



O USO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE: TENTATIVAS HISTÓRICAS DE INTEGRAR AS POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Patrícia Barreto Cavalcanti

Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB (1991). Bolsista de Produtividade do CNPQ Nível 2. Coordenadora e líder do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social – SEPSASS. Professora Associada IV da UFPB. E-mail: patriciaabcaval@gmail.com.

Carla Mousinho Ferreira Lucena

Mestre em Serviço Social pela UFPB (2015). Especialista em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (2012). Pesquisadora do SEPSASS.

Resumo: A Promoção da Saúde é considerada uma importante estratégia para a superação do desenvolvimento de ações meramente curativas e individuais direcionadas à saúde, as quais são características do modelo biomédico. A mesma propõe o desenvolvimento de ações assistenciais, preventivas e promocionais à saúde. Entretanto, essa proposta reflete inúmeros empecilhos, dentre eles destaca-se a materialização de ações intersetoriais entre as áreas de educação e saúde. O presente artigo é produto de uma investigação do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba e objetiva pôr em relevo tal problemática, considerando a relevância dessas duas áreas e as incursões históricas do Estado brasileiro em promover a saúde escolar. Dentre os achados mais relevantes percebeu-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 com articulação intersetorial dentro de um sistema que não favorece nada que não corrobore com sua sustentação.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Saúde na escola. Intersetorialidade.

THE USE OF THE PROMOTION OF THE HEALTH AND THE INTERSECTORIALITY: HISTORICAL ATTEMPTS TO INTEGRATE THE POLITICS OF HEALTH AND EDUCATION

Abstract: The Promotion of the Health is considered an important strategy for the overcoming of the development of curatives and individual actions mere directed to the health, which are characteristic of the

biomedical model. The same one considers the development of care activities, preventive and promotional actions to the health. However, this proposal reflects innumerable obstacles, amongst them it is distinguished materialization of intersectoral actions between the education areas and health. The present article is product of an inquiry of the Sector of Studies and Research in Health and Social Service of the Federal University of the Paraíba and objective to put in relief such problematic one, considering the relevance of these two areas and the historical incursions of the Brazilian state in promoting the health pertaining to school. Amongst the findings most excellent it was perceived that the Promotion of the Health represents an important mechanism of confrontation, therefore considers actions that involve the aspects of the prevention, promotion and attention. However, although to possess a character that goes of meeting to the characteristic reductionism of the biomedical model, it counts on innumerable obstacle, to start for the difficulties to inside undertake one practical one with intersectoral joint of a system that does not favor nothing that it does not corroborate with its sustentation

Keywords: Promotion of the health. Health in the school. Intersectorality.

Introdução

Para que a promoção da saúde seja materializada é necessária a articulação de diversos setores, bem como sujeitos para a realização de ações intersectoriais 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 localizado.

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 de saúde, entre outras atividades. Nessa perspectiva, não havia a compreensão de que a escola era responsável pelo bem-estar do aluno. Por conseguinte, se observa também que as respostas as demandas dos escolares eram dadas sem um planejamento prévio dos profissionais, sem, portanto, a obediência de um protocolo que levasse em consideração os preceitos filosóficos da escola. 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 preceitos 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 modificada. 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, e organizado 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, o qual foi marcado por forte crise, e, além disso, contou com a presença de epidemias, dadas as precárias condições de vida que a sociedade vivia associada à ausência de um sistema de saúde pública. Dessa forma, conforme sinaliza 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.

Cabe notar que 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 **reconstróem 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 (SILVA, 2010, pp. 75-76).

Referente ao modelo higienista, observa-se que esse 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, Júnior (2014) 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 era a responsável pelo atraso do Brasil em relação aos países europeus.

Considera-se que o marco inicial da saúde escolar no Brasil remeta 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, o qual 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 “reformatar” a sociedade por intermédio de ações baseadas em princípios higienistas e no pressuposto eugênico (NETTO, 1979 apud SILVA, 2010).

Desse modo, o que se pode 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, 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*¹ (SILVA, 2010).

O movimento preventista teve suas bases ancoradas no modelo flexeneriano 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*².

