

Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa

Axes of action of the School Health Program and Health Promotion: an integrative review

Iraneide Etelvina Lopes¹, Júlia Aparecida Devidé Nogueira², Dais Gonçalves Rocha³

DOI: 10.1590/0103-1104201811819

RESUMO Esta revisão reflete sobre a fundamentação e os eixos do Programa Saúde na Escola (PSE) e sua articulação com as concepções de Promoção da Saúde (PS). A revisão integrativa permite combinar estudos com diferentes abordagens metodológicas e foi realizada nas bases científicas nacionais. Os 38 artigos selecionados foram agrupados e analisados consoante os eixos de ação presentes na normativa do PSE. Aspectos conceituais e metodológicos adotados na concepção e na operacionalização dos estudos e da PS foram analisados criticamente. Referenciais de PS na diretriz do programa e na maior parte dos estudos se misturam ao modelo preventivista, centrado em ações fragmentadas e individualizadas. Pesquisas sobre o PSE devem aproximar teoria e prática, fortalecendo princípios como integralidade (do saber, do sujeito e do cuidado), intersectorialidade (metodológica e prática) e participação social, e reconhecer os determinantes sociais da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde escolar. Prevenção de doenças. Promoção da Saúde.

ABSTRACT *This review reflects upon the theoretical basis and the axes of the School Health Program (SHP) and its articulation with the conceptions of Health Promotion (HP). The integrative review allows to combine studies with different methodological approaches and was carried out in the national scientific basis. The 38 scientific articles were grouped and analyzed according to the axes of action present in the regulation of the SHP. Conceptual and methodological aspects adopted in the conception and operationalization of the studies and of the HP were critically analyzed. References of HP in the program guideline and in most of the studies merge with the preventive model, centered on fragmented an individual actions. Researches about SHP should approximate theory and practice, strengthening principles such as integrality (of knowledge, of subject and of care), intersectoriality (methodological and practical) and social participation, and recognize the socials determinants of health.*

KEYWORDS *School health services. Disease prevention. Health Promotion.*

¹Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amapá (Ifap) - Porto Grande (AP), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0350-8649>
iraneide.lopes@ifap.edu.br

²Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Educação Física - Brasília (DF), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0318-1973>
julianogueira@yahoo.com

³Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Ciências da Saúde - Brasília (DF), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1103-5930>
daisrocha@yahoo.com.br



Introdução

Políticas e programas públicos de saúde e de educação são fundamentais para a formação cidadã e para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população¹. Melhores níveis de educação estão relacionados a uma população mais saudável, assim como uma população saudável tem maiores possibilidades de se apropriar de saberes e conhecimentos da educação formal e informal². A escola, além de transmitir conhecimentos sobre a saúde, organizados em disciplinas, deve, também, educar e desenvolver valores e posturas críticas relacionadas à realidade social e aos estilos de vida, em processos de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e que favoreçam a autonomia e o empoderamento para a Promoção da Saúde (PS)^{3,4}.

Considerando que os hábitos, as atitudes e crenças formados durante a infância e a adolescência têm grandes chances de serem perpetuados até a vida adulta⁴ e que a maior parte das crianças e dos adolescentes brasileiros está na escola (98,6% das crianças de seis a 14 anos e 85,0% dos adolescentes de 15 a 17 anos)⁵, encontramos nas comunidades escolares *loci* privilegiado de desenvolvimento das ações de prevenção de riscos e agravos, de educação em saúde e de PS^{2,4}. No entanto, há que se destacar que as perspectivas de PS, educação em saúde ou prevenção de agravos, interpretadas e ressignificadas pelos atores envolvidos nas ações locais, diferem em seu potencial transformador da realidade⁶.

A PS pode ser compreendida como

um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial [...] buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social⁷⁽⁷⁾.

Já a prevenção de agravos se dirige à mudança de comportamentos ou fatores de

risco na perspectiva individual⁶, buscando disseminar regras de comportamentos saudáveis (por exemplo, não fumar e fazer dieta e atividade física), e encontra na educação em saúde, particularmente, nas ações educativas tradicionais, uma de suas vertentes mais difundidas⁸. Um contraponto ao modelo preventivista, assistencialista e informativo (ao invés de formativo) em saúde são os programas de PS, que, reconhecendo a centralidade dos determinantes sociais nos processos de saúde e adoecimento, favorecem a participação social e o empoderamento para desenvolver respostas integrais e sustentáveis aos problemas identificados^{6,9}.

Orientada pelos referenciais teóricos de PS alinhados com a Carta de Ottawa⁸, a normativa nacional interministerial (Decreto nº 6.286/2007)¹⁰, que cria o Programa Saúde na Escola (PSE), afirma que o Programa busca atender à formação integral e ao desenvolvimento da cidadania de estudantes da educação básica. Fundamentado nos princípios da intersetorialidade e da territorialidade, o PSE deve se materializar na parceria entre escola e unidade básica de saúde como espaço de convivência social que possibilite o estabelecimento de relações favoráveis à PS^{2,4}.

A normativa¹⁰ indica, ainda, que a operacionalização do Programa deve ocorrer baseada em eixos de ações, agrupados em cinco componentes: i) avaliação clínica e psicossocial dos estudantes; ii) ações de PS e prevenção de doenças e agravos; iii) educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde e de jovens para o PSE; iv) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; e v) monitoramento e avaliação do PSE. Nota-se que, ao passar para o processo de operacionalização, a fundamentação teórica esbarra na historicidade dos processos e na concretude das realidades, da territorialidade e dos profissionais envolvidos nas dinâmicas de construção das ações em saúde na escola e mistura iniciativas complementares de atenção à saúde (diagnóstico clínico e social, estratégias de triagem e encaminhamento aos serviços de saúde); de

educação em saúde (formação e capacitação); de prevenção às doenças e agravos; e de PS^{2,11}.

Embora complementares, as diferenças teóricas presentes nos enfoques de prevenção de agravos, educação (ou letramento) em saúde ou de PS⁸ mantêm especificidades conceituais ligadas a visões de mundo e a projetos de sociedade diferentes e conflitantes, que se expressam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas relativas aos seus saberes e conhecimentos⁶. Tais questões afetam diretamente tanto a produção de conhecimentos quanto a formação profissional e a realidade dos serviços em saúde e educação^{2,9}, incluindo o PSE.

A presente revisão de literatura identificou estudos científicos sobre o PSE, agrupou e analisou as práticas e ações reportadas ou investigadas, identificou evidências (recorrentes ou discrepantes) relativas aos componentes que orientam os eixos de ação do PSE e teceu reflexões críticas, apoiada nos referenciais teóricos da PS¹², sobre a concepção e a operacionalização tanto das práticas no PSE quanto das publicações encontradas.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre o PSE, realizada a partir de artigos científicos publicados em periódicos indexados desde a criação do programa (em 2007) até dezembro de 2017. O método de revisão integrativa permite a combinação de estudos com diferentes abordagens metodológicas, mantendo o rigor da revisão por meio das seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; análise dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e reflexões pertinentes aos estudos¹³.

