health in School Program in elementary schools of the state and municipal network in five municipalities of Paraná.

It is assumed that municipal schools are almost entirely care for by the program in the cities surveyed, in which all planned actions are implemented; however, in the schools of the state's system, not all actions were developed, and the PSE would have had less visibility.

## METHODOLOGY

An exploratory study with a qualitative approach was carried out in five municipalities (M1, M2, M3, M4 and M5), from the Western region of Paraná, which comprises the 10th Regional Health and Regional Education Center of Cascavel, PR, which joined in the Health in School Program and began their implementation by the year 2012. Teachers, principals or other professionals who were involved in the development of PSE actions in state and municipal schools were interviewed, through a structured script, composed of open and closed questions. Fifty-nine interviews were performed: 21 in M1, 16 in M2, 16 in M3, three in M4 and three in M5, which were completely recorded and transcribed.

The closed questions were systematized and distributed in frequencies and for the open questions the content analysis was used in the modality of thematic analysis, obeying three stages, the first being the pre-analysis through the direct and exhaustive study of the material, of the collected content. In the second step, through the investigation of the material, the categories were identified, and the data were categorized using the NVivo program. The software used to support in qualitative research methods, was the NVivo 11 Starter for Windows version, which was recommended for analysis of text-based data<sup>9</sup>.

The use of digital tools to aid in the systematization of qualitative data is an option, when a considerable amount of this type of data is available; as it was in this study. Thus, NVivo software<sup>9</sup> appeared as one of those tools that could contribute to the organization and analysis of qualitative information. Health research has used this resource with good results.

In the last step, the treatment of the results and interpretation of the obtained data was performed, highlighting the relevant information to propose inferences and interpretations, based on the theoretical foundations constructed. The survey was approved according to CEP Opinion No. 1.134.653. All subjects read and signed the

Informed Consent Form. Their identifications were preserved by the assignment of sequential letters and numbers (S1M1, S2M1 ... where S = subject and M = municipality).

## RESULTS

Of the 59 interviewees, 56 were female and three were male. The majority of subjects in municipal schools 27 (71.1%) and state schools 9 (42.8) were trained in pedagogy. The second most frequent training was an undergraduate degree in languages, where 6 (15.8%) interviewed in the municipal and 5 (23.8%) in the state schools had this training. The majority of respondents were in school management positions in the municipal (19 (50%)) and in the state schools (10 (47.7%)). The performance time shows that the professionals worked only recently in the positions and functions or even in the schools, since, in the municipal schools 30 (79%) and in the state schools 15 (71.3%), most of the subjects had employment times ranging from zero to four years.

The professionals of the municipal schools expressed a positive evaluation of the actions developed by the PSE in components I, II and III, whose systematization enabled the themes that are represented in Frame 1 to emerge.

The school environment was considered as a place where knowledge was acquired, which would contribute to the promotion and prevention of health problems, where the work of the professionals helped to make these subjects more important, both for school children and their families, inciting interest in the issues of health care and contributing to the integrality of health actions. We identified weaknesses in the implementation of the program expressed as the lack of resources, professional training to work with the program and involvement of families, showing the need to consider these elements when planning actions, with a view to overcome them in everyday practice of the PSE.

From the process of systematization of the words of the professionals of the state schools emerged the themes expressed in Frame 2.

**Frame 1** – TEmergent themes of the interviewees' speeches in municipal schools in M1, M2, M3, M4, M5. Cascavel, PR, 2017.

<b>Implementation of the healthy eating of children and the performance of the nutritionist</b>
<p>[...] in feeding, [...] the food comes from family farming so [...] they are very healthy, we also have a nutritionist who makes the menu and is always following us, so it has evolved a lot, the evaluation is positive (S6M2).</p> <p>They care, and have a good result, because we perceive in their eating afterwards. Their parents encourage them, we ask them to comment and they really notice the difference (S9M1).</p> <p>The nutritionist gave talks with the parents, which helped a lot, because we often talk and have no effect, but her speaking has more value (S3M1).</p>
<b>Involvement of the family in the activities developed by the PSE as a contributor to the effectiveness of the implemented actions</b>
<p>The parents accompany them, because they want to know about the development of their children [...] (S1M1).</p> <p>[...] with the PSE mothers are being encouraged and children's health has improved (S10M1).</p> <p>[...] we are concerned about prevention and the relatives see it, we try to see the problem before it happens (S10M2).</p>
<b>Lack of family involvement with school children and the need to extend the actions of the program to the family</b>
<p>[...] some parents reject it and there we encounter these difficult issues [when the school deals with issues involving drugs and sexuality, for example] (S9M2).</p> <p>Our greatest difficulty is the involvement of parents, some work all day and cannot come, or even for lack of interest (S8M2).</p> <p>To work with the parents about alcohol and drug use awareness, as some parents question the school events that do not have alcoholic beverage sales (S15M1).</p> <p>The lectures were extended to the parents, because we have been asking a lot that this information must reach the parents (S3M2).</p>
<b>Diagnosis of children's problems and prompt referral of identified health issues</b>
<p>It has been more work, but we are being well attended, we have a priority in health and we have achieved results (S6M2).</p> <p>Now we have a phono of the municipality, so the problem has already been solved. [...] Sometimes we do too much here in school, to take them to consultations, to take them home with our car (S1M5).</p> <p>I see a positive point in the issue, that when the actions begin, hypertensive, underweight, overweight children are identified, the matter of the dentist that looks, makes assessments, identifies (S2M4)</p>
<b>Lack of human resources and materials</b>
<p>We miss a psychologist to accompany our children (S7M2).</p> <p>Missing available professionals, such as physicians, would require the availability of exams for students (S3M1).</p> <p>We lack more specific activities and materials for us to work with the students [...] (S3M3).</p> <p>[...] we need professionals from the outside, because only we are in the school, we do not think that it works very well, that it needs outside professionals, and because we depend on them, sometimes we cannot schedule them, or schedule and the professional cancels (S1M5).</p>
<b>Lack of specific time for the development of activities</b>
<p>We do not have a specific time for the program, it's another function that we take on to do, the lack of time is what does not make the thing go any further (S8M3).</p> <p>The time on account of a very closed curriculum, and you have to be able to contemplate everything (S11, S12 and S13 M1).</p>

*to be continued...*

<b>Health in School Program as a trigger for changing habits among schoolchildren and their families</b>
After we started working with the PSE, the children are reviewing at home and the parents comment that they are changing their behaviors (S6M1).
<b>Intersectoral action</b>
It was satisfactory, because in addition to working here with the education professionals encouraging better nutrition, we have the help of the health staff together with the parents (S13M1). Since the actions are developed in a network they have other departments involved, the school tries to do its best [...] (S10M2). I think what is within reach they accomplish, so with this intersectoral issue of health together with the school, there are these referrals (S8M3). [...] therein comes the Pastoral da Criança, because they work together (S1M4).
<b>Lack of professional training to work in the program</b>
The lack of information on how we should work on certain subjects with the students (S2M3). And I never had training to participate, I am participating, but I never had training (S1M5).

Source: Data collected in the study “Evaluation of the implementation of the Health in School Program in Paraná municipalities”, 2017.

**Frame 2** – Emergent themes of the respondents’ words in the state schools in M1, M2, M3, M4, M5. Cascavel, PR, 2017.

<b>Health and education sectors working together and promoting access to healthcare for schoolchildren</b>
We have many poor students and these actions help students’ get access to healthcare, which contributed greatly to achieving the goals (S3M2). [...] whenever there is a problem the teacher already notices and calls, asks for help from the clinic, they are always helping us, scheduling consultations when needed [...] (S2M5). It has brought more possibilities for us to look for services that we could not get in the unit, because this works only one day a week, so with the PSE we get a better service for the student (S3M1). [...] I think it is only in this way that the student can go to the clinic and follow up [...] (S1M4).
<b>Guidance and promotion of healthy eating and nutritional monitoring</b>
What was important was the issue of the nutritionist accompanying and making the menu and also working with the family for diet, healthy eating reeducation (S4M2).
<b>Health in School Program as a driver of changes in healthy living habits for schoolchildren and their families</b>
Many students do not have this at home, parents do not pass, so they have many questions, for them it is often the only place to have access to information [...] (S2M1). The education that the child receives in school will lead to adulthood, so if taking care of health from childhood will be healthier (S1M2). It will guide them, it will always be helping, both the family and the children, in the change of habits (S2M5).