Paim e Almeida (1998) destacam dentre as diversas práticas de educação e saúde adotadas nesse período a *Saúde Comunitária*, a qual 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. Contudo, apesar do caráter articulador da proposta do Movimento de Saúde Comunitária (que objetivava estimular a articulação de práticas de educação e saúde numa perspectiva preventivista), quando materializada não favorecia a participação dos usuários, o que caracteriza de fato as ações de prevenção em saúde.

Oliveira (2005) ressalta que as críticas proferidas a esse modelo se relacionam ao seu caráter preponderantemente individualista e normativo, o qual desconsidera a percepção holística presente na *nova saúde pública*, e, além disso, não apreciam 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.

¹ Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986.

² O Relatório Lalonde foi o primeiro documento governamental acerca da Promoção à Saúde produzido no Canadá em 1978 que questionou a ênfase puramente biomédica com que os problemas de saúde eram tratados, ampliando assim com sua discussão o conceito do processo saúde-doença.

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, à 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*³ e da *VIII Conferência*⁴, os autores consideram que a implantação da *Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde*⁵ se configura como outro importante marco pela luta de mudança do modelo biomédico para o da promoção da saúde.

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

³ Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986, que expressou nos debates a necessidade de se romper a “endogenia” do setor saúde, ampliando o olhar para outros setores que interferem no processo saúde-doença.

⁴ VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, cujos debates e reflexões embasaram a construção do Sistema Único de Saúde.

⁵ Comissão criada em 2006, com o intuito de promover estudos sobre os Determinantes Sociais em Saúde e propor diretrizes para as políticas de promoção da equidade em saúde.

Saúde e da Educação passaram a desenvolver vínculos de cooperação, os quais 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 (EPS) 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*⁶ e pressupõe que cabe a 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 avigorada 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.

⁶ Relatório Final referente a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa.

- 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 (PELICIONI, TORRES, 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 PCNs se relacionam com a ideologia da EPS, destarte, os autores afirmam que essa relação representa um espaço adequado para que a escola se torne “[...] 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.

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. A implementação do Programa Saúde na Escola constou como uma das diretrizes do primeiro eixo desse programa, que tinha como objetivo a efetivação de ações intersetoriais (BRASIL, 2012).

Outras iniciativas também podem ser citadas, como é o caso do Programa Salto para o Futuro 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, que tem como objetivo a oferta educativa no contra turno para as escolas que apresentam um reles 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 conta 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.

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 cabendo 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. Entretanto, 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-se 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.

Dificuldades na promoção da saúde por meio da intersetorialidade entre as Políticas da saúde e educação

Quando paramos para refletir sobre a necessidade de articulação entre as políticas de educação e saúde inevitavelmente insurge o debate sobre a estratégia da intersetorialidade, 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 intersetorialidade 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.

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 tem se mostrado afeitas a tal avanço. Autores como Andrade (2004); Valadão (2004); Mendes (2006); Papoula (2006); Monnerat e Souza (2010); Inojosa (2001) e Junqueira (1996), já apontaram como são complexos os caminhos que levam a 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 tem 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 intersectoriais 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 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.

Julga-se que essa problemática complica sobremaneira o alcance da intersectorialidade, pois se verifica que diante da dificuldade em contornar a instituição de práticas que favorecem uma lógica que não intersectorial, nota-se a tendência de designar ao profissional a responsabilidade por romper com essa lógica e traduzir a intersectorialidade 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.

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

Em contraposição a esse trabalho articulado/partilhado, o que se observa é que há a preponderância do setor saúde em relação à educação no desenvolvimento dessas ações.

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).

Nesse contexto, observa-se a predileção pela reprodução de modelos formatados, pré-estabelecidos, e o desenvolvimento de propostas mais adequadas às realidades locais acaba sendo comprometido pelas dificuldades sugeridas por Silva e Caballero (2010), dentre as quais a inadequação de ações que foram originalmente pensadas para realidades específicas, nem sempre adequadas a todas as realidades escolares.

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.

Gomes (2012) acredita que a intersetorialidade 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.

Pois, conforme afirma Silva (2010, p. 197), para o desenvolvimento de ações intersetoriais “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 intersetorial supõe implementar uma nova institucionalidade social" (CEPAL 1998, p. 175).

Considerações Finais

É num contexto de dificuldades que se estabelece a articulação entre as áreas da saúde e da educação em cotejo à promoção da saúde. Importantes entraves têm sido apontados na literatura pertinente ao tema, que cabe ressaltar, considera-se ainda escassa. Em estudos realizados por diversos autores, têm sido identificadas problemáticas semelhantes no processo de implementação e condução das propostas dos programas sociais e iniciativas públicas no sentido de desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde do escolar.

A compreensão quanto ao conceito de promoção da saúde por parte dos profissionais que atuam nas duas áreas tem sido apontada como uma dessas problemáticas. Os mesmos têm considerado como sendo um aspecto 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.

Por outro lado, as políticas sociais que representam as duas áreas (saúde e educação) tem uma trajetória histórica marcada por sobreposições de ações, descompassos (entre ambas) e por uma série de problemas estruturais (desfinanciamento progressivo, princípio da privatização e ausência de planejamentos bem alicerçados), o que compromete, sobretudo, os arranjos intersetoriais entre elas.

Referências

ANDRADE, Luís Odorico Monteiro. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. 2004. 364 f. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo.

BRASIL. **As Cartas de Promoção da Saúde Projeto Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde – Brasília, 2002.

_____. 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://189.28128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2014.

_____. 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 jan. 2014.

_____. **Constituição Federal**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>> Acesso em: 17 dez. 2012.

_____. 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.

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

CEPAL. **Panorama Social da América Latina 1997**: Agenda Social. Santiago do Chile: CEPAL; 1998.

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.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti Machado; ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.15, nº.2, mar. 2010.

GOMES, Livia Cardoso. **O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro**. 2012. Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro.

INOJOSA, Rose Marie. **Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersetorialidade**. São Paulo: Cadernos FUNDAP, 2001; 22 (1): p.102-110. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

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

JUNIOR, Silva Aristides. **Programa Saúde na Escola: limites e possibilidades intersetoriais**. Tese de Doutorado em Educação, UFMT, Cuiabá, 2014.

JUNQUEIRA, L.A.P. A descentralização e a gestão municipal da política da saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 1, n. 1, pp.21, 1996.

MENDES, E.V.A. APS no Brasil. In: _____ (org.). **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.

_____. **Uma agenda para a saúde**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

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

MONERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**, Brasília, v.12, n.26, p.200-220, jan./ jun. 2010.

MS. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 533-535, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2014.

OLIVEIRA, D.L. A “nova saúde pública” e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, maio-junho 2005, 13 (3): 423 -431. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 15 dez. 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Escuelas promotoras de la salud - entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras**. Comunicación para la salud. no.13. Washington DC., OPS/OMS, 1998.

PAIM, J.S; ALMEIDA, F.N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, USP/São Paulo, 32 (4): 299-316, 1998.

PAPOULA, S.R. **O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores**. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2006; 186p.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; TORRES, André Luis. **A Escola Promotora de Saúde**. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Prática de Saúde Pública. Série Monográfica. São Paulo. 1999

ROCHA, D.G.; MARCELO, V.C.; PEREIRA, I.M.T.B. Escola Promotora de Saúde: Uma Construção Interdisciplinar e Intersetorial. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 12(1): 57-63, 2002.

SANTOS, Débora de Souza. **Ações intersetoriais de Educação e Saúde: Entre teoria e prática**. Dissertação. Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem das Faculdades de Ciências Médicas da universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

SILVA, Carlos dos Santos. **Promoção da saúde na escola: Modelos Teóricos e Desafios da Intersetorialidade no Município do Rio De Janeiro**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010.

SILVA, Carlos dos Santos; PANTOJA, Avamar Filgueira. 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.

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 63(5): p.762-769, set-out, 2010.

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. (org.). **Residências em Saúde: Fazeres e Saberes na Formação em Saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 61-74p.

SILVEIRA, G.T.; PEREIRA, I.M.T.B. Escolas Promotoras de Saúde ou Escolas Promotoras de Aprendizagem/Educação? In: A.M.C. Levefre & F. Levefre (Orgs.). **Promoção de Saúde: a negação da**

negação. [S.l.]: Barba Ruiva, 2007. Recuperado em 05 dez. 2009: jiasa.libertar.org/jiasa_textos/lefevre_-_promocao_de_saude.doc

TUSSET, Dalila. **Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal**. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2012.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na Escola: um campo em busca de um espaço na agenda intersetorial**. Tese. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo – SP. 2004.

Recebido em: 22/07/2015.

Aceito em: 18/01/2016.