Devido ao interesse temático marcadamente nacional, as bases de dados consultadas foram:

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Periódicos Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). O descritor utilizado foi 'Programa Saúde na Escola'. Critérios de inclusão foram inseridos, sempre que possível, no item de 'pesquisa/busca avançada' para delimitar as buscas por: descritor (PSE), ano da publicação (entre 2007 e 2017), tipo de material (artigo científico), disponível na íntegra (online), idioma (português) e local (Brasil). Em janeiro de 2018, obtivemos 2765 resultados no Periódicos Capes, 256 na BVS, e 12 no SciELO.

A seleção das referências e da leitura dos títulos e resumos permitiu aplicar mais dois critérios de inclusão: ter sido publicado em periódico indexado e ter o descritor 'Programa Saúde na Escola' no título, no resumo e/ou nas palavras-chave. Permitiu, ainda, excluir materiais duplicados, teses, dissertações, documentos ou pesquisas institucionais, textos publicados em anais de eventos e/ou artigos que não centraram suas análises no PSE, apenas o citavam como exemplo de política ou programa público. Nessa etapa de seleção, quando havia dúvidas, dois pesquisadores debatiam sobre a manutenção ou exclusão do artigo.

Procedeu-se, então, à leitura completa de 38 artigos. Suas principais características (autor e ano, objetivos, participantes ou informantes-chave, região em que o estudo foi realizado, abordagem metodológica e resultados) foram identificadas e tabuladas. A seguir, os artigos foram agrupados de acordo com os componentes que orientam os eixos de ação do PSE na normativa nacional¹⁰, a partir de suas contribuições centrais (os resultados reportados e/ou as práticas e ações investigadas), com base no julgamento de duas pesquisadoras. Por fim, foram ordenados por ano de publicação.

Cabe destacar que, entre os cinco eixos de ação descritos na normativa do PSE¹⁰, dois foram agrupados nas análises, e os resultados da revisão são apresentados sistematizados em quatro quadros: i) avaliação clínica e psicossocial

dos estudantes, junto com monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; ii) ações de PS e prevenção de doenças e agravos; iii) educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens para o PSE; e iv) monitoramento e avaliação do PSE. Os quadros buscam facilitar a identificação de evidências (recorrentes ou discrepantes) relativas aos componentes que orientam os eixos de ação do PSE. Por fim, os resultados são analisados frente a aspectos conceituais e metodológicos adotados na concepção e na operacionalização da PS.

Resultados

As principais contribuições de cada um dos 38 artigos selecionados são apresentadas nos quadros 1, 2, 3 e 4, de acordo com sua

aproximação a um dos componentes que orientam os eixos de ação do PSE.

Ao agrupar estudos que abordaram ou reportaram ações de avaliação clínica e psicossocial e/ou de monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes, é possível identificar que os estudantes de diversas regiões do Brasil apresentam comportamentos e fatores de risco à saúde, tais como uso de drogas, participação em *bullying* e excesso de peso coexistindo com desnutrição (*quadro 1*). Todos os estudos sobre avaliação de saúde de escolares apresentaram abordagem quantitativa, reportando os resultados como prevalências de comportamentos de risco a partir da utilização de questionários. Nenhum teve característica de monitoramento, considerado como um processo periódico, com abrangência nacional ou regional.

Quadro 1. Estudos agrupados nos componentes de avaliação clínica e psicossocial ou da saúde dos escolares do Programa Saúde na Escola (PSE)

Referência	Objetivo (com participantes e localidade) e abordagem metodológica	Principais Resultados
Giacomozzi et al. ¹⁴	Investigar o uso de álcool e outras drogas e as vulnerabilidades relacionadas em adolescentes. Florianópolis, Santa Catarina. Quantitativa.	30,1% usam álcool; 20,1%, tabaco; 7%, maconha; 1,3%, cocaína; 0,6%, crack. Estudantes que usam álcool e drogas faltam mais aulas, participam mais de brigas e são sexualmente mais ativos.
Brito e Oliveira ¹⁵	Realizar diagnóstico situacional do <i>bullying</i> e autoestima em adolescentes. Olinda, Pernambuco. Quantitativa.	67,5% já presenciaram ou sofreram <i>bullying</i> . Alunos têm diversos papéis, havendo associação com sexo/gênero e autoestima dos envolvidos no <i>bullying</i> .
Honório e Hadler ¹⁶	Analisar os fatores associados à obesidade em crianças. Goiânia, Goiás. Quantitativa.	21,4% têm excesso de peso, e 1,3% desnutrição. Fatores associados com obesidade: mamar mais que seis meses, sedentarismo e mastigação rápida.
Izidoro et al. ¹⁷	Analisar a relação entre o estado nutricional e o desempenho escolar em crianças. Belo Horizonte, Minas Gerais. Quantitativa.	22% têm excesso de peso, e 1,7% desnutrição. 74,6% tiveram baixo desempenho escolar na prova. Crianças acima do peso apresentaram pior resultado nas tarefas de escrita e aritmética.
Pereira et al. ¹⁸	Avaliar condições de saúde por meio de indicadores de aptidão física em crianças. Belo Horizonte, Minas Gerais. Quantitativa.	Média do IMC de meninos e meninas dentro de zona saudável. Testes de resistência aeróbia, força abdominal e de flexibilidade apresentaram valores considerados de risco para a saúde.
Pereira et al. ¹⁹	Conhecer a prevalência dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adolescentes. Imperatriz, Maranhão. Quantitativa.	13,3% têm sobrepeso e obesidade. Fatores de proteção foram: alimentos saudáveis (arroz, feijão e frutas), com maior consumo entre meninas; e atividade física, mais prevalente em meninos. Exposição ao cigarro, a drogas ilícitas e álcool não difere entre sexos.

Fonte: Elaboração própria.

IMC - Índice de Massa Corporal.

Quanto às ações de PS e prevenção de doenças e agravos desenvolvidas no contexto do PSE, os estudos mostram que diversas atividades são realizadas (e analisadas), mas muitas ainda mantêm seu foco nos processos de prevenção de doenças e agravos, numa perspectiva clínica e por meio de práticas fragmentadas, tais como: saúde ocular, nutricional, sexual e reprodutiva, entre outras (*quadro 2*). Embora não haja registro

explícito de que as ações tenham sido de PS, algumas experiências começam a relatar certa superação do modelo assistencialista em saúde, com aproximações a alguns princípios de PS, em particular, o empoderamento e a participação social. A maioria dos estudos foi de abordagem qualitativa e teve abrangência nacional (seja como revisão de literatura, de documentos ou por dados secundários).