*to be continued...*

<b>Actions taken were insufficient</b>
<p>[...] there are few activities developed and families also do not commit in their involvement, so it always gets lost, on one side or the other (S2M3).                  More lectures on health, heat, pediculosis, personal hygiene (S3M1).                  I think the nurse's station should work more with lectures (S1M4).                  I think there are other activities that could have been developed with them like scavenger hunts, workshops. You can continue to develop other activities (S1M5).</p>
<b>Overloading the school due to the great demand of different projects and activities</b>
<p>I think it's good, even because the school cannot fit so many things, there are so many projects, they come from outside too, it's an eternal rush, there they set groups for everything, not to be so heavy for school. The design is wonderful and has to be developed (S2M5).</p>
<b>Parental involvement in program activities and care for schoolchildren</b>
<p>We are always attentive in the development of them, all the professionals of the school, and we always work close to them and the parents, with the family and with the student, we accompany, we direct in the way of orientation (S6M2).                  Parents get more involved, the school has come to add more, because now we can count on healthcare and its is easier to reach the people responsible for the needs of the students (S3M1).</p>
<b>Parents' failure to participate and commit to the health of the students</b>
<p>There are parents who send their children sick to school, because the school picks the up and takes them to the clinic, asks for the consultation, picks up the car and goes home to pick up the parents, but it depends, the parents have to get up at dawn to get a number, its easier to make the school do everything, today the school does not just transfer knowledge, it does much of the role of parents (S2M5).                  When we talk about the matter, they say they do not talk to their parents (S1M3).                  Lectures or other ways to bring parents to school, because it is the responsibility of parents, so we need to find ways to bring parents and guide them concerning the health of their children and the need to seek competent organizations (S2M1).</p>
<b>Miscommunication between health and education sectors</b>
<p>The watch of the health staff should be more constant, a more caring view toward the school, I wish the health part in the program it had more involvement with the school (S3M2).                  The ideal would be a close partnership between health and education, in addition to human resources, such as professionals Psychologists and Social Workers (S1, S4 and S5 M1).                  And that is why I think that these health issues should be brought more and more into the school and if each school had a health base, some inserted healthcare professional would be important, although it is far from happening (S2M3).</p>
<b>Lack of professional training</b>
<p>The difficulty of being able to talk to the child about health issues because we do not have much training for this, because I think I needed time and some preparation (S5M3).</p>
<b>Lack of professionals to work in the PSE.</b>
<p>Missing professionals perform the follow up of these students (S1M2).                  The fragility of the network, lack of availability [...] of professionals (S4M1).                  Lack of trained professionals for this (S2M5).</p>

**Social problems faced by communities, transmission of knowledge and health promotion in school.**

I found that it was very productive in the activities of teenage pregnancy, food, drugs and alcoholism that is very large in the region, violence is very great, the carrying out of physical activities (S2M2).  
If we evaluate the work we did like the one for the prevention of pregnancy, it did not have an effect, the municipality itself surveys the number of pregnant adolescents and keeps track of them, but that is after they become pregnant and not as prevention, so it is not having any result (S7M3).  
It is good, to guide them, nothing of what you do is in vain, I think the more you guide the more you speak, something will help and someone will reach them. It helps a lot to guide them, I had a lot of pregnant girls and now it seems to have decreased (S2M5).  
I think we should work with the nurse over the lectures on pregnancy, because we have 13- and 14-year-old pregnant teenagers [...] (S1M4).

Source: Research data, 2017

In the State Schools, the impotence of the PSE in the access to health services by the schoolchildren became relevant, since these children, who were in the transition phase between childhood and adolescence, did not seek routine care in the Health Units, which now received these services and knowledge in schools. Integrality and access to care were weakened. The need for actions aimed at prevention of pregnancy in adolescence, sexuality and violence was highlighted.

The lack of communication between health and education was evident, showing the need to work on the intersectoriality between the spheres of state and municipal government; to expand actions that integrate, in addition to schoolchildren, their families; to necessarily increase resources and that the professionals directed to the activities have training coherent with the function performed, since the subjects worked on require knowledge and clarity in the approach of the information.

## DISCUSSION

The teachers' statements, especially in the municipal schools, emphasized the nutritionist's performance and the carrying out of educational activities aimed at the cultivation of eating habits, interfering positively in the students' and families' experience with regard to food care. The legislation on school diet attributes to nutritionists the technical responsibility for feeding the school, and it is up to them to elaborate the menus that would be the basis for the acquisition of food<sup>10</sup>. Their competences are to coordinate the diagnostics, monitor the nutritional status, plan the menu according to the local food culture, the epidemiological profile of the population and the agricultural vocation of the region, from the acquisition of foodstuffs, to the production and distribution of food. They should suggest and

develop food and nutrition education activities in schools, that is, even without the existence of the PSE, nutritionists should be incorporated into the educational service, from planning to carrying out food safety actions<sup>11</sup>.

In component I of the PSE, are the actions of monitoring the growth and development of schoolchildren, whose results have corroborated the estimates of nutritional disorders in this age group. A study showed that 30.6% among 7,017 schoolchildren were overweight, a condition faced by health and education professionals, based on the diagnosis of that reality<sup>12</sup>.

In the state schools this theme was less frequent, only cited in one municipality. Different from municipal management, the state management of education is sometimes

centralized in state governments, since, unlike the health sector, education does not have a "Single System of Education"<sup>13</sup> organizing and being the responsibility of different federated entities, depending of the level of supply.

The differences in valuing the actions and themes addressed in the State and Municipal Schools may be related to the age group and stage of physical, mental and social development of the students. While in the municipal schools, the activities were mostly focused on actions related to food and healthy life habits, the state schools' concern was focused on the social problems that include teenage pregnancy, and alcohol and drug use.

Among the changes that occur in adolescence, sexuality and psychobiological changes stand out. Therefore, the development of PSE actions in state schools allows health professionals, together with teachers, to approach health education in the context of sexuality, health promotion and prevention of adolescent pregnancy and maternity<sup>14</sup>.

Educational training, based on the PSE, seeks to ensure the acquisition of healthy habits, as well as reinforce the role of the family, aiming not only to promote health, but also to prevent different chronic non-communicable diseases. Moreover, students are vulnerable to food advertising and diet fads that can have a significant impact on food consumption and, consequently, health status<sup>15</sup>.

In the state schools, education for the acquisition of healthy habits was planned so that this knowledge acquired by schoolchildren could be passed on to their families, and it was stated that investing in the education of children and adolescents would be one way of helping them become healthy adults, since the knowledge acquired, in addition to being multiplied, could be incorporated into adult life, with positive effects on health. However, even acknowledging the importance of health education, it is known that this is not enough to guarantee adequate health conditions, since they require a set of actions and socioeconomic conditions.

Health and education share themes that make harmonious work possible to achieve

common goals. The school approach to health issues in a contextualized way motivates the teacher and community and can contribute to the development of healthy habits that improve the quality of life and the collective doing<sup>16</sup>.

In the municipal schools, joint work and the partnership between health and education allowed for the assistance and the monitoring of the cases diagnosed. In addition to the public sectors, this integration sought to reach the families, because in connecting the different actors involved, the complete care of this population could be made possible.

In the state schools, access to health services is indicated as something positive because, due to the low social conditions of the families, the program made it possible for the students to be attended by healthcare professionals and specialists. Early diagnosis and prevention of diseases are considered as contributors to the valorization and visibility of the PSE, since the program is seen as the main healthcare service. However, it can be seen in the interviewees' statements that there were barriers and lacks regarding the availability of professionals and services to the state education sector, unlike what happens in municipal schools.

One of the main benefits of implementing PSE was access to healthcare services. This is due to the clinical and psychosocial assessments carried out at the school, and cases diagnosed with greater needs for care and interventions were referred to basic health care, with timely scheduling and programming together with the school, thus, strengthening intersectorality<sup>17</sup>. However, it is worrying that the school community is unassisted, because without the program they would not access the healthcare services, showing the miscommunication of Primary Care that should contemplate this population in their territory, independently from specific actions.

In the municipal schools, attention was drawn to the intersectoral action that ensured the successful implementation of the PSE actions. This joint work improved the care, because from the evaluation of an interdisciplinary and multiprofessional team they went through more attentive and constant

examinations, allowing for a complete service. The statements emphasized the joint work of the sectors of health, education and social service.

In the state schools, the main obstacle presented was the lack of communication between the health and education sectors. They reported the difficulty to refer the cases diagnosed with health problems in school and, after being referred, there would be no response regarding the conduct taken, that is, there is not always the reference and counter reference between sectors. This, in general, can occur due to the governmental spheres being managed by different authorities, which can cause discontinuity and a lack of communication, since the absence of health professionals in state schools was highlighted, as well as the resistance of these professionals and offices to meet the demands presented. However, in these schools, the idea that assistance actions should have foundations within the school or even the medicalization of this space emerged, which is contrary to the objectives of the program in accordance with the ministerial guidelines<sup>2</sup>.