Quadro 2. Estudos agrupados no componente de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no Programa Saúde na Escola (PSE)

Referência	Objetivo (com participantes e localidade) e abordagem metodológica	Principais Resultados
Prado e Lima ²⁰	Revisar a literatura sobre as ações básicas de saúde ocular entre os enfermeiros vinculados ao PSE. Brasil. Qualitativa.	Atuação do enfermeiro é importante para a triagem de doenças oculares. Presença da equipe de saúde no ambiente escolar deflagra uma série de benefícios para a PS do escolar.
Teles ²¹	Discutir a medicalização do fracasso escolar e as políticas educacionais, com foco na nutrição. Brasil. Qualitativa.	A desnutrição, reconhecida como produtora do fracasso escolar, subsidia ações do PSE. Mas o discurso medicalizante pode naturalizar o fenômeno através de concepções reducionistas que não contribuem para a superação do fracasso escolar.
Assis e Jorge ²²	Refletir sobre as doenças negligenciadas e a PS nas propostas curriculares dos estados e nos documentos do PSE. Brasil. Qualitativa.	Doenças negligenciadas pouco aparecem nos currículos de ciências; são ignoradas nos documentos do PSE; e têm pouco incentivo para articulação entre atores do PSE.
Machado et al. ²³	Descrever as ações desenvolvidas pelas ESF no PSE a partir de dados secundários (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ). Brasil. Quantitativa	Realização expressiva, mas heterogênea, de atividades na escola em todas as regiões (Norte é a que mais se destaca, seguida de Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste). Predominam as práticas preventivistas e individualistas.
Carvalho ²⁴	Analisar ações da saúde no PSE como práticas pedagógicas e verificar seu alinhamento à PS. Duque de Caxias e Nova Iguaçu, Rio de Janeiro. Qualitativa.	Em alguma medida, as ações superam o modelo assistencialista da atenção em saúde, que prioriza o indivíduo e partes dele, e desenvolveu algumas ações com foco na coletividade.
Bringel et al. ²⁵	Analisar posturas e estratégias em educação sexual e reprodutiva em sala de aula, por professores e um gestor. Juazeiro, Bahia. Qualitativo	A atuação dos educadores não encontra sustentabilidade no PSE. Os professores desconhecem o programa. O tema deve ser socializado e horizontalizado para promover a integração do conhecimento pelo PSE.
Batista; Mondini e Jaime ²⁶	Descrever ações de alimentação escolar relacionadas à prevenção do excesso de peso em estudantes. Itapevi, São Paulo. Quantitativa.	67% das escolas realizam atividades curriculares sobre os temas de alimentação e atividade física. Alimentos ultraprocessados prevalecem (68,4%) nos lanches da manhã e da tarde, e alimentos minimamente processados (92,4%) no almoço. 30,6% dos alunos têm excesso de peso.

Fonte: Elaboração própria.

Os estudos agrupados para refletir sobre a educação permanente e a capacitação de profissionais e de jovens para o PSE apontam um expressivo desconhecimento sobre o programa ou visões reducionistas sobre ele, seja na esfera normativa, conceitual e/ou prática; e a pouca

participação social (*quadro 3*). Apenas um estudo abordou o desenvolvimento de capacidades na perspectiva dos estudantes. Todos os demais se referiram à capacitação dos profissionais. A maior parte dos estudos tem características descritivas e abordagem qualitativa.

Quadro 3. Estudos agrupados no componente de educação permanente e capacitação de profissionais da educação e saúde e de jovens para o Programa Saúde na Escola (PSE)

Referência	Objetivo (com participantes e localidade) e abordagem metodológica	Principais Resultados
Jacóe et al. ²⁷	Verificar percepção dos profissionais da saúde sobre o PSE. Belo Horizonte, Minas Gerais. Quantitativa.	A despeito de defender a relevância do PSE para a comunidade local, 34,1% dos profissionais não souberam identificar, e 36,4% não souberam avaliar o PSE.
Oliveira et al. ²⁸	Apresentar reflexões sobre as relações da EF com o PSE nas visões dos professores. Vitória, Espírito Santo. Qualitativa.	Pouca clareza sobre como a EF pode ajudar a implementar o PSE. Relação reconhecida a partir do eixo 'Promoção das práticas corporais/atividade física', mas inexistência de projetos sobre o tema na escola.
Schuler et al. ²⁹	Apresentar a trajetória dos adolescentes multiplicadores na visão dos adolescentes e do grupo de trabalho. Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. Qualitativa.	Ações dos multiplicadores favorecem o diálogo e o acesso aos serviços na perspectiva integral. Vão para além da escola: melhoram diálogo em casa e com amigos, disponibilizam preservativos, ajudam na caderneta de saúde do escolar, aproximam profissionais da rede e induzem ao protagonismo juvenil.
Tusset et al. ³⁰	Identificar a presença de domínios de competências em PS nos discursos de profissionais e na normativa do PSE. Brasília, Distrito Federal. Qualitativa.	Profissionais da saúde e da educação relatam práticas parcialmente convergentes com oito dos nove domínios; 'avaliação e pesquisa' não foi identificado. A normativa não apresenta os domínios 'comunicação' e 'advocacia'; 'avaliação' teve convergência parcial, pois não abrangeu 'pesquisa'.
Cord et al. ³¹	Identificar significações sobre dificuldade de aprendizagem em profissionais da saúde e da educação. Florianópolis, Santa Catarina. Qualitativa.	Compreensão reducionista: o PSE pode contribuir para superar dificuldades de aprendizagem (percebidas como decorrentes de problemas do aluno - pouca renda, desestruturação familiar ou outros - e, em menor escala, de práticas pedagógicas e políticas educacionais) por meio de diagnóstico e medicalização.
Camargo ³²	Investigar a aversão à gordura a partir de profissionais da atenção básica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Qualitativa.	Visão reducionista. Excesso de gordura é tratado como doença que acarreta muitas outras, visto como uma característica inerentemente negativa, que necessita ser corrigida e prevenida sempre e a cada instante, em toda população.
Mota e Andrade ³³	Contribuir para a reflexão da atuação de profissionais da educação e da saúde em ações de educação para a saúde. Vitória, Espírito Santo. Qualitativa.	Temas específicos resultantes dos encontros contribuíram para a produção de instrumento educacional das atividades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que pode ser utilizado pelo PSE para promover educação em saúde na área de atenção às urgências junto à população em idade escolar.

Fonte: Elaboração própria.

EF - Educação Física; PS - Promoção da Saúde.

Por fim, a maioria dos estudos selecionados apresentou uma aproximação com o componente monitoramento e avaliação do PSE, destacando percepções sobre normas ou princípios do programa que carecem de atenção ou reorientação e apontando questões relacionadas à falta de equidade, intersetorialidade, integração e participação social em todos os níveis de ação e tomada de decisão (*quadro 4*). A maior parte desses estudos foi qualitativa e abordou análises e/ou avaliações dos processos de implementação

ou desenvolvimento do programa por meio de entrevistas com profissionais (gestores inclusive). Alguns recorreram à análise documental; mas nenhum dos estudos realizou um monitoramento sistemático e periódico, efetuado por comissão intersetorial, como indica a normativa nacional do PSE¹⁰. O compilado desses estudos permite afirmar que faltam instrumentos robustos de avaliação em PS e que existem limitações gerenciais na execução e no registro do PSE, o que dificulta aferir sua efetividade.

Quadro 4. Estudos agrupados no componente de monitoramento e avaliação do Programa Saúde na Escola (PSE)

Referência	Objetivo (com participantes e localidade) e abordagem metodológica	Principais Resultados
Ferreira et al. ³⁴	Analisar a percepção de gestores sobre intersetorialidade. Curitiba, Paraná; Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; Brasília, Distrito Federal; Olinda, Pernambuco; Manaus, Amazonas. Qualitativa.	Gestores têm conhecimentos para o trabalho intersetorial, mas são necessários ajustes conceituais e capacitações para superar o atual modelo de gestão. Não há participação dos estudantes na definição de prioridades e no planejamento das ações.
Santiago et al. ³⁵	Relatar a experiência da implantação do PSE por uma equipe da ESF. Fortaleza, Ceará. Qualitativa.	Implantar o PSE permitiu aos profissionais de saúde perceber seu papel social de educar; e um maior contato dos adolescentes com a ESF, aspectos fundamentais para transformar informações em práticas saudáveis.
Tabosa et al. ³⁶	Refletir sobre a importância da gestão da informação no PSE e a formação dos estudantes. Fortaleza, Ceará. Qualitativa.	Participação, convivência e envolvimento dos integrantes do PSE são escassos. Faltam instrumentos robustos de avaliação que traduzam a situação vigente nos territórios.
Ferreira et al. ³⁷	Analisar os diplomas normativos emitidos sobre o PSE. Brasil. Documental. Qualitativa.	Normativas apontam parceria da educação e da saúde na maior parte da estruturação do PSE; mas há contradições e iniquidades na participação dos setores. Protagonismo da saúde em áreas como financiamento, adesão e coordenação do programa.
Silva et al. ³⁸	Analisar o PSE, sua organização, a atuação dos profissionais de enfermagem e sua inserção na PS. Belo Horizonte, Minas Gerais. Qualitativa.	Os enfermeiros têm grande potencial nas ações educativas em saúde, mas a relação intersetorial da saúde e da educação ainda é um desafio a ser superado.
Dias et al. ³⁹	Analisar documentos oficiais que regulamentam o PSE, traçando características gerais conforme seus objetivos. Sobral, Ceará. Documental. Qualitativa.	Dos 46 documentos (21 normativos, 11 educativos e 14 informativos), a maioria era de âmbito nacional e poucos de âmbito regional; e os métodos, sugestões e fluxos eram direcionados ao nível publicado.
Teive e Abud ⁴⁰	Refletir sobre a biopolítica no PSE. Florianópolis, Santa Catarina. Qualitativa.	As práticas pedagógicas em saúde dos escolares também apresentam possibilidades de escape ou transgressão, seja pelo do debate ou pelos questionamentos na escola e junto à comunidade escolar.
Christmann e Pavão ⁴¹	Valorar, na perspectiva do cuidado integral, o papel da articulação entre saúde e educação em documentos oficiais do PSE. Brasil. Qualitativa.	Articular saúde e educação é essencial e favorece a educação para saúde e em saúde. Superar a medicalização da educação e articular ações permanentes e integrais são desafios.

Quadro 4. (cont.)

Leite et al. ⁴²	Compreender a percepção dos professores sobre ações intersetoriais e PSE. Barbalha, Ceará. Qualitativa.	Projetos desenvolvidos na escola devem se articular com o PSE, mas esse ainda se caracteriza como ação assistencialista, sem integração entre os profissionais e com pouco interesse dos adolescentes.
Magalhães ⁴³	Analisar a implementação de ações interse-toriais previstas nos programas Bolsa Família, Saúde da Família e PSE na visão dos gestores. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Qualitativa.	Diferentes lógicas de divisão das áreas nas secretarias municipais de saúde, educação e assistência social dificultam a articulação entre os programas. Apesar de a intersectorialidade e a territorialização serem dimensões valorizadas no plano normativo, ações isoladas, superpos-tas e descontínuas são frequentes.
Cavalcanti et al. ⁴⁴	Identificar inconsistências do PSE a partir da concepção de PS. Brasil. Qualitativa.	O PSE contribui para melhorar a assistência aos estu-dantes, mas a concepção ampliada de PS ainda não é uma realidade. São desafios realizar ações multiestra-tégicas com participação social e empoderamento.
Köptcke et al. ⁴⁵	Identificar a situação institucional do PSE e seus processos de implementação. Gama e Candan-golândia, Distrito Federal. Qualitativa.	O PSE é percebido positivamente por potencializar articulação intersectorial, mas enfrenta desafios comu-nicacionais e na distribuição de poder entre os setores e esferas. Essa compreensão varia segundo o nível (Federal, Distrital ou local) do entrevistado.
Farias et al. ⁴⁶	Compreender como se dá a intersectorialidade no PSE sob a perspectiva da saúde e da educa-ção. Olinda, Pernambuco. Qualitativa.	É um dilema operar uma política intersectorial num ambiente com atores que possuem agendas setoriais e sem espaço para se dedicar a ela. Dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores e o diferente envolvimento setorial impede a sustentabi-lidade das ações.
Sousa et al. ⁴⁷	Avaliar a intersectorialidade dos processos político-gerenciais e as práticas vinculadas ao PSE, bem como as concepções dos profissionais envolvidos. Município na Bahia. Qualitativa.	Intersectorialidade é compreendida como parceria e traba-lho conjunto, mas a liderança na tomada de decisão e na mobilização de recursos é do setor Saúde. As atividades de saúde nas escolas possuem uma abordagem biomédi-ca e são efetivadas através de palestras.
Fontenele et al. ⁴⁸	Construir e validar o modelo lógico do PSE a partir dos atores-chave. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Qualitativa.	O modelo lógico explicitou as categorias: criação do PSE; avanços e desafios; e busca de resultados. In-tersectorialidade ainda é um desafio. Necessidade de sensibilização e fortalecimento das relações entre os profissionais da rede de referência e território e de um sistema de informação único.
Barbieri e Noma ⁴⁹	Analisar a função social do PSE a partir de seus pilares teóricos centrais, articulados com polí-ticas públicas de educação e saúde na escola. Brasil. Documental. Qualitativa.	O PSE é parte do projeto educacional burguês contem-porâneo e um instrumento de difusão da 'nova pedagogia da hegemonia', a partir da formação de subjetividades em saúde ajustadas aos delineamentos neoliberais. É agente, também, da construção de sociabilidades mais ativas e protagonistas numa 'terceira via'.
Soares et al. ⁵⁰	Compreender a percepção de enfermeiras da ESF sobre o PSE. Jequié, Bahia. Qualitativo	O PSE é capaz de contribuir para a integralidade em saúde, mas há limitações no conhecimento sobre o pro-grama. Isso, somado à sobrecarga de trabalho, aos proble-mas de gestão municipal e à carência de parceria com os pais, afeta as práticas. Há necessidade de capacitação.
Silva et al. ⁵¹	Conhecer desafios e avanços na implantação do PSE e outras políticas públicas de promoção à saúde do escolar a partir dos gestores. Recife, Pernambuco. Qualitativa.	Há limitações gerenciais na execução e na efetividade de políticas intersectoriais. O sistema público redirecio-na gradualmente a atenção à saúde do adolescente, mas muitos profissionais têm resistência com essa faixa etária. Desafios: recursos humanos e família. Avanços: análises clínicas e abordagem do tema saú-de/doenças por professores.