It is understood that the intersectoriality in the fields of management, planning, commitments of the two sectors and the approach in the territories of the school units and health teams is paramount for the achievement of its objectives. Thus, cooperation between health and education policies is fundamental to guaranteeing children, adolescents and young people access to healthcare<sup>2</sup>.

Intersectoriality is an initiative opposed to the fragmentation of social policies, becoming fundamental in overcoming partial healthcare actions. In Brazil, intersectoriality is valued in several public policies, such as Education, Health and Social Assistance, but the PSE also foresees the participation of other sectors and actors, according to the organization of each territory. Integrality, territoriality and intersectoriality are principles that underlie the Program<sup>18</sup>.

The opening of the school to health projects covering the learners, educators and the community makes the sharing

of knowledge possible, when a dialogic relationship is established and strengthens the encounter between health and education. From this meeting, innovative solutions can emerge considering the structure, conditions, pedagogical coherence and needs of the school or learners. Therefore, pedagogical strategies can be suggested or enriched, both by health and education professionals, to be consistent with the adopted and accepted fundamentals and learning assumptions, characterizing joint action, respecting the competencies of each sector, as well as its strategies of action in concerning its technical area for excellence<sup>2</sup>.

The family institution should be integrated, since this is the child's first social contact, from which their biological, psychic and social development occurs; the family is allied in the actions of prevention and health promotion. In the municipal schools, the importance of parents and family members' participation as a contributor to the effectiveness of the implemented actions makes the solution of the problems encountered and the frequent follow-up of the development of the students, even modifying the familiar customs, possible.

On the other hand, the professionals pointed out the absence of the family and their lack of involvement, spotting the need to extend the activities of the program, to integrate family members in the care of schoolchildren. The lack of family participation or even the lack of acceptance of the diagnoses and themes addressed by the program is one of the main difficulties pointed out. The daily commitments make the parents put aside the daily accompaniment of the children; lack of time and confidence in school, makes parents send their children sick, because they know they will be cared for. Therefore, the professionals asked the parents to commit more to the students, so that they would follow the activities they performed.

The involvement of the family, parents and caretakers in the PSE agenda expands the universe of care to which the learner needs to be involved. This partnership between the health and education, family and community sectors adds to the caregiver a careful look at

possible signs and symptoms of diseases and can cause important and effective changes in family habits, impacting even the social environment as a whole<sup>2</sup>.

In the state schools, the approach regarding family participation was seen as positive when, integrating the health, education and family sectors it would be possible to have a complete follow-up of the student, as well as greater involvement and commitment to the diagnosed health issues. The work being done together makes the access to those responsible more effective and the resolution becomes faster.

However, for this to be possible, more work is needed to raise the awareness of families, since the considered that parents' participation to be insufficient. They pointed out that the family passes on many of their responsibilities to school. The parents' inattention and carelessness prevent them from perceiving important changes in the health and development of their children, which may be related to the families' lack of knowledge and information.

The study showed that the most important aspect of the PSE was family, school and community interaction; knowledge about the importance of caring for the body and disease prevention; changes in living habits through awareness of basic healthcare. Concluding that for professionals working in the PSE, this partnership with the family should be valued<sup>15</sup>.

Another difficulty pointed out was the lack of human and material resources for the development of actions. In the municipal schools, there was the difficulty in working on subjects without specific materials for the characteristics of the public, that is, for a certain age group, since the materials must have a language that corresponds to them. At the same time they pointed out the lack of a larger quantitative professional, in the area of education, assisting in the planning and organization of actions, as well as health professionals such as dentists, psychologists, ophthalmologists, physical educators, among other assistance needs.

The same difficulty was found in another study, whose absence of didactic material

emerged in the statements of 70% of their respondents, a fact that may decrease the effectiveness of the program and tends to worsen if the teacher feels discouraged from seeking references of the themes and for the development of activities<sup>15</sup>.

The lack of professionals to work in the PSE was also one of the problems pointed out by the professionals who work in the state networks of the participating municipalities, but these narratives showed only concern about the number of professionals, which suggests that there was a deficiency in professionals qualified to act in the program, there was also a deficit in the actions developed.

Among the needs identified for improvement in the progress of the program in municipal schools was the planning of a school calendar that contemplated the actions of the PSE; since this was implemented in the schools but became just another activity to be performed in certain periods of the school year. It is hoped that with a pedagogical project that integrates these actions, the time will be optimized to carry out more activities, enabling the improvement and even the extension of the program for the family and community.

In the state schools, the actions were evaluated as insufficient, showing the fragility and lack of professionals from different areas to work with adolescents, yet, it is not only the quantity of actions questioned, but different means and educational resources, educational technologies that transcend the traditional lectures, bringing new possibilities of teaching-learning.

The implementation of the actions foreseen in the PSE is possible after an essential step, that is the initial and continuous training of professionals of the two areas, already expected by health and education policies, however the program expects the responsibility of the ministries in subsidizing and formulating proposals of health education professionals and basic education. Professional training is essential if the expected results are to be obtained, and for this reason, this practice represents one of the components foreseen in the implementation of the PSE. However,

in evaluating the program expressed in the interviewees' statements, it shows that there were flaws in the training activities<sup>2</sup>.

In the municipal and state schools, the accomplishment of the activities without training of the working professionals was highlighted. The work is carried out according to the understanding and planning of each municipality or school, which raises questions among the professionals, mainly regarding the contents and conducts to be taken.

In another study, the difficulties encountered by professionals focused precisely on the lack of training. The school space contributes to the realization of the actions and the children become interested in matters pertaining to health. In addition, the education and health departments did not offer continuing education in service. Such activities could contribute to the teacher's activities, which multiplies successful practices and generates opportunities for building new knowledge and learning<sup>8</sup>.

## CONCLUSION

The comparison of the PSE in the state and municipal schools showed that the program was better integrated in the municipal schools than in the state schools. In the state schools, the problems differed, due to the age range of their adolescent students, unlike the municipal ones that attends children. Thus sexuality, teenage pregnancy and violence were relevant themes in the state schools, and municipal schools highlighted the care with food and healthy living habits.

The lack of training of professionals in both environments was highlighted, concluding that

it is necessary to think about improvements and perfection of the program so that it reaches its objectives of attending school children and adolescents in a full way. In order to do so, strategies that aim at better integration between health and education of municipalities become important, effectively communicating actions in municipal and state schools. The effective intersectoriality can guarantee a better assistance. As seen in this case, the intrasectoriality needs to be strengthened since a difference of the PSE's performance in the state and municipal schools was observed.

## REFERENCES

1. Graciano AMC, Cardoso NMM, Mattos FF, Gomes VE, Borges-Oliveira AC. Promoção da Saúde na Escola: história e perspectivas. *Revista de Saúde e Ciências Biológicas*, 2015; 3(1): 34-38.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília; 2015.
3. Brasil. Presidência da República. Decreto Presidencial Nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília; 2007.
4. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2004; 20(5):1411-1416.
5. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na escola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 21(6):1777-1788.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático de promoção de saúde. Projeto de terminologia de saúde. Brasília; 2012.
7. Cunha PF, Souza LFC, Koifman L, Oliveira GS. Implantação e implementação das ações do Programa Saúde na Escola em Nova Friburgo: o desafio de tecer redes de solidariedade. 2º congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível. Anais; 2013.
8. Santos NP, Santos MVS, Gomes MAV. Implantação e desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE) em uma escola no município de Marechal Deodoro, Alagoas. Política e gestão educacional. In I Congresso de Inovação Pedagógica em Arapiraca, Alagoas. Anais. Brasil; 2015.
9. QRS INTERNATIONAL. NVIVO 11 starter para Windows. sd. [acessado set 9, 2017]. Disponível em: <http://www.qrsinternational.com/nvivo-product/nvivo11-for-windows/starter>.
10. Brasil. Governo Federal. Lei Nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de

2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Brasília; 2009.

11. Brasil. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Conselho Deliberativo. Resolução/CD/FNDE Nº 38, de 16 de julho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. Brasília; 2009.

12. Batista MAS, Mondini L, Jaime PC. Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 26(3):569-578, jul-set 2017.

13. Saviani D. Sistema Nacional de Educação articulado ao Plano Nacional de Educação. *Revista Brasileira de Educação*, 2010; 15(44):380-412.

14. Madeira DB. Promoção da saúde e prevenção de gravidez para adolescentes do ensino fundamental e médio da escola Coronel Silvino Pereira, no município de Coronel Fabriciano – Minas Gerais. Ipatinga, Minas Gerais; 2015.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Semana Saúde na Escola. Guia de sugestões de atividades. Brasília; 2012.

16. Santos TF, Silva JF, Nascimento MBC. Programa Saúde na Escola: contribuições e limites na perspectiva dos professores. In 7º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação. Anais. Sergipe, Brasil; 2016.

17. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Passo a Passo Programa Saúde na Escola (PSE) Tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.

18. Sousa MC, Espiridião MA, Medina MG. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-governamental e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(6):1781-1790.

# Programa Saúde na Escola em instituições de educação básica estaduais e municipais

Ana Cristina de Moraes\*  
Alessandra Crystian Engles dos Reis\*  
Rosa Maria Rodrigues\*  
Solange de Fátima Reis Conterno\*  
Karen Peres Hernandez\*  
Larissa Fungueto\*  
Tamara Tasca Faller\*

794

## Resumo

Em 2007 o governo federal instituiu o Programa Saúde na Escola para desenvolver, de forma intersetorial, ações de saúde na escola pautadas na integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde. Este estudo objetivou comparar a implementação do Programa Saúde na Escola em escolas da educação básica estaduais e municipais em cinco municípios paranaenses. Estudo exploratório de abordagem qualitativa realizado com professores, diretores e demais profissionais que foram entrevistados conforme roteiro estruturado com questões abertas e fechadas. Os dados foram submetidos à análise temática com auxílio do software Nvivo. Nas escolas municipais, a ênfase dos conteúdos trabalhados é para as atividades de alimentação e hábitos de vida saudável, nas estaduais estão voltadas para a sexualidade, prevenção de gravidez e violência. Nas escolas municipais a intersetorialidade emergiu como contribuinte no atendimento as demandas dos escolares e promoção de saúde, por meio de ações de melhoria na qualidade de vida dos escolares e de seus familiares. Nas Estaduais percebeu-se o distanciamento e falta de entrosamento entre os setores saúde e educação, prejudicando a qualidade das ações. Em ambas relatam falta de formação dos professores. Conclui-se que é preciso fortalecer a intersetorialidade, a integralidade e a formação dos profissionais para atuar no programa.

**Palavras-chave:** Educação. Saúde. Saúde Escolar.

## INTRODUÇÃO

As mudanças no trabalho educativo em saúde ocorreram de forma gradativa, mas, nos últimos trinta anos, o cenário da educação em saúde se transformou, a partir do avanço de saberes, práticas e iniciativas oficiais. As escolas passaram a integrar em seu cotidiano didático pedagógico as práticas e assuntos voltados a saúde do escolar, trabalho que foi possível pela integração dos Ministérios da Educação e Ministério da Saúde, que juntos buscaram formas de promoção e de prevenção em saúde<sup>1</sup>.

A atuação dos diferentes Ministérios emerge como necessidade de desenvolvimento de ações intersetoriais, desde o nível federal. Esta intersetorialidade permite que as esferas públicas possam se articular, sendo que as ações desenvolvidas na escola abordando

as temáticas de saúde podem promover modificações no cotidiano dos escolares e até mesmo de suas famílias. Desta interação, a saúde pode contribuir com a escola produzindo resultados positivos para toda a sociedade, desde que sejam implementadas de acordo com princípios pedagógicos democráticos, sustentadas cientificamente e que tomem os membros da comunidade escolar como sujeitos das práticas educativas e das ações assistenciais.

O desenvolvimento de ações de saúde na escola pode constituir-se em estratégia de formação de crianças, adolescentes, jovens e adultos para que tenham acesso aos conhecimentos acerca de promoção e prevenção de doenças e agravos de saúde, pois a escola é um espaço de formação crítica,

DOI: 10.15343/0104-7809.20184203782806

\* Universidade estadual do Oeste do Paraná. Cascavel/PR, Brasil.  
E-mail: mmrodri09@gmail.com

contribuindo para construção de conceitos que podem influenciar diretamente na produção social da saúde, cujas práticas devem formar indivíduos capazes de agir em defesa da qualidade de vida<sup>2</sup>.

Em 2007, a partir do Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, a atuação da saúde na escola tornou-se ação intersetorial entre os Ministérios da Saúde e Educação visando a promoção, prevenção, atenção e assistência de saúde aos escolares, seguindo os princípios e diretrizes do SUS. Estas são realizadas por meio de ações que conduzem a saúde até o ambiente escolar, proporcionando um cuidado individual e coletivo ao mesmo tempo, como forma de integração entre saúde e educação, família e comunidade<sup>3</sup>.

Suas ações devem estar contempladas no projeto político pedagógico da escola, como também integradas à atenção básica; o espaço escolar não deve ser entendido como local para realização de consultas médicas ou mesmo diagnóstico clínico-psíquico com objetivo de medicalização, mas um local onde sejam desenvolvidas a detecção de sinais ou sintomas de possíveis agravos de saúde, que serão atendidos fora do ambiente escolar<sup>2</sup>.

As atividades previstas no programa são divididas em três componentes. O componente I contempla as avaliações clínicas e psicossociais, no Componente II, as ações de promoção e prevenção de saúde e, no componente III, a formação dos profissionais para atuarem na sua execução<sup>2</sup>. Em sua concepção e execução emergem a integralidade, a intersetorialidade e a promoção da saúde como conceitos que devem guiar as ações. A integralidade pressupõe a existência de serviços que atendam as necessidades de saúde, em todos os níveis de assistência articulando as ações preventivas e assistenciais sem deixar de considerar a singularidade dos sujeitos que acessam os serviços de saúde, os quais devem ter suas necessidades individuais de saúde atendidas<sup>4</sup>. A intersetorialidade deve articular os diferentes setores envolvidos nas ações do programa, mas não deve se constituir em justaposição de diferentes agendas setoriais. Sua efetivação exige a negociação e inclusão,

na prática cotidiana dos profissionais que permitam construir saberes dialógicos e referenciados ao contexto, produzindo saúde na escola de forma eficaz<sup>5</sup>.

A promoção de saúde favorece a “produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde”. Para que ocorra a promoção de saúde, deve haver diálogo entre diferentes setores governamentais e da sociedade, com o objetivo de compartilhar tarefas, estratégias e responsabilidade pela qualidade de vida das populações<sup>6,28</sup> indo ao encontro da intersetorialidade acima descrita.

Estudo mostra que os enfrentamentos e dificuldades no desenvolvimento do programa podem envolver, desde recursos materiais, falta de pessoal para atuação, conflitos pessoais e políticos, ou mesmo parcerias e redes de apoio. Com isso entende-se que as avaliações sobre a implementação do programa podem contribuir significativamente para a melhoria dessas ações, apontando as divergências entre as recomendações e sua aplicabilidade<sup>7</sup>. A falta de formação dos profissionais para a atuação no programa está entre as dificuldades encontradas, uma vez que os sujeitos envolvidos desconhecem o seu funcionamento<sup>8</sup>.

Este estudo emergiu de uma pesquisa que estava andamento na qual se observavam diferenças entre a execução do PSE em escolas estaduais e em escolas municipais, motivo pelo qual se questionou como se desenvolvia o PSE em escolas estaduais e municipais, em cinco municípios que implantaram o PSE até o ano de 2012. Diante desta problemática o objetivo do estudo foi comparar a implementação do Programa Saúde na Escola em escolas da educação básica da rede estadual e municipal em cinco municípios paranaenses.

Pressupõe-se que as escolas municipais são atendidas em sua quase totalidade pelo programa nos municípios pesquisados, nas quais todas as ações previstas são implementadas; já nas escolas da rede estadual, nem todas as ações eram desenvolvidas e o PSE teria menos visibilidade.

## METODOLOGIA

Realizou-se estudo exploratório com abordagem qualitativa cujos dados foram coletados em cinco municípios (M1, M2, M3, M4 e M5), da região Oeste do Paraná que integram a 10ª Regional de Saúde e o Núcleo Regional de Educação de Cascavel/PR, os quais aderiram ao Programa Saúde na Escola e iniciaram a sua implantação até o ano de 2012.

Foram entrevistados, por meio de roteiro estruturado, composto por questões abertas e fechadas, professores, diretores ou outro profissional que atuava no desenvolvimento das ações do PSE nas escolas estaduais e municipais. Foram realizadas 59 entrevistas: 21 em M1, 16 em M2, 16 em M3, três em M4 e três em M5, as quais foram gravadas e transcritas integralmente.

As questões fechadas foram sistematizadas e distribuídas em frequências e para as questões abertas foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade de análise temática, obedecendo-se três etapas, sendo a primeira a pré-análise através do estudo direto e exaustivo do material, aproximando-se do conteúdo coletado.

Na segunda etapa, pela investigação do material foram identificadas as categorias, sendo os dados categorizados com auxílio do programa NVivo. Um *software* utilizado como suporte em métodos qualitativos de pesquisa, cuja versão utilizada foi *NVivo 11 Starter for Windows*, recomendado para análise de dados baseados em texto<sup>9</sup>.

A utilização de ferramentas digitais para auxiliar na sistematização de dados qualitativos é uma opção, quando se dispõe de uma quantidade considerável desse tipo de dados, como neste estudo. Assim, o *software* NVivo<sup>9</sup> se mostra como uma dessas ferramentas que pode contribuir para a organização e análise das informações qualitativas. As pesquisas em saúde têm utilizado este recurso com bons resultados.

Na última, realizou-se o tratamento dos resultados e interpretação dos dados obtidos destacando-se as informações relevantes para propor inferências e interpretações, a

partir dos fundamentos teóricos construídos. A Pesquisa foi aprovada conforme Parecer CEP no 1.134.653. Todos os sujeitos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Suas identificações foram preservadas pela atribuição de letras e números sequenciais (S1M1, S2M1... onde S=sujeito e M= município).

## RESULTADOS

O ambiente escolar foi considerado como um local onde se adquire conhecimentos, que contribuiriam com a promoção e prevenção de agravos de saúde, cuja atuação dos profissionais auxiliava para que esses assuntos ganhassem importância, tanto para os escolares quanto para suas famílias, proporcionando interesse nas questões de saúde e contribuindo com a integralidade das ações de saúde.

Identificaram-se fragilidades na implantação do programa expressas na falta de recursos, de formação profissional para trabalhar com o programa e de envolvimento das famílias, mostrando a necessidade de considerar estes elementos quando do planejamento das ações, com vistas a superá-los na prática cotidiana do PSE. Do processo de sistematização das falas dos profissionais das escolas estaduais emergiram as temáticas expressas no quadro 2.

Nas Escolas Estaduais, ganhou relevância a impotência do PSE, no acesso aos serviços de saúde pelos escolares, pois, estas crianças, que se encontravam em fase de transição entre a infância e adolescência não procuravam de rotina atendimento nas Unidades de Saúde, passando agora a ter esses atendimentos e conhecimentos nas escolas. A integralidade e acesso ao cuidado encontravam-se enfraquecidos. Destacou-se a necessidade de ações voltadas para prevenção de gravidez na adolescência, sexualidade e violência.

Ficou evidente a falta de articulação entre saúde e educação, mostrando a necessidade de se trabalhar a intersetorialidade entre as esferas de governo estadual e municipal; expandir as ações que integrassem, além dos escolares, suas famílias; o necessário aumento de recursos e que os profissionais direcionados

às atividades tivessem formação coerente com a função desempenhada, pois os assuntos trabalhados requeriam conhecimento e clareza na abordagem das informações.

Dentre os 59 entrevistados, 56 eram do sexo feminino e três do sexo masculino. A maioria dos sujeitos nas escolas municipais 27(71,1%) e nas escolas estaduais 9(42,8) eram formados em pedagogia. A segunda formação mais frequente foi a na graduação em letras, quando 6(15,8%) entrevistados nas escolas municipais e 5(23,8%), nas estaduais tinham esta formação. Os entrevistados ocupavam, na maioria, cargos na direção escolar nas escolas municipais 19(50%) e 10(47,7%), nas escolas estaduais. O tempo de atuação mostra que os profissionais atuavam há pouco tempo nos cargos e funções ou mesmo nas escolas, pois, tanto nas escolas municipais 30(79%), quanto nas estaduais 15(71,3%), a maioria dos sujeitos possuía tempo de atuação variando de zero a quatro anos.

Os profissionais das escolas municipais expressaram avaliação positiva das ações

desenvolvidas pelo PSE, nos componentes I, II e III cuja sistematização possibilitou a emergência das temáticas que estão representadas no quadro 1.

O ambiente escolar foi considerado como um local onde se adquire conhecimentos, que contribuiriam com a promoção e prevenção de agravos de saúde, cuja atuação dos profissionais auxiliava para que esses assuntos ganhassem importância, tanto para os escolares quanto para suas famílias, proporcionando interesse nas questões de saúde e contribuindo com a integralidade das ações de saúde.

Identificaram-se fragilidades na implantação do programa expressas na falta de recursos, de formação profissional para trabalhar com o programa e de envolvimento das famílias, mostrando a necessidade de considerar estes elementos quando do planejamento das ações, com vistas a superá-los na prática cotidiana do PSE.

Do processo de sistematização das falas dos profissionais das escolas estaduais emergiram as temáticas expressas no quadro 2.

**Quadro 1** – Temáticas emergentes das falas dos entrevistados nas escolas municipais em M1, M2, M3, M4, M5. Cascavel/PR, 2017.

<b>Implementação da alimentação saudável das crianças e a atuação da nutricionista</b>
<p>[...] na alimentação, [...] os alimentos vêm da agricultura familiar então [...] são bem saudáveis, temos também uma nutricionista que faz o cardápio e está sempre nos acompanhando, então evoluiu muito, a avaliação é positiva (S6M2).</p> <p>Eles dão importância, e têm um bom resultado, pois percebemos na alimentação deles depois. Os próprios pais incentivam, nós pedimos para que eles comentem e eles realmente percebem a diferença (S9M1).</p> <p>A nutricionista fez palestras com os pais, o que ajudou muito, pois muitas vezes nós falamos e não surte efeito, mas ela falando tem mais valor (S3M1).</p>
<b>Envolvimento da família nas atividades desenvolvidas pelo PSE como contribuinte para a eficácia das ações implementadas</b>
<p>Os pais acompanham, pois querem saber sobre o desenvolvimento dos filhos [...] (S1M1).</p> <p>[...] com o PSE as mães estão sendo incentivadas e a saúde das crianças melhorou (S10M1).</p> <p>[...] nós estamos preocupados com a prevenção e os familiares veem isso, nós tentamos ver o problema antes dele acontecer (S10M2).</p>

*continua...*

<b>Falta de envolvimento da família para com os escolares e a necessidade de estender as ações do programa até a família</b>
<p>[...] alguns pais se revoltam e aí encontramos essas dificuldades assuntos [quando a escola trata de temas envolvendo drogas e sexualidade, por exemplo] (S9M2). Nossa maior dificuldade é o envolvimento dos pais, uns trabalham o dia todo e não podem vir, ou mesmo por falta de interesse (S8M2). Trabalhar com os pais sobre conscientização a respeito de uso de álcool e drogas, pois alguns pais questionam a realização de eventos da escola que não tenham venda de bebida alcóolica (S15M1). As palestras se estendessem até os pais, pois temos questionado bastante que essa informação tem que chegar até os pais (S3M2).</p>
<b>Diagnósticos dos problemas das crianças e o pronto encaminhamento das questões de saúde identificadas</b>
<p>Tem dado mais trabalho, mas estamos sendo bem atendidos, temos prioridade na saúde e temos alcançado resultados (S6M2). Agora nós temos um fono do município, então já foi resolvido o problema. [...] Às vezes a gente faz até demais aqui na escola, de levar nas consultas, levar para casa com nosso carro (S1M5). Eu vejo um ponto positivo na questão, que quando começa as ações, são identificadas as crianças hipertensas, baixo peso, acima do peso, a questão do dentista que olha, faz avaliação, identifica (S2M4).</p>
<b>Falta de recursos humanos e de materiais</b>
<p>Sentimos falta de uma psicóloga para acompanhar nossas crianças (S7M2). Faltam profissionais disponíveis, como médicos, seria necessária a disponibilidade de exames para os alunos (S3M1). Faltam mais atividades e materiais específicos para nós trabalharmos com os alunos [...] (S3M3). [...] nós precisamos de profissionais de fora, porque só nós que estamos na escola, a gente acha que não funciona muito bem, que precisa de profissional de fora, e como a gente depende deles, às vezes não consegue agendar, ou agenda e o profissional desmarca (S1M5).</p>
<b>Falta de tempo específico para o desenvolvimento das atividades</b>
<p>Nós não temos um tempo direcionado para o programa, é mais uma função que nós pegamos para estar fazendo, a falta de tempo é que faz com que a coisa não ande mais (S8M3). O tempo por conta de um currículo muito fechado, e tem que conseguir contemplar tudo (S11, S12 e S13 M1).</p>
<b>Programa Saúde na Escola como gatilho para a mudança de hábitos entre os escolares e seus familiares</b>
<p>Depois que começamos trabalhar com o PSE, as crianças estão repassando em casa e os pais comentam que estão mudando seus comportamentos (S6M1).</p>
<b>Atuação intersetorial</b>
<p>Foi satisfatório, porque além de estarmos trabalhando aqui dentro com os profissionais da educação incentivando uma melhor alimentação, temos ajuda do pessoal da saúde, juntamente com os pais (S13M1). Como as ações são desenvolvidas em uma rede têm outras secretarias envolvidas, a escola tenta fazer o possível [...] (S10M2). Acho que o que está ao alcance eles realizam, então com essa questão intersetorial da saúde junto com a escola, há esses encaminhamentos (S8M3). [...] aí nisso entra a Pastoral da Criança, porque elas trabalham juntas (S1M4).</p>

<b>Falta de formação dos profissionais para atuarem no programa</b>
A falta de informação de como nós devemos trabalhar, certos assuntos com os alunos (S2M3). E eu nunca tive formação para participar, estou participando, mas nunca tive formação (S1M5).