Fonte: Elaboração própria.

ESF – Estratégia de Saúde da Família; PS – Promoção da Saúde.

A partir do consolidado de estudos sobre o PSE, temos que, quando analisados por ano, os primeiros estudos foram publicados a partir de 2011, sendo que o número de publicações aumenta consideravelmente a partir de 2014. Em termos regionais, não houve nenhum estudo desenvolvido especificamente na Região Norte; onze foram realizados na Região Nordeste, dez na Sudeste; cinco na Região Sul; três na Região Centro-Oeste; e outros nove tiveram abrangência nacional.

Quando agrupados por participantes ou informantes-chave, a maioria dos artigos apresentou o olhar dos profissionais (sejam da saúde ou da educação); oito estudos tiveram os estudantes como informantes-chave; três incluíram diversos atores envolvidos no processo de implantação do PSE (secretários municipais da educação e/ou da saúde, profissionais da saúde e/ou da educação, e escolares); e dois estudos tiveram como objeto de análise diversos documentos relativos ao PSE, tais como os diplomas normativos^{34,39}.

Quanto à abordagem metodológica, a maioria utilizou metodologia qualitativa (majoritariamente, a partir de entrevistas, mas também de análise documental e relato de experiência), e nove estudos apresentaram delineamento quantitativo (majoritariamente, com uso de questionários de autopreenchimento, mas também avaliação antropométrica e/ou teste de desempenho escolar). Houve ampla variação nas palavras-chave descritas, sendo as mais frequentes: 'saúde na escola/do escolar' em 18 artigos; 'PS' em 15; 'ação intersetorial', 'adolescente' e 'políticas públicas' em cinco; 'educação' e 'obesidade' em quatro; 'atenção primária à saúde' em três; 'avaliação em saúde', 'escola', 'programas nacionais de saúde', 'saúde pública' e 'vulnerabilidade social' em dois estudos cada.

Discussão

A presente revisão apresenta um compilado de evidências que permite tecer reflexões a

partir dos resultados dos estudos agrupados em componentes específicos do PSE; a partir das características, em especial, metodológicas e conceituais, dos estudos; e a partir da própria normativa que determina a orientação teórica e a operacionalização do Programa.

O panorama nacional da saúde do escolar explicita a necessidade de intervenções efetivas que contribuam para a melhora do estado de saúde dos escolares, reduzindo a exposição a fatores de risco para a saúde, como uso de tabaco, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo⁵. Estudos locais ou regionais com escolares do PSE reforçam esse cenário, em particular, sobre o uso de drogas, da violência e da obesidade^{14,15,17}.

No entanto, as ações para reduzir os fatores que tornam jovens vulneráveis a comportamentos de risco não podem ficar restritas à esfera do indivíduo, uma vez que mantêm relação com os ambientes cultural, econômico e político nos quais esses jovens estão inseridos⁶. A PS se caracteriza pela busca da conservação ou expansão da vitalidade humana, vista como totalidade irreduzível, decorrente de atividades e hábitos cotidianos afetados por fatores estruturais da sociedade em que vivemos⁵².

As publicações que abarcam as intervenções e ações desenvolvidas no âmbito do PSE indicam que elas ainda são centradas na atenção, na prevenção ou no manejo de comportamentos de risco, a partir de processos informativos (mas, geralmente, pouco formativos) em saúde, replicando o modelo recorrente em outras esferas da saúde pública⁵³. Tal modelo de prática se mostra pouco efetivo e precisa ser superado. É importante trazer as dimensões da PS do discurso para a prática e incorporá-las à realidade, para equilibrar e integrar a prevenção e o cuidado clínico individual com ações multisetoriais (entre governo, sociedade civil, familiares, alunos, professores e profissionais da saúde) que aumentem os fatores ambientais de proteção à saúde^{23,52}.

Embora alguns artigos selecionados reconheçam os determinantes sociais nos processos de saúde e doença^{30,38}, não utilizam essa visão ampliada para desenvolver o estudo. Por exemplo, não foram encontrados estudos que abordaram temáticas como meio ambiente ou articulação com as redes sociais, incluindo a comunidade escolar ou o sistema de saúde, na superação das vulnerabilidades enfrentadas por jovens participantes do PSE¹⁴.

Estudos agrupados nos componentes de educação permanente e capacitação e de monitoramento e avaliação do PSE permitem identificar o pouco conhecimento sobre o PSE enquanto política pública⁵⁴. Como a estruturação das ações do programa passa por seus atores, é fundamental que estes possuam compreensão, conhecimentos e as capacidades necessárias para desenvolvê-las⁵⁵. Em adição, embora o ambiente escolar seja considerado um espaço privilegiado para a PS, a presente revisão e outros estudos mostram que a comunicação e a articulação entre os atores locais são frágeis e descontínuas⁵⁶. Favorecer a comunicação, qualificar as discussões sobre as bases conceituais, ampliar a articulação entre profissionais de saúde e educação e a participação dos estudantes certamente otimizará o planejamento e o desenvolvimento das ações em saúde^{28,37}.

Uma crítica frequente aos programas e ações de saúde na escola é que esses são apresentados, em sua maioria, por profissionais do setor de saúde de forma verticalizada e desvinculada dos conteúdos programáticos do currículo escolar. A equipe da saúde costuma adentrar a escola ‘comunicando’ o que deve ser feito pelos professores para que os alunos tenham mais saúde⁵⁷. Tal aspecto é corroborado pela revisão e por outros estudos³⁴ quando se identifica que a maioria das pesquisas apresentou o olhar dos profissionais, principalmente da área da saúde, apontando o protagonismo desse setor no planejamento e no desenvolvimento do programa. As práticas desenvolvidas no PSE precisam superar o modelo setorial

e o paradigma medicalizante, adotado pela saúde, e avançar na construção da intersectorialidade, da cidadania, do empoderamento e da participação social⁵⁸.

Uma forma de superar ou reduzir essas barreiras seria investir em educação permanente e capacitações. Mas os processos de capacitação também devem se guiar pelos princípios de PS, utilizando metodologias ativas e pesquisas-ação que favoreçam a sensibilização, a participação, a aproximação e a equidade entre os atores. Devem, também, questionar o *modus operandi* hierárquico, setorial e fragmentado presente na realidade dos sistemas de saúde e de educação no Brasil³, e investir na construção de capacidades locais para a realização de ações articuladas e sustentáveis voltadas para a realidade da comunidade escolar². Nessa perspectiva, apontamos o desenvolvimento de competências em PS (favorecimento de mudanças; advocacia; parceria; comunicação; liderança; diagnóstico; planejamento; implementação; e avaliação e pesquisa), quando adaptadas para os contextos e as capacidades locais, como uma ferramenta que pode ser usada para favorecer a construção de práticas ampliadas e inovadoras de PS³⁰.

Quanto aos processos de monitoramento e avaliação, estes devem ser entendidos como uma ferramenta acessível e útil aos que fazem parte do programa, sejam eles profissionais ou demais atores. Avaliar o PSE implica contribuir para superar as deficiências apontadas por aqueles que têm interesse em sua melhoria e eficácia⁵⁹. Os resultados de uma avaliação podem ajudar a reorientar ou consolidar práticas de gestores e equipes envolvidas no ambiente escolar de forma a gerar transformações no cotidiano das pessoas³⁷. Não obstante, faltam instrumentos robustos de avaliação que favoreçam a superação das limitações gerenciais na execução e no registro do programa, e ainda existe muita dificuldade por parte dos profissionais em lidar com os conceitos e as metodologias mais modernas de avaliação em saúde⁶⁰, seja

na esfera teórica ou das práticas em PS^{61,62}.

Tal aspecto é reforçado quando se analisa a perspectiva metodológica das publicações selecionadas na presente revisão. Embora haja uma prevalência de estudos com abordagens qualitativas – uma realidade diferente da hegemonia quantitativa dos estudos em saúde⁶³ –, ao menos metade dos artigos apresenta um olhar fragmentado e descontextualizado dos fenômenos investigados, estando mais alinhada à abordagem positivista. Ainda são poucos os estudos^{24,30,34,37,43} que se destacaram por desenvolver pesquisas qualitativas consoante alguns critérios de qualidade⁶⁴, o que inclui apresentar definições epistemológicas e referências conceituais adotadas. A inexistência de um posicionamento teórico claro pode ampliar a dificuldade no entendimento e a diferenciação entre a prevenção e a PS^{6,8}.

Para citar alguns exemplos, menos da metade dos artigos selecionados utilizou o termo ‘PS’ como palavra-chave ou descritor do estudo; uma publicação utilizou o termo PS como sinônimo de prevenção de doenças e agravos, empregando o conceito de forma descontextualizada da literatura¹⁴; e algumas publicações associaram o termo prevenção ao processo de informação, educação e/ou conscientização para prevenir situações de risco (agravos e acidentes)^{18,23,29,34}. Na maior parte dos estudos, foram encontradas diferentes aproximações com os referenciais teóricos da PS^{24,28,30,42,43,54}.

A própria normativa do PSE carece de atenção ou reorientação, embora não seja possível afirmar se a visão de PS nela expressa se deva às concepções e ideologias que orientam as pessoas e os grupos que operam a proposta ou a confusões conceituais. É importante, também, considerar as complexas relações que se desenvolvem entre a abordagem teórica, os eixos de ações e os componentes expressos na normativa, mas é possível que imprecisões epistemológicas possam estar induzindo práticas e estudos centrados na visão clínica e preventivista. Estabelecer marcos

conceituais claros é fundamental, pois uma distorção repetida mil vezes acaba convertendo-se em ingrediente de uma interpretação da realidade capaz de produzir ou transformar as relações sociais e a saúde⁶⁵.

Outro aspecto é que são raras as pesquisas a respeito do PSE, enquanto estratégia de PS, orientadas na prática por princípios tais como equidade, participação social, empoderamento, concepção holística, intersetorialidade e sustentabilidade; e/ou que busquem desenvolver competências para ações multiestratégicas; ou, ainda, que congreguem o entorno escolar com o currículo, com o intuito de constituir escolas, pessoas e conhecimentos promotores da saúde. É necessário avançar para estudos científicos sobre a efetividade das intervenções em PS que desenvolvam abordagens complexas, com participação social e perspectiva intersetorial e com temporalidade longitudinal¹; e/ou sem realizar avaliações de quarta geração⁶⁶.

Se, conceitualmente, a saúde escolar registra alguns avanços, em sintonia com conhecimentos técnico-científicos e sociopolíticos que gradativamente buscam superar o paradigma biomédico⁵⁷, a efetiva operacionalização de práticas de PS no PSE ainda é um desafio^{11,30}. Gerir a informação, articular os setores e atores envolvidos, sobrepujar a medicalização da educação, inclusive nas normativas, e articular ações permanentes e integrais com seu monitoramento contínuo como desafios a serem superados no cotidiano do PSE.

Essa situação paradoxal entre teoria e prática será enfrentada quando estudos e capacitações passarem, eles mesmos, a utilizar o modelo da PS, produzindo processos de produção e socialização do conhecimento que ocorram por meio de construção de capacidades e corresponsabilidades, gestão compartilhada e ações intersetoriais¹ que busquem fortalecer os determinantes sociais da saúde, passando pela redução das iniquidades, inclusive regionais, no Brasil²⁷. Nesse sentido, destaca-se que a maior parte dos

estudos sobre o PSE foi desenvolvida a partir das Regiões Sul-Sudeste, consoante os indicadores de produção científica que indicam hegemonia de publicações oriundas dessas regiões⁶⁷. Cabe salientar a expressiva produção sobre o tema a partir da Região Nordeste, provavelmente impulsionada por uma maior cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) nessa região e sua relação com o funcionamento do PSE^{35,50}.

Outra questão refere-se à intensa fragmentação das próprias políticas, normativas e dos programas que, no âmbito local, constituem-se em grandes entraves à reformulação do modelo assistencial⁵². A complexidade do modelo intersetorial e multidisciplinar como um mecanismo articulado de esforços e recursos direcionados para construir uma escola promotora de saúde dificulta o desenvolvimento desses programas^{8,68}. Tal aspecto é reforçado quando os estudos sobre avaliação indicam falta de intersetorialidade, equidade, integração e participação social em todos os níveis de ação e tomada de decisão.

O modelo teórico-conceitual da PS prioriza estratégias de saúde subsidiadas por princípios que afirmam a importância de atuarmos em seus determinantes e condicionantes, numa perspectiva intersetorial, inclusiva e de participação social que visa a superar práticas educativas que se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais⁶. Nessa perspectiva, o PSE e suas ações de PS se constituem como importantes ferramentas de educação, empoderamento e participação nos processos de reconhecimento do direito universal e inalienável à saúde; de garantia desse direito; e da ampliação dos determinantes sociais promotores da saúde, refletindo nas atribuições do Estado e da coletividade^{3,10}. É fundamental que a prática científica em PS desenvolva suas pesquisas centradas na defesa da ampliação dos direitos à saúde e na redução das iniquidades⁶⁹, o que, no contexto específico da atual conjuntura política e social brasileira, inclui a luta pela

democratização do Estado e os esforços de universalização da saúde.