Fonte: Dados coletados na pesquisa “Avaliação da implantação do Programa Saúde na Escola em municípios paranaenses”, 2017.

**Quadro 2** – Temáticas emergentes das falas dos entrevistados nas escolas estaduais em M1, M2, M3, M4, M5. Cascavel/PR,

<b>Setores de saúde e educação trabalhando em conjunto e promovendo o acesso aos atendimentos de saúde para os escolares</b>
Nós temos muitos alunos pobres e essas ações auxiliam o acesso dos alunos a saúde, o que contribuiu bastante para alcançar os objetivos (S3M2). [...] sempre que tem problema o professor já percebe e liga, pede ajuda para o posto, eles sempre estão nos auxiliando, agendando consultas quando precisam [...] (S2M5). Tem trazido mais possibilidades de buscarmos atendimentos que antes não conseguíamos na unidade, pois esta funciona apenas um dia na semana, então com o PSE conseguimos um atendimento melhor para o aluno (S3M1). [...] eu acho que é só dessa forma que o aluno consegue ir até o posto e fazer acompanhamento [...] (S1M4).
<b>Orientação e promoção de alimentação saudável e acompanhamento nutricional</b>
O que foi importante foi a questão da nutricionista acompanhando e fazendo o cardápio e também trabalhando com a família a reeducação alimentar, alimentação saudável (S4M2).
<b>Programa Saúde na Escola como impulsionador de mudanças de hábitos de vida saudável para os escolares e suas famílias</b>
Muitos alunos não têm isso em casa, os pais não passam, então eles têm muitas dúvidas, para eles muitas vezes é o único lugar para ter acesso às informações [...] (S2M1). A educação que a criança recebe na escola vai levar para a vida adulta, então se cuidar da saúde desde criança vai ser mais saudável (S1M2). Vai orientar eles, vai estar sempre ajudando, tanto a família como as crianças, na mudança de hábitos (S2M5).
<b>Ações realizadas foram insuficientes</b>
[...] são poucas atividades desenvolvidas e as famílias também não se comprometem no envolvimento, então sempre acaba se perdendo, de um lado ou de outro (S2M3). Mais palestras sobre a questão da saúde, sobre o calor, pediculose, higiene pessoal (S3M1). Eu acho que deveria trabalhar mais a enfermeira com palestras (S1M4). Acho que tem outras atividades que poderiam ter sido desenvolvidas com eles como gincanas, oficinas. Dá pra continuar desenvolvendo outras atividades (S1M5).

continua...

<b>Sobrecarga da escola pela grande demanda de diferentes projetos e atividades</b>
Acho que tá bom, até porque a escola não consegue encaixar tanta coisa, é tantos projetos, que vêm de fora também, é uma eterna correria, aí define grupos pra cada coisa, pra não ficar tão puxado para escola. O projeto é maravilhoso e tem que ser desenvolvido (S2M5).
<b>Participação dos pais nas atividades do programa e nos cuidados com os escolares</b>
Nós estamos sempre atentos no desenvolvimento deles, todos os profissionais da escola e fazemos um trabalho sempre próximo deles e dos pais, com a família e com o aluno, acompanhamos, encaminhamos no sentido da orientação (S6M2). Os pais se envolvem mais, para a escola veio para somar, pois agora podemos contar com a saúde e temos mais facilidade para chegar às pessoas responsáveis para as necessidades dos alunos (S3M1).
<b>Omissão dos pais quanto à participação e compromisso com a saúde dos escolares</b>
Tem pais que mandam os filhos doentes pra escola, pois a escola pega e leva na saúde pede pra consultar, pega o carro e vai em casa buscar os pais, mais depende, os pais têm que levantar de madrugada pegar ficha, é mais fácil mandar que a escola faz tudo, hoje a escola não transfere só conhecimento, faz muito do papel dos pais (S2M5). Quando a gente conversa aborda o assunto, eles mesmos falam que eles não conversam com os pais (S1M3). Palestras ou outras formas para trazer os pais para a escola, porque a responsabilidade é dos pais, então precisamos achar formas para trazer os pais e orienta-los quanto à saúde de seus filhos e a necessidade de procurar os órgãos competentes (S2M1).
<b>Desarticulação entre os setores de saúde e educação</b>
O olhar do pessoal da saúde deve ser mais constante, um olhar mais carinhoso para com a escola, gostaria que tivesse mais envolvimento da parte da saúde no programa, com a escola (S3M2). O ideal seria uma parceria estreita entre saúde e educação, além de recursos humanos, como profissionais Psicólogos e Assistente Social (S1, S4 e S5 M1). E por isso eu acho que esses assuntos, de saúde, devem ser trazidos cada vez mais para dentro da escola e se cada escola tivesse uma base de saúde, algum profissional de saúde inserido seria importante, apesar de estar longe de acontecer (S2M3).
<b>Falta de formação dos profissionais</b>
A dificuldade de conseguir falar com a criança sobre os assuntos de saúde por que nós não temos muita formação pra isso, pois acho que precisava de tempo e uma preparação (S5M3).
<b>Falta de profissionais para atuar no PSE.</b>
Falta profissionais para realizar o acompanhamento desses alunos (S1M2). A fragilidade da rede, falta [...] disponibilidade de profissionais (S4M1). Falta profissionais capacitados para isso (S2M5).

<b>Problemas sociais enfrentados pelas comunidades, transmissão de conhecimento e promoção de saúde na escola.</b>
<p>Eu achei que foi bem produtivo nas atividades de gravidez na adolescência, alimentação, sobre drogas e alcoolismo que é muito grande na região, a violência é muito grande, a realização de atividades físicas (S2M2).</p> <p>Se nós formos avaliar pelos trabalhos que nós fizemos como o de prevenção de gravidez, não surtiu efeito, o próprio município faz um levantamento do número de adolescentes grávidas e faz o acompanhamento delas, mas isso é depois delas engravidarem e não como prevenção, então não está tendo resultado (S7M3).</p> <p>É bom, orientá-los, nada do que você faz é em vão, eu acho que quanto mais você orienta mais você fala, alguma coisa vai ajudar e alguém vai atingir. Ajuda bastante orientá-las, tinha bastante meninas grávidas e agora parece que diminuiu (S2M5).</p> <p>Acho que deveria trabalhar mais a enfermeira com as palestras sobre gravidez, porque nós temos adolescentes de 13 e 14 anos grávidas [...] (S1M4).</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nas Escolas Estaduais, ganhou relevância a impotência do PSE, no acesso aos serviços de saúde pelos escolares, pois, estas crianças, que se encontravam em fase de transição entre a infância e adolescência não procuravam de rotina atendimento nas Unidades de Saúde, passando agora a ter esses atendimentos e conhecimentos nas escolas.

A integralidade e acesso ao cuidado encontravam-se enfraquecidos. Destacou-se a necessidade de ações voltadas para prevenção de gravidez na adolescência, sexualidade e

violência.

Ficou evidente a falta de articulação entre saúde e educação, mostrando a necessidade de se trabalhar a intersetorialidade entre as esferas de governo estadual e municipal; expandir as ações que integrassem, além dos escolares, suas famílias; o necessário aumento de recursos e que os profissionais direcionados às atividades tivessem formação coerente com a função desempenhada, pois os assuntos trabalhados requeriam conhecimento e clareza na abordagem das informações.

## DISCUSSÃO

As falas dos professores, especialmente nas escolas municipais valorizavam a atuação da nutricionista e a realização de atividades educativas voltadas para o cultivo de hábitos alimentares interferindo, de forma positiva, na vivência dos alunos e da família no que se refere ao cuidado com a alimentação. A legislação sobre a alimentação escolar atribui aos nutricionistas a responsabilidade técnica pela alimentação escolar cabendo-lhes elaborar os cardápios que serviriam de base para a aquisição de gêneros alimentícios<sup>10</sup>. Suas competências são de coordenação do diagnóstico, monitoração do estado

nutricional, planejamento do cardápio de acordo com a cultura alimentar local, com o perfil epidemiológico da população e a vocação agrícola da região de forma que acompanhe, desde a aquisição dos gêneros alimentícios, até a produção e distribuição da alimentação. Devem sugerir e desenvolver atividades de educação alimentar e nutricional nas escolas, ou seja, mesmo sem a existência do PSE, os nutricionistas deveriam ser incorporados ao serviço educacional, desde o planejamento até a execução de ações de segurança alimentar<sup>11</sup>.

No componente I do PSE, encontram-se as ações de acompanhamento do crescimento

e desenvolvimento dos escolares, cujos resultados têm corroborado as estimativas de desordens nutricionais nesta faixa etária. Estudo mostrou que 30,6%, entre 7.017 escolares encontravam-se com excesso de peso, condição enfrentada pela atuação dos profissionais de saúde e educação, a partir do diagnóstico daquela realidade<sup>12</sup>.

Nas Escolas Estaduais este tema foi menos frequente sendo citado em um município. Diferente da gestão municipal, a gestão estadual da educação por vezes é centralizada nos Governos Estaduais, pois diferente do setor saúde, a educação não conta com um “Sistema Único de Educação”<sup>13</sup> organizando-se e sendo responsável de diferentes entes federados, a depender do nível de oferta.

A diferença na valorização das ações e temáticas abordadas, nas Escolas Estaduais e Municipais pode ter relação com a faixa etária e estágio de desenvolvimento físico, mental e social dos escolares. Enquanto nas Escolas Municipais, as atividades concentravam-se, em sua maioria, em ações relacionadas a alimentação e hábitos de vida saudáveis, nas Escolas Estaduais a preocupação se concentrava nos problemas sociais que englobam gravidez na adolescência, uso de álcool e drogas

Dentre as mudanças que ocorrem na adolescência destacam-se a sexualidade e as mudanças psicobiológicas. A iniciação sexual cada vez mais precoce exige que o tema seja abordado pelas instituições de saúde e educação, neste sentido, o desenvolvimento das ações do PSE nas Escolas Estaduais permite que os profissionais da saúde, juntamente com os professores abordassem a educação em saúde no contexto da sexualidade, promoção da saúde e prevenção da gravidez e maternidade adolescente<sup>14</sup>.

A formação educacional, a partir do PSE busca garantir a aquisição de hábitos saudáveis, como também o reforço do papel da família, visando não apenas a promoção da saúde como a prevenção de diferentes doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, os educandos constituem um público vulnerável à publicidade de alimentos e aos modismos de dietas que podem ter repercussão importante

no consumo alimentar e, conseqüentemente, no estado de saúde<sup>15</sup>.

Nas Escolas Estaduais, a educação para aquisição de hábitos saudáveis era planejada para que esses conhecimentos adquiridos pelos escolares fossem repassados para suas famílias, afirmando-se que investir na educação de crianças e adolescentes seria uma das formas de proporcionar que se tornem adultos saudáveis, uma vez que os conhecimentos adquiridos, além de serem multiplicados poderiam ser incorporados à vida adulta, com reflexos positivos na saúde. Porém, mesmo reconhecendo a importância da educação em saúde, sabe-se que ela não é suficiente para garantir condições de saúde adequadas, pois estas exigem um conjunto de ações e condições socioeconômicas.

Saúde e educação partilham temas que possibilitam um trabalho harmônico para alcançar os objetivos comuns. A abordagem na escola das questões de saúde de maneira contextualizada motiva o professor e comunidade e pode contribuir para a formação de hábitos saudáveis que melhorem a qualidade de vida e o fazer coletivo<sup>16</sup>.

Nas Escolas Municipais o trabalho em conjunto e a parceria entre saúde e educação permitiu a assistência e o acompanhamento dos casos diagnosticados. Além dos setores públicos esta integração buscou alcançar as famílias, pois ao realizar essa aproximação entre os diferentes atores envolvidos o atendimento integral desta população poderia ser viabilizado.

Nas Escolas Estaduais, o acesso aos serviços de saúde é apontado como positivo, pois devido às baixas condições sociais das famílias, o programa possibilitou que os escolares fossem atendidos por profissionais de saúde e especialistas. O diagnóstico precoce e prevenção de agravos são apontados como contribuintes para a valorização e visibilidade do PSE, pois o programa é visto como o principal serviço de atendimento de saúde. Porém percebe-se nas falas dos entrevistados, que existiam barreiras e insuficiência quanto à disponibilização de profissionais e atendimentos ao setor de educação estadual,

diferentemente do que ocorre nas escolas municipais.

Um dos principais benefícios proporcionados pela implantação do PSE foi o acesso aos serviços de saúde, isso ocorre, pois as avaliações clínicas e psicossociais eram realizadas na escola, e os casos diagnosticados com maiores necessidades de cuidados e intervenções, encaminhados para a atenção básica de saúde, com agendamento oportuno e programado em parceria com a escola, fortalecendo a intersetorialidade<sup>17</sup>. Entretanto, não deixa de ser preocupante que a comunidade escolar encontre-se desassistida, pois sem o programa não acessariam os serviços de saúde, mostrando a desarticulação da Atenção Básica que deveria contemplar esta população em seu território, independente de ações específicas.

Nas Escolas Municipais chamou a atenção a atuação intersetorial que garantiu o sucesso na implementação das ações de PSE, uma vez que o trabalho em conjunto trouxe melhoria na atenção, pois a partir da avaliação de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional estes passaram por olhares mais atentos e constantes, permitindo um atendimento integral. Ressalta-se nas falas, o trabalho em conjunto dos setores de saúde, educação e serviço social.

Já nas Escolas Estaduais, o principal dificultador apresentado foi a falta de articulação entre os setores de saúde e educação. Relataram a dificuldade para encaminhar os casos diagnosticados com problemas de saúde na escola e, após serem encaminhados não haveria resposta quanto a conduta tomada, ou seja, nem sempre há a referência e contra referência entre os setores.

Isso, de forma geral pode ocorrer devido as esferas governamentais serem gerenciadas por diferentes autoridades, o que pode causar descontinuidade e falta de articulação, uma vez que se aponta ausência dos profissionais da saúde nas escolas estaduais, e ainda a resistência por parte desses profissionais e secretarias de atender as demandas apresentadas. Contudo emergiu nestas escolas, a ideia de que ações assistenciais deveriam ter bases dentro da escola ou mesmo de medicalização deste espaço, o que contraria

os objetivos do programa de acordo com as orientações ministeriais<sup>2</sup>.

Entende-se que para o alcance de seus objetivos é primordial, para as práticas do programa, a intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios das unidades escolares e equipes de saúde. Assim, a cooperação entre as políticas de saúde e de educação é fundamental para garantir às crianças, aos adolescentes e aos jovens, acesso às ações de saúde<sup>2</sup>.

A intersetorialidade é iniciativa oposta à fragmentação das políticas sociais, tornando-se fundamental na superação de ações parciais em saúde. No Brasil, a intersetorialidade é valorizada em diversas políticas públicas, a exemplo da Educação, Saúde e Assistência Social, mas o PSE prevê ainda a participação de outros setores e atores, conforme a organização de cada território. A integralidade, a territorialidade e a intersetorialidade são princípios que fundamentam o Programa<sup>18</sup>.

A abertura da escola para os projetos de saúde abrangendo educandos, educadores e comunidade possibilita a partilha de conhecimentos, quando uma relação dialógica se estabelece e fortalece o encontro entre saúde e educação.

Desse encontro, podem emergir soluções inovadoras considerando a estrutura, condições, coerência pedagógica e necessidades da escola ou dos educandos. Portanto, estratégias pedagógicas podem ser sugeridas ou enriquecidas, tanto pelos profissionais de saúde, quanto de educação, para que sejam coerentes com os fundamentos e os pressupostos de aprendizagem adotados e aceitos, caracterizando ação conjunta, respeitando-se as competências próprias de cada setor, assim como suas estratégias de atuação no que concerne à sua área técnica por excelência<sup>2</sup>.

Deve-se integrar a instituição familiar, uma vez que esta é o primeiro contato social da criança, a partir do qual ocorre sua formação biológica, psíquica e social; a família é aliada nas ações de prevenção e promoção de saúde. Nas Escolas Municipais destacou-se a

valorização da participação dos pais e familiares como contribuinte para a eficácia das ações implementadas possibilitando a resolução dos problemas encontrados e o frequente acompanhamento do desenvolvimento dos escolares, modificando, inclusive os costumes familiares.

Por outro lado, os profissionais apontaram a ausência da família e a sua falta de envolvimento vilusbrando a necessidade de estender as atividades do programa, para integrar os familiares nos cuidados aos escolares. A falta de participação da família ou mesmo a falta de aceitação dos diagnósticos e temas abordados pelo programa é uma das principais dificuldades apontadas. Os compromissos diários fazem com que os pais deixem de lado o acompanhamento cotidiano dos filhos; a falta de tempo e a confiança na escola, faz com que pais enviem seus filhos doentes, pois sabem que serão atendidos. Desta forma, os profissionais pediam por mais comprometimento dos pais para com os escolares, de forma que acompanhassem as atividades por eles realizadas.

O envolvimento da família, pais e responsáveis na agenda do PSE amplia o universo de cuidado ao qual se necessita envolver o educando. Essa parceria entre os setores de saúde e educação, famílias e comunidade agrega o cuidador no olhar atento a possíveis sinais e sintomas de doenças e pode ocasionar mudanças importantes e efetivas nos hábitos familiares, impactando inclusive o meio social como um todo<sup>2</sup>.

Já nas Escolas Estaduais, a abordagem quanto à participação da família era vista como positiva quando, ao integrar os setores de saúde, educação e família seria possível um acompanhamento integral do escolar, bem como maior envolvimento e comprometimento com as questões de saúde diagnosticadas. O trabalho sendo desenvolvido em conjunto torna mais efetivo o acesso aos responsáveis e a resolução se torna mais rápida.

Porém, para que isso seja possível é preciso um trabalho maior na conscientização das famílias, pois se avalia que a participação dos pais é insuficiente. Apontavam que a família

repassa muitas de suas responsabilidades para a escola; a desatenção e descuido dos pais impede que percebam alterações importantes na saúde e desenvolvimento de seus filhos o que pode estar relacionado à falta de conhecimento e de informação das famílias.

Estudo mostrou que o aspecto mais importante do PSE era a interação família, escola e comunidade; conhecimento construído acerca da importância dos cuidados com o corpo e da prevenção de doenças; mudanças nos hábitos de vida por meio da conscientização sobre a atenção básica à saúde. Concluindo-se que para os profissionais que atuam no PSE, essa parceria com a família deveria ser valorizada<sup>15</sup>.

Outra dificuldade apontada foi a falta de recursos humanos e materiais para o desenvolvimento das ações. Nas escolas Municipais, a dificuldade em trabalhar os assuntos sem materiais específicos para as características do público, ou seja, para determinada faixa etária, pois os materiais devem possuir uma linguagem que lhe corresponda, ao mesmo tempo em que apontavam a carência de um maior quantitativo profissional, tanto na área da educação, auxiliando no planejamento e organização das ações, quanto profissionais da saúde como odontologia, psicólogo, oftalmologista, educador físico, dentre outras necessidades de atendimento.

A mesma dificuldade foi encontrada em outro estudo, cuja ausência de material didático emergiu na fala de 70% de seus pesquisados, fato este que pode diminuir a efetividade do programa e tende a se agravar, caso o professor sinta-se desmotivado para buscar referências dos temas e para o desenvolvimento das ações<sup>15</sup>.

A falta de profissionais para atuar no PSE também foi um dos problemas apontados pelos profissionais que atuam nas redes estaduais dos municípios participantes, porém estas narrativas mostraram apenas a preocupação quanto ao quantitativo de profissionais, o que sugere que se havia deficiência em profissionais capacitados para atuar no programa, havia também um déficit nas ações desenvolvidas.

Dentre as necessidades apontadas para a melhoria no andamento do programa, nas escolas municipais estava o planejamento de um calendário escolar que contemplasse as ações do PSE, pois este foi implantado nas escolas, mas passou a ser apenas mais uma atividade a ser desempenhada em determinados períodos do ano letivo. Espera-se que com um projeto pedagógico que integre essas ações, o tempo seja otimizado para realizarem mais atividades, possibilitando o aprimoramento e, até mesmo a extensão do programa para a família e comunidade.

Nas Escolas Estaduais, as ações foram avaliadas como insuficientes, mostrando a fragilidade e carência de profissionais de diferentes áreas para trabalhar com os adolescentes, ainda, não é apenas a quantidade de ações questionadas, mas diferentes meios e recursos de ensino, tecnologias educativas que transcendam as tradicionais palestras, trazendo novas possibilidades de ensino-aprendizagem.

A implementação das ações previstas no PSE são possíveis após um passo essencial que é a formação inicial e continuada de profissionais das duas áreas, já previstos pelas políticas de saúde e educação, contudo o programa prevê a responsabilidade dos Ministérios em subsidiar e formular propostas de educação

permanente dos profissionais de saúde e da educação básica. A formação profissional é algo imprescindível para que se obtenham os resultados esperados, e por este motivo, esta prática representa um dos componentes previstos na implementação do PSE, contudo na avaliação do programa expressa nas falas dos entrevistados, mostra que havia falhas quanto às atividades de formação<sup>2</sup>.

Nas Escolas Municipais e estaduais destacou-se a realização das atividades sem formação dos profissionais atuantes; o trabalho é realizado de acordo com o entendimento e planejamento de cada município ou escola, o que gera dúvidas nos profissionais, principalmente quanto aos conteúdos e condutas a serem tomadas.

Em outro estudo, as dificuldades encontradas pelos profissionais concentravam-se justamente na falta de formação. O espaço escolar contribui para a realização das ações e as crianças passam a se interessar pelos assuntos pertinentes à saúde. Além disso, as secretarias de educação e saúde, não ofertaram curso de formação continuada em serviço. Tais atividades poderiam colaborar com o fazer do professor que multiplica as práticas bem sucedidas e gera oportunidades de construção de novos conhecimentos e aprendizagens<sup>8</sup>.

## CONCLUSÃO

A comparação do PSE nas escolas estaduais e municipais mostrou o programa melhor integrado nas escolas municipais do que nas estaduais. Nas escolas estaduais os problemas se diferenciavam, devido à faixa etária de seus escolares adolescentes, diferentemente das municipais que atende crianças. Assim a sexualidade, gravidez na adolescência e violência eram temas relevantes nas escolas estaduais e nas municipais destacavam-se os cuidados com a alimentação e hábitos saudáveis de vida.

Destacou-se a falta de formação dos profissionais nos dois ambientes permitindo

concluir-se que é preciso pensar em melhorias e aperfeiçoamento do programa para que este alcance seus objetivos de assistir as crianças e adolescentes em idade escolar de maneira integral. Para tanto, estratégias que visem a melhor integração entre a saúde e educação dos municípios se tornam importantes articulando efetivamente as ações nas escolas municipais e estaduais. A intersetorialidade efetiva pode garantir uma melhor assistência, assim como neste caso, a intrasetorialidade precisa ser fortalecida, pois observou-se diferença de desempenho do PSE nas escolas estaduais e municipais.

## REFERÊNCIAS

1. Graciano AMC, Cardoso NMM, Mattos FF, Gomes VE, Borges-Oliveira AC. Promoção da Saúde na Escola: história e perspectivas. *Revista de Saúde e Ciências Biológicas*, 2015; 3(1): 34-38.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília; 2015.
3. Brasil. Presidência da República. Decreto Presidencial Nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília; 2007.
4. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2004; 20(5):1411-1416.
5. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na escola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 21(6):1777-1788.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático de promoção de saúde. Projeto de terminologia de saúde. Brasília; 2012.
7. Cunha PF, Souza LFC, Koifman L, Oliveira GS. Implantação e implementação das ações do Programa Saúde na Escola em Nova Friburgo: o desafio de tecer redes de solidariedade. 2º congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível. Anais; 2013.
8. Santos NP, Santos MVS, Gomes MAV. Implantação e desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE) em uma escola no município de Marechal Deodoro, Alagoas. Política e gestão educacional. In I Congresso de Inovação Pedagógica em Arapiraca, Alagoas. Anais. Brasil; 2015.
9. QRS INTERNATIONAL. NVIVO 11 starter para Windows. sd. [acessado set 9, 2017]. Disponível em: <http://www.qsrinternational.com/nvivo-product/nvivo11-for-windows/starter>.
10. Brasil. Governo Federal. Lei Nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Brasília; 2009.
11. Brasil. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Conselho Deliberativo. Resolução/CD/FNDE Nº 38, de 16 de julho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. Brasília; 2009.
12. Batista MAS, Mondini L, Jaime PC. Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 26(3):569-578, jul-set 2017.
13. Saviani D. Sistema Nacional de Educação articulado ao Plano Nacional de Educação. *Revista Brasileira de Educação*, 2010; 15(44):380-412.
14. Madeira DB. Promoção da saúde e prevenção de gravidez para adolescentes do ensino fundamental e médio da escola Coronel Silvino Pereira, no município de Coronel Fabriciano – Minas Gerais. Ipatinga, Minas Gerais; 2015.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Semana Saúde na Escola. Guia de sugestões de atividades. Brasília; 2012.
16. Santos TF, Silva JF, Nascimento MBC. Programa Saúde na Escola: contribuições e limites na perspectivas dos professores. In 7º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação. Anais. Sergipe, Brasil; 2016.
17. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da educação. Passo a Passo Programa Saúde na Escola (PSE) Tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
18. Sousa MC, Espiridião MA, Medina MG. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gereencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(6):1781-1790.