Em termos positivos, as análises realizadas com base no conjunto total de artigos permitem afirmar, a despeito de enfoques, abordagens e resultados variados, que os(as) autores(as) e os(as) informantes-chave, em geral, entendem o PSE como uma importante estratégia intersetorial de cuidado integral aos escolares, que estimula a articulação entre os setores saúde e educação e mobiliza ações relevantes. Entre as percepções referidas, podemos citar: desenvolver, de forma conjunta ou solidária, pela população, sociedade civil e setores do Estado, ações para melhorar condições de vida e saúde; pautar os direitos sociais e o contexto social; propagar os princípios de intersetorialidade, integralidade, equidade, participação social, empoderamento, autonomia e sustentabilidade; entender a recuperação da saúde como prática social; abordar a produção de cidadania e mudanças dos determinantes sociais.

Os estudos sistematizados na presente revisão chamam a atenção para uma relação cada vez mais horizontal entre os setores saúde e educação no PSE, para a importância do trabalho conjunto entre a sociedade civil organizada, pais, profissionais da saúde, educação, justiça, assistência social, e outros, como estratégias para diminuir fatores de vulnerabilidade e aumentar os fatores de proteção à saúde. São indicadas, ainda: a necessidade da aproximação entre escola e ESF para ajudar na adoção de comportamentos saudáveis por parte dos adolescentes; a necessidade de estudos adicionais sobre *bullying* e autoestima; capacitações dos profissionais do PSE; e superação das percepções limitadas sobre o programa ou o termo de PS, desassociando-os da esfera do comportamento ou conhecimento saudável individual. Com isso, espera-se que o PSE siga se consolidando como um instrumento de diálogo entre diferentes níveis e setores da saúde, educação e sociedade civil, para desenvolver conhecimentos e práticas

promotoras de saúde, ainda que tenha que realizar, no território, ações de atenção à saúde e de prevenção às doenças e agravos¹⁰.

Acreditando que a escola e a ciência são espaços ideais para construir e compartilhar saberes que fortaleçam os fatores de proteção à saúde através da busca de soluções coletivas para problemas complexos^{28,70} e que os objetivos do PSE devem permanecer centrados no fortalecimento da relação entre as redes de saúde e educação, motivando a comunicação entre elas, articulando as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com os seus princípios e diretrizes, com direcionamentos para a educação em saúde na rede básica do ensino público³⁴, indica-se que futuros estudos sobre o tema explorem novos modelos e metodologias complementares relacionados às práticas e aos princípios de PS nas escolas, favorecendo a participação social, o empoderamento, a equidade e a intersetorialidade.

Considerações finais

O PSE se constitui como um importante espaço e uma oportunidade para discutir,

conceituar, aprender, desenvolver e fazer crescer o ideário da PS, avançando em inovações que ressignifiquem a escola como cenário de produção de cidadania, de empoderamento e de mudança dos determinantes dos modos de viver. A superação dos desafios identificados passa pelo reconhecimento de que as contradições conceituais apontadas na presente revisão implicam as práxis, entendidas como relação entre teoria e prática, em saúde. Recomenda-se que o planejamento e a elaboração de normas e ações relativas ao PSE, inclusive suas pesquisas científicas, amparem-se nos princípios e valores de PS. Também, que trabalhem com o desenvolvimento de competências para essa nova prática em saúde e que fortaleçam o direito de crianças e adolescentes de participar das decisões que afetam suas vidas e sua saúde. Por fim, que se estruture a formação em saúde utilizando o PSE como espaço de estágio multiprofissional no setor saúde e educação, permitindo experiências inovadoras e aprendizados, em sentido amplo, a partir da articulação intersetorial e de abordagens complexas voltadas para a coletividade. ■

Referências

1. Bydlowski CR, Lefèvre AMC, Pereira IMTB. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(3):1771-1780.
2. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(3):829-840.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde na Escola.* Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
4. Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(2):397-402.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde do escolar. Pesquisa nacional de saúde do escolar 2015.* Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
6. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Colet.* 2000; 5(1):163-177.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
8. Terris M. *Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública.* Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
9. Silva CD, Bodstein RC. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(6):1777-1788.
10. Brasil. Decreto no 6.286, de 5 de Dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 6 dez 2007.
11. Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface.* 2003; 7(12):91-112.
12. Nogueira, RP. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, 1970-1983. *Educ Méd Salud.* 1986; 20(3):335-350.
13. Mendes KDS, Silveira RCD, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-764.
14. Giacomozzi AI, Itokasu MC, Luzardo AR, et al. Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. *Saúde Soc.* 2012; 21(3):612-622.
15. Brito CC, Oliveira MT. Bullying and self-esteem in adolescents from public schools. *J. Pediatr.* 2013; 89(6):601-607.
16. Honório RF, Hadler MCCM. Factors associated with obesity in Brazilian children enrolled in the School Health Program: a case-control study. *Nutr. hosp.* 2014; 30(3):526-534.
17. Izidoro GSL, Santos JN, Oliveira TSC, et al. A influência do estado nutricional no desempenho escolar. *Rev. CEFAC.* 2014; 16(5):1541-1547.
18. Pereira LM, Cunha HL, Barbosa RM, et al. Programa Saúde na Escola: avaliação das condições de aptidão física dos estudantes da escola municipal José Maria Alkmin de Belo Horizonte. *FIEP Bulletin.* 2015; 85(1):1-8.
19. Pereira KAS, Nunes SEA, Miranda RSA, et al. Fatores de risco e proteção contra doenças crônicas não transmissíveis entre adolescentes. *Rev. Bras. Promoc. Saúde.* 2017; 30(2):205-212.

20. Prado TCM, Lima AP. Saúde Ocular: O Trabalho Preventivo do Enfermeiro no Programa de Saúde da Escola – PSE. *J. Health Sci.* 2013; 15(4):327-330.
21. Teles LAL. A nutrição no foco do Programa Saúde na Escola: reflexões sobre o processo de medicalização. *Rev. Entreideias.* 2014; 3(1):47-61.
22. Assis SS, Jorge TA. As doenças negligenciadas e a promoção da saúde: possibilidades e limites para a articulação entre os currículos de ciências e o Programa Saúde na Escola (PSE). *Rev. SBEnBio.* 2014; 7:6853-6864.
23. Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APFV, et al. Programa Saúde na Escola: Estratégia Promotora de Saúde na Atenção Básica no Brasil. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.* 2015; 25(3):307-312.
24. Carvalho FF. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis.* 2015; 25(4):1207-1227.
25. Bringel NM, Marques KK, Dutra EF, et al. Posturas e estratégias sobre sexualidade a partir do programa saúde na escola: discursos de professores. *Revista de Enfermagem da UFSM.* 2016; 6(4):494-506.
26. Batista MD, 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. Saúde.* 2017; 26(3):569-578.
27. Jacóe NB, Aquino NM, Pereira SCL, et al. O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. *Rev. Méd. Minas Gerais.* 2014; 24(1):43-48.
28. Oliveira VJM, Martins IR, Bracht V. Relações da Educação Física com o Programa Saúde Na Escola: visões dos Professores das escolas de Vitória/ES. *Pensar Prát.* 2015; 18(3):544-556.
29. Schuler C, Watte CB, Schutz MFS, et al. Multiplicadores adolescentes do Programa Saúde na Escola: a prevenção entre pares. *Adolesc. Saúde.* 2015; 12(1):38-43.
30. Tusset D, Nogueira JAD, Rocha DG, et al. Análise das competências em promoção da saúde a partir do marco legal e dos discursos dos profissionais que implementam o Programa Saúde na Escola no Distrito Federal. *Tempus (Brasília).* 2015; 9(1):189-204.
31. Cord D, Gesser M, Nunes ASB, et al. As significações de profissionais que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) acerca das dificuldades de aprendizagem: patologização e medicalização do fracasso escolar. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2015; 35(1):40-53.
32. Camargo TS. Promover Saúde, produzir responsabilidade: uma análise do funcionamento do programa saúde na escola em Porto Alegre/RS. In: Anais do 6. Seminário Brasileiro de Estudos Culturais e Educação; 2015 jun 3. Rio Grande do Sul: SBECE; 2015. p. 1-24.
33. Mota LL, Andrade SR. Temas educativos para escolares sob a perspectiva dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2016; 50:114-121.
34. Ferreira IDRC, Vosgerau DSR, Moysés SJ, et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(12):3385-3398.
35. Santiago LM, Rodrigues MTP, Moreira TMM, et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza - CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2012; 65(6):1026-1029.
36. Tabosa HR, Paes DMB, Ferreira ALD, et al. A gestão da informação no programa saúde na escola em Fortaleza - CE: impasses e alternativas. *RACIn.* 2013; 1(1):30-49.
37. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev. Bras. Educ.* 2014; 19(56):61-76.
38. Silva KL, Sena RR, Gandra EC, et al. Promoção da Saúde no Programa Saúde na Escola e a inserção

- da enfermagem. *REME Rev. Min. Enferm.* 2014; 18(3):614-622.
39. Dias MSA, Gomes DF, Santos RB, et al. Programa saúde na escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. *Sanare.* 2014; 13(1):29-34.
40. Teive GMG, Abud CCR. Biopolítica e biosociabilidade na escola: O programa Saúde Escolar. *Rev. Debates Educ.* 2014; 6(12):131-138.
41. Christmann M, Pavão SMO. A saúde do escolar cuidada por práticas governamentais: reflexos para a aprendizagem. *Rev. Educ. PUC-Camp.* 2015 dez; 20(3):265-277.
42. Leite CT, Machado MFAS, Vieira RP, et al. The school health program: teachers' perceptions. *Invest. Educ. Enferm.* 2015; 33(2):280-287.
43. Magalhães R. Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersetoriais de promoção da saúde: um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(7):1427-1436.
44. Cavalcanti PB, Lucena CMF, Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos Contextos.* 2015; 14(2):387-402.
45. Köptcke LS, Caixeta IA, Rocha FG. O olhar de cada um: elementos sobre a construção cotidiana do Programa Saúde na Escola no DF. *Tempus (Brasília, DF).* 2015; 9(3):213-232.
46. Farias ICV, Franco de Sá RMP, Figueiredo N, et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2016; 40(2):261-267.
47. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A interseccionalidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gereccional e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1781-1790.
48. Fontenele RM, Sousa AI, Rasche AS, et al. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *Saúde debate.* 2017 mar; 41(esp):167-179.
49. Barbieri AF, Noma AK. A função social do Programa Saúde na Escola: formação para a nova sociabilidade do capital?. *Perspectiva.* 2017 mar; 35(1):161-187.
50. Soares CJ, Santos PHS, Nery AA, et al. Percepção de enfermeiras da estratégia de saúde da família sobre o programa saúde na escola. *Rev. Enferm. UFPE.* 2016 dez; 10(12):4487-4493.
51. Silva ARS, Monteiro E, Lima LS, et al. Políticas públicas na promoção à saúde do adolescente escolar: concepção de gestores. *Enferm. Glob.* 2015 jan; 14(37):268-285.
52. Luz MT. Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: Fraga A, Wachs F. *Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção.* Porto Alegre: UFRGS. 2007. p. 9-16.
53. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. *Saúde debate.* 2014; 38(esp):52-68.
54. Penso MA, Brasil KCTR, Arrais AR, et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. *Saúde Soc.* 2013; 22(2):542-553.
55. Assis SS, Pimenta DN, Schall VT. Conhecimentos e práticas educativas sobre dengue: a perspectiva de professores e profissionais de saúde. *Ens. Pesqui. Educ. Ciênc.* 2013; 15(1):131-153.
56. Gomes JP. As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação.* 2009; 32(1):84-91.

57. Queiroz MVO, Lucena NBF, Brasil EGM, et al. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. *Rev. da Rede Enferm. do Nord.* 2011; 12(esp):1036-1044.
58. Rocha GD, Marcelo VC, Pereira IMTB. Escola promotora de saúde: uma construção interdisciplinar e intersectorial. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.* 2002; 12(1):57-63.
59. Graciano AMC, Cardoso NMM, Mattos FF, et al. Promoção da Saúde na Escola: história e perspectivas. *J. Health Biol. Sci.* 2015; 3(1):34-38.
60. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Geneva: WHO; 2006.
61. Bosi ML, Uchimura KY. Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care? *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(1):150-153.
62. Staliano P, Araújo TCCF. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: Um Estudo com Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. Psicol. Saúde.* 2011; 3(1):43-51.
63. Ronzani TM, Rodrigues MC. O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. *Psicol. Ciên. Profis.* 2006; 26(1):132-143.
64. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39(3):507-514.
65. Russell CK, Gregory DM. Evaluation of qualitative research studies. *Evid Based Nurs,* 2003; 6(2):36-40
66. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
67. Guba EG, Lincoln YS. *Avaliação de quarta geração.* Campinas: Unicamp; 2011.
68. Sidone OJ, Haddad EA, Mena-Chalco JP. Science in Brazilian regions: Development of scholarly production and research collaboration networks. *Transinformação.* 2016; 28(1):15-32.
69. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde debate.* 2009; 33(81):27-37.
70. Costa FS, Silva JLL, Diniz MIG. A Importância de Interface Educação/Saúde no Ambiente Escolar com prática de Promoção da Saúde. *Inf. Promoção Saúde.* 2008; 4(2):30-33.

Recebido em 11/04/2018

Aprovado em 08/07/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior