

UNIVERSIDADE DE UBERABA – UNIUBE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
LEDA TEREZINHA DE FREITAS E SILVA

EDUCAÇÃO E SAÚDE: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA –
ITURAMA-MG (2012-2015)

UBERABA-MG
2016

LEDA TEREZINHA DE FREITAS E SILVA

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA –
ITURAMA-MG (2012-2015)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Uberaba – Uniube como requisito final para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Wenceslau Gonçalves Neto.

**UBERABA-MG
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA

S38e Silva, Leda Terezinha de Freitas e.
Educação e saúde: programa saúde na escola – Iturama-MG
(2012-2015) / Leda Terezinha de Freitas e Silva – Uberaba-MG,
2016.

119 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Uberaba.
Programa de pós-graduação em educação, 2016.

1. Educação. 2. Saúde escolar. 3. Obesidade nas crianças. I.
Universidade de Uberaba. Programa de Pós-Graduação em
Educação. II. Título.

CDD: 371.77


Leda Terezinha de Freitas e Silva

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – ITURAMA-MG
(2012-2015)**

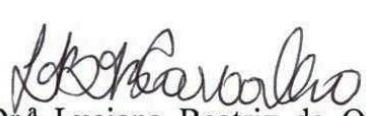
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade de Uberaba, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em 10/08/2016

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Wenceslau Gonçalves Neto
(Orientador)
UNIUBE - Universidade de Uberaba


Prof.^a Dr.^a Maria Marta Lopes Flores
UFG – Universidade Federal de
Goiás/Campus Catalão


Prof.^a Dr.^a Luciana Beatriz de Oliveira
Bar de Carvalho
UNIUBE - Universidade de Uberaba

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À Universidade de Uberaba – Uniube, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela pela qual hoje vislumbro um horizonte superior.

Imensamente ao Professor Dr. Wenceslau Gonçalves Neto por ter-me aceitado como orientanda na definição da proposta da dissertação; e também pelo apoio ao longo da qualificação e na elaboração desta dissertação. Sua dedicação e capacidade de orientação impulsionaram-me a seguir nesta pós-graduação. Mesmo com o pouco conhecimento e experiência na área de Educação, ele me fez acreditar que eu tinha condições de realizar este estudo que, para mim, foi um grande desafio.

RESUMO

O Programa Saúde na Escola, instituído pelo governo federal nas escolas brasileiras a partir de 2011, desempenha papel importante devido as suas ações no enfrentamento dos atuais problemas de saúde causados principalmente pelas transformações ocorridas no mundo moderno que, associadas às alterações tecnológicas e sociais, arrastam situações que podem alterar o estado nutricional e físico de crianças e adolescentes, principalmente na idade escolar, podendo levá-los a um quadro de sobrepeso e obesidade. Nesse sentido, este trabalho, de natureza teórica, do tipo estado do conhecimento e de abordagem quali-quantitativa, avaliou a implantação e resultados obtidos, na perspectiva da transformação da realidade das condições de vida e de saúde de sujeitos comprometidos pelo sobrepeso e obesidade através do Programa Saúde na Escola no município de Iturama-MG, mais precisamente na Escola Municipal João Ribeiro Rosa no período compreendido entre 2012 a 2015. Vinculado à linha de pesquisa Processos Educacionais e Seus Fundamentos do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Uberaba, este trabalho avaliou, através da antropometria, os alunos do ensino básico e fundamental da Escola Municipal João Ribeiro Rosa, tendo em vista identificar a necessidade de intervenção nos casos de alteração de peso para sobrepeso e obesidade, e ainda, preconizou a mudança de hábitos alimentares e correlacionou atividades físicas dos educandos após sua identificação. O referencial teórico apoiou principalmente nas contribuições de Andrade (2008); Arroyo (1997); Araujo (2000, 2012); Barbieri (2014); Brasil (1846, 1947, 1851, 1879, 1886, 1930, 1937, 1938, 1980, 1995, 1996, 1997, 1998, 2002, 2004, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2015); Cabral (2011); Chaves (1995); Cintra (2005); Conceição (1994); Corrêa (2009); Cunha (2008); Fagundes (2004); Farias (1997); Ferraro (2011); Ferreira (2006); Figueiredo (2010); Ferriani (1991); Fleury (1997); Giannotti (2007); Gil (2008); Giugliano (2004); Ghiraldelli (1988); Gomes (2012); Hamilton (1993); Hochaman (2005); Horta (2010); Iyda (1994); Janones (1993); Leão (2012); Lima (1985); Lobato (1972); Macedo (2014); Maia (2010); Marinho (2014); Matta (2005); Garza (2011); Moraes (1978, 1990, 2015); Motta (1997); Nagle (1976); Niskier (2011); Nogueira (1999); Pasinato (2011); Ponte (2007); Queiroz (2013); Ribeiro (1992); Reis (2008); Rosen (1994); Santana (2010); Santos (1987, 2008, 2014); Saviani (1994, 2011); Scaburri (2007, 2013); Senra (2009); Silva (2010, 2011, 2012); Souza (1998); Valadão (2004); Vasconcellos (1995); Valeriani (2011); Zanella (2014). Utilizou como metodologia bibliográfica, com embasamentos teóricos em livros, pareceres, leis e sites acadêmicos. A realização da pesquisa deu através de um levantamento histórico sobre a saúde no âmbito escolar, as políticas envolvidas, afinidades e desafios, até chegar ao Programa Saúde na Escola e sua pactuação no município de Iturama e execução na Escola Municipal João Ribeiro Rosa. O conjunto de materiais e o trabalho desenvolvido, frente à Secretária Municipal de Saúde de Iturama, como membro do Nasf, possibilitou o conhecimento dessa política e suas aplicações, assim como os seus resultados na instituição escolar. Concluiu-se pelo reconhecimento da importância da articulação de forma interdisciplinar e intersetorial, envolvendo os atores na problemática do sobrepeso e da obesidade que, a partir dos resultados, desenvolveram ações educativas e preventivas de saúde no controle precoce de alterações de peso para sobrepeso e obesidade e de suas consequências na vida dos educandos.

Palavras-chave: Educação. Sobrepeso. Obesidade. Saúde Escolar.

ABSTRACT

The School Health Program, established by the federal government in Brazilian schools since 2011, plays an important role because of its actions in addressing the current health problems primarily caused by changes occurring in the modern world, associated with technological and social changes, drag situations that can alter the nutritional and physical status of children and adolescents, especially at school age, and may lead them to an overweight frame and obesity. In this sense, this work of theoretical nature, the type state of knowledge and qualitative approach, evaluated the implementation and results, in view of the changing reality of living conditions and subject of health compromised by overweight and obesity through the Program health in the School in the municipality of Iturama-MG, specifically the Municipal School João Ribeiro Rosa in the period 2012 to 2015. Vinculado the line of research Educational Processes and Their Fundamentals of the Graduate Program in Education at the University of Uberaba, this work evaluated by anthropometry, students of primary and elementary school of the School João Ribeiro Rosa, in order to identify the need for intervention in cases of weight change in overweight and obesity, and also called for the change in eating habits and correlated physical activities of students after their identification. The theoretical framework based largely on the contributions of Andrade (2008); Arroyo (1997); Araujo (2000, 2012); Barbieri (2014); Brazil (1846, 1947, 1851, 1879, 1886, 1930, 1937, 1938, 1980, 1995, 1996, 1997, 1998, 2002, 2004, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2015) ; Cabral (2011); Switches (1995); Cintra (2005); Conception (1994); Correa (2009); Wedge (2008); Fagundes (2004); Farias (1997); Ferraro (2011); Ferreira (2006); Figueiredo (2010); Ferriani (1991); Fleury (1997); Giannotti (2007); Gil (2008); Giugliano (2004); Ghiraldelli (1988); Gomes (2012); Hamilton (1993); Hochaman (2005); Horta (2010); Iyda (1994); Janones (1993); Leon (2012); Lima (1985); Were (1972); Macedo (2014); Maia (2010); Navy (2014); Matta (2005); Garza (2011); Moraes (1978, 1990, 2015); Motta (1997); Nagle (1976); Niskier (2011); Walnut (1999); Pasinato (2011); Bridge (2007); Queiroz (2013); Ribeiro (1992); Reis (2008); Rosen (1994); Santana (2010); Santos (1987, 2008, 2014); Saviani (1994, 2011); Scaburri (2007, 2013); Senra (2009); Silva (2010, 2011, 2012); Souza (1998); Valadão (2004); Vasconcellos (1995); Valeriani (2011); Zanella (2014). Used as a bibliographic methodology with theoretical substantiation in books, opinions, laws and academic sites. The research was through a historical survey on health in the school, the politics involved, affinities and challenges, to get to the School Health Program and its pact in the municipality of Iturama and execution at the Municipal School João Ribeiro Rosa. The set of materials and the work developed, opposite the Municipal Secretary of Health Iturama as NASF member, enabled the knowledge of this policy and its applications, as well as their results in schools. It was concluded Oby recognition the importance of coordination of interdisciplinary and intersectoral manner, involving actors in the problem of overweight and obesity that, from the results, developed educational and preventive actions health in early control of weight changes for overweight and obesity and its consequences in the lives of students.

Keywords: Education. Overweight. Obesity. School Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Princípios do SUS contemplados nas diretrizes para implementação do PSE.	48
Quadro 2 – Plano de Metas Municipais do Programa Saúde. Componente I: avaliação clínica e psicossocial.	60
Quadro 3 – Plano de Metas Municipais do Programa Saúde na Escola. Componente II: Ações de Promoção e Prevenção da Saúde.	61
Quadro 4 – Plano PSE de Metas Municipais do Programa de Saúde na Escola. Componente III: Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens.	62
Gráfico 1 – Municípios que aderiram ao PSE, nos anos de 2008 a 2009.	54
Gráfico 2 – Evolução de Municípios Pactuados	64
Gráfico 3 – Evolução Equipe Saúde da Família	64
Gráfico 4 – Percentual de alunos por série e sexo, referência para diagnóstico do estado nutricional da Escola João Ribeiro Rosa.	79
Figura 1 – Primeira escola da cidade de Iturama/MG.	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição geográfica de adesão por municípios, equipes ESFs até 2010 e alunos até 2009.	56
Tabela 2 – Ideb – Resultados do Brasil. Anos iniciais do Ensino Fundamental.	57
Tabela 3 – Ideb - Resultado Brasil. Anos Finais do Ensino Fundamental.	58
Tabela 4 – Vinculação do PSE territorial ESF – Escola.	59
Tabela 5 – Panorama da Adesão de Municípios no Ciclo 2011/2012.	63
Tabela 6 – Panorama da adesão de municípios no ciclo 2013/2015.	64
Tabela 7 – Escolas Públicas Municipais da cidade de Iturama.	72
Tabela 8 – Distribuição de alunos de referência para diagnóstico do estado nutricional segundo série e sexo, realizada na Escola João Ribeiro Rosa no ano de 2012.	78
Tabela 9 – Alunos identificados por série e sexo, com alteração de peso para sobrepeso/obesidade na Escola João Ribeiro Rosa no ano de 2012.	80
Tabela 10 –Relação de alunos por altura/peso que não obtiveram resultados positivos, da Escola João Ribeiro Rosa, nos anos 2012 e 2015.	82
Tabela 11– Comparação dos alunos por peso/altura que obtiveram resultados positivos para obrepeso/obesidade, porém não esperados, da Escola João Ribeiro Rosa nos anos de 2012 e 2015.	83
Tabela 12– Comparação dos alunos por altura/peso que obtiveram resultados inesperados da Escola João Ribeiro Rosa nos anos de 2012 e 2015.	84
Tabela 13 –Comparação dos alunos por altura/peso que obtiveram resultados positivos, da Escola João Ribeiro Rosa nos anos de 2012 e 2015.	84
Tabela 14 –Valor percentual dos alunos classificados com sobrepeso por abrangência nos anos de 2012 e 2015.	86
Tabela 15 –Valor percentual dos alunos classificados com obesidade por abrangência nos anos de 2012 e 2015.	87
Tabela 16 –Comparação do percentual de alunos classificados com peso normal por abrangência nos anos de 2012 e 2015.	87

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABE	Associação Brasileira de Educação
ABP	Associação Brasileira de Pediatria
ANM	Academia Nacional de Medicina
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CME	Campanha da Merenda Escolar
CFE	Conselho Federal de Educação
Ciese	Comissão Intersetorial de Saúde e Educação na Escola
CME	Campanha de Merenda Escolar
CNSE	Congresso Nacional de Saúde Escolar
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Cnep	Comissão Nacional do Ensino Primário
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DOU	Diário Oficial da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENEFD	Escola Nacional de Educação Física e Desportos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação
Fisi	Fundo Internacional de Socorro à Infância
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
GTI-E	Grupos de Trabalho Intersetorial Estadual
GTI-F	Grupos de Trabalho Intersetorial Federal
GTI-M	Grupos de Trabalho Intersetorial Municipal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ideb	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IMC	Índice de Massa Corporal

Inep	Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MES	Ministério de Educação e Saúde
Mesp	Ministério da Educação e Saúde Pública
MinC	Ministério da Cultura
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
Pnae	Programa Nacional de Alimentação Escolar
Pnan	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
Saeb	Sistema de Avaliação da Educação Básica
Salte	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Secad	Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade
Sesp	Ministério Especial de Saúde Pública
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SPES	Serviço de Propaganda e Educação Sanitária
Siab	Sistema de Informação da Atenção Básica
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIUBE	Universidade de Uberaba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	A SAÚDE ESCOLAR NO BRASIL: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES	16
2.1	A SAÚDE ESCOLAR.....	16
2.1.1	Primórdios da Saúde Escolar	16
2.2	A SAÚDE ESCOLAR NO BRASIL.....	18
2.2.1	Saúde escolar no período imperial brasileiro	18
2.2.2	Saúde Escolar na Primeira República	24
2.2.3	Saúde Escolar na Segunda República	28
2.2.4	Saúde Escolar no Estado Novo	31
2.2.5	Saúde Escolar no Período Democrático (1946-1964)	34
2.2.6	Saúde Escolar no período militar	37
2.2.7	Saúde Escolar na Nova República	38
3	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	44
3.1	O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA POLÍTICA PROVENIENTE DA CONTEMPORANEIDADE.....	44
3.2	DIVERGÊNCIAS E AFINIDADES ENTRE OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS DIRETRIZES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	47
3.3.1	Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007	49
3.3.1.1	Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008.....	51
3.3.1.2	Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008.....	52
3.3.1.3	Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009.....	54
3.3.1.4	Portaria Interministerial nº 1.537, de 15 de junho de 2010.....	55
3.3.1.5	Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010.....	57
3.3.1.6	Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011.....	58
3.3.1.7	Portaria nº 357 de março de 2012.....	65
3.3.1.8	Portaria Interministerial nº 1.413 de 10 de julho de 2013.....	66
4	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE ITURAMA	70
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	70
4.1.1	Inventário do Município	70
4.1.2	Aspectos socioeconômicos	71
4.1.3	Organização dos serviços de educação	71
4.1.4	Organização dos serviços de saúde	72
4.1.4.1	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	73

4.1.5	Certificação e Implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Iturama-MG	74
4.2	PRIMÓRDIOS DA ESCOLA MUNICIPAL JOÃO RIBEIRO ROSA	75
4.3	CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE ITURAMA-ESCOLA JOÃO RIBEIRO ROSA.....	76
4.4	RESULTADOS E DICUSSÕES	78
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	91
	ANEXO	105

1 INTRODUÇÃO

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas, graças a Deus, não sou o que era antes. (MARTIN LUTHER KING)

Crescer e chegar à vida adulta passa por inúmeras mudanças na sociedade do século 21. A adolescência é construída socialmente sob novos comportamentos e valores, mas uma coisa não mudou: os jovens, embora adquiram autonomia cada vez mais cedo, continuam dependentes dos pais ou familiares devido ao alongamento do processo de escolarização e dificuldades de inserção no mercado de trabalho. É, assim, uma fase de vulnerabilidades e potencialidades importantes para se enfocarem os problemas associados à obesidade, doenças crônicas degenerativas, à gravidez não planejada, o risco de se contrair Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST, o uso abusivo do álcool, o risco do uso de drogas ilícitas, entre outros.

Na área de saúde, as leis brasileiras procuram garantir a esses adolescentes que sejam tratados como sujeitos de direito, por meio de políticas públicas que visem o desenvolvimento pleno deles, com direito à igualdade e universalidade no atendimento de suas necessidades. Seguindo essa linha de raciocínio é que foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e de Jovens proporcionando que a atenção básica, mais especificamente a Estratégia Saúde da Família – ESF, se tornasse responsável pelas ações integrais de saúde voltadas a essa população.

Governo e família se entendem e passam a considerar as crianças e os adolescentes bem assistidos hoje como o adulto sadio de amanhã. E também sabem que para isso acontecer é necessário que os profissionais de saúde atuem na prevenção de riscos e na promoção de saúde. E sabem ainda que a implementação dessas ações pelos profissionais esbarram num grande problema: os adolescentes não procuram as unidades de saúde como os adultos. É por isso que a promoção e prevenção de agravos para crianças e adolescentes devem ser desenvolvidas pela equipe com a integração em diferentes instituições na comunidade, entre elas, a *escola*.

A iniciativa de inserir a saúde no espaço escolar não é algo recente, desde a década de 1950 diversas iniciativas foram tomadas, só que grande parte delas vinculadas a uma lógica sanitária, perpetuando o modelo biomédico focado na doença. No entanto, nas últimas décadas, iniciativas inovadoras têm oportunizado o encontro da saúde com a educação, de modo a implementar políticas públicas intersetoriais que favorecem à articulação de ações e estruturas da saúde e da escola (FERREIRA et al., 2012).

Desse modo, o Programa Saúde na Escola – PSE foi instituído por meio do Decreto nº 6.286 de 5 de Dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a) como resultado do trabalho integrado entre os Ministérios da Saúde e Educação, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica através de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, e tentativa de trabalho intersetorial entre saúde e educação (BRASIL, 2009a).

Com o objetivo de incentivar a melhoria da qualidade de vida do educando e promoção da saúde, o envolvimento de profissionais da educação e saúde e como incentivo ao trabalho intersetorial e o acompanhamento das ações, o PSE está organizado nas seguintes áreas temáticas: Avaliação Clínica e Psicossocial; Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos; Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola; Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes; Monitoramento e a Avaliação do PSE (BRASIL, 2014b).

Com o propósito de ser um programa que abranja todas as escolas públicas brasileiras, o PSE, desde instituído, é implantado nos municípios brasileiros que aderem ao Programa e implementado na perspectiva de melhorias e eficaz exercício das ações. Em todo o país, estima-se que 80.383 escolas distribuídas em 4.861 municípios tenham aderido ao PSE no ano de 2013, sendo 41.050 da região Nordeste, 17.606 da região Sudeste, 9.611 da região Sul, 7.545 da região Norte e 4.571 da região Centro-Oeste (BRASIL, 2013a).

Assim, este trabalho descreve a implantação do PSE e a avaliação antropométrica¹ dos alunos da Escola Municipal João Ribeiro Rosa, no município de Iturama, no estado de Minas Gerais, localizada à Avenida Duque de Caxias, nº 69, no bairro São Miguel. A instituição está enquadrada nos mencionados níveis: Educação Infantil – Pré-escolar I e II (de 4 a 5 anos), Ensino Fundamental – ciclo inicial, com duração de três anos e ciclo complementar com duração de dois anos, e do 6º ao 9º ano das séries finais, e ainda conta com Educação de Jovens e adultos – EJA (1º a 4º séries).

Minhas inquietações com a saúde e o desvairo pela cura começaram ainda quando estava preparando-me para o vestibular do curso de farmácia, no final dos anos de 1980. No entanto, em 2004, surge o interesse de conhecer uma nova concepção para mim, “o mundo da educação”, cursando Licenciatura em Química.

¹ Esse termo refere-se a medições comparativas do corpo. A avaliação antropométrica é utilizada principalmente por nutricionistas. No caso dos adultos, geralmente incluem altura, peso, índice de massa corporal (IMC), relação cintura-quadril e porcentagem de gordura corporal. Tais medidas mudam bastante ao longo do tempo. Normalmente, também são influenciadas por nutrição, condições socioeconômicas, trabalho, atividades diárias e período de medição. Além disso, fatores como DNA e genes também interferem bastante em estudos de antropometria. As pessoas devem atualizar esses dados com regularidade. Comparando-os entre si e com padrões de referência, é possível avaliar o estado de peso e o risco de doenças. As medidas antropométricas exigem técnicas de medição precisas para serem válidas, e por isso devem ser realizadas por profissionais.

Em 2009, tive o primeiro contato com saúde pública, fazendo parte de uma equipe multiprofissional, apoiando a equipe de atenção básica na promoção de saúde da família, através da Secretaria Municipal de Saúde do município de Iturama. Por meio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – Nasf, pude acompanhar e orientar 300 pacientes portadores de diabete mellitus, doença que, na maioria das vezes, causada por maus hábitos de vida.

Em 2011, com a adesão do município de Iturama ao PSE e a implantação dele na Escola Municipal João Ribeiro Rosa, fiz parte da equipe. Quando adentrei, em 2014, no curso de pós-graduação em educação da Universidade de Uberaba – Uniube, na linha de pesquisa Processos Educacionais e seus Fundamentos, ainda desenvolvia os trabalhos no PSE. Tivemos a certeza de que queria continuar a busca por novos conhecimentos, focalizando a trajetória histórica de políticas de promoção de Saúde nos campos da Saúde e da Educação, assim como o campo da Saúde Escolar, através do PSE, uma política pública regulatória que adota a escola como campo para envolver os indivíduos.

Ao realizar esta pesquisa, foi de fundamental importância o desenvolvimento de novos conhecimentos e pensar como Martin Luther King ao afirmar que “talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas, graças a Deus, não sou o que era antes”.

A Escola Municipal João Ribeiro Rosa iniciou o trabalho de mapeamento do seu público para uma possível intervenção, tendo como diretriz o PSE, desenvolvido em parceria com as secretarias municipais de Saúde e Educação do município de Iturama, baseando-se nas metas de adesão do município, através da Portaria nº 1.910/2011 (BRASIL, 2011a). Dessa forma, passou atender à população local com o objetivo de executar todas as ações propostas de maneira satisfatória e implantando-as na administração em 2012, quando se deu início o PSE em todas as escolas municipais. Esse trabalho foi feito em parceria com a equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio a Saúde da família – Nasf, que tem como uma de suas diretrizes o acompanhamento, o diagnóstico e as intervenções necessárias para a resolutividade de ações entre a escola e a saúde.

A metodologia deste estudo incluiu a pesquisa bibliográfica, desenvolvida por meio qualitativo. Para Gil (2008, p. 71), “a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômeno muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diariamente”.

O aprofundamento ao tema nos proporcionará a possibilidade de identificar a evolução da utilização dos programas de saúde oferecidos pelo governo federal e as principais leis que embasaram esses processos, dando ênfase ao PSE. Nesse sentido, a pesquisa bibliográfica permitiu conhecer os conceitos acerca das abordagens qualitativas, os

diversos tipos de métodos, a centralidade da linguagem, a importância da pragmática e a criação de um novo olhar sobre os estudos quali-quantitativos. Sendo assim, esta dissertação está estruturada em três capítulos.

No primeiro capítulo, realiza-se um levantamento bibliográfico que permitiu pesquisar dados históricos nos primórdios da saúde no campo escolar, deparando com os primeiros trabalhos realizados no final do século XVIII, quando o médico alemão Johann Peter Frank – que elaborou o programa *System einer Vollständigen Medicinischen Polizey* – chegou ao Brasil em 1850, no período imperial, e com ele também todas as mudanças envolvidas com a saúde do escolar nos períodos da política brasileira.

No segundo capítulo, descreve-se o PSE desde sua implantação pelo Decreto Presidencial nº 6. 286 de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a), até os dias atuais.

No terceiro capítulo, há uma complementação específica da pesquisa sobre o PSE no município de Iturama, com ênfase na Escola Municipal João Ribeiro Rosa, que dentre os vários componentes do programa, foi trabalhado o Componente I: Avaliação Clínica e Psicossocial; na Linha de Ação – Avaliação Antropométrica. As realizações do acompanhamento da avaliação antropométrica terão como foco de estudo uma média de ¼ da população atendida na instituição.

Nas considerações finais, parte-se para um breve comentário dos resultados obtidos e das comparações realizadas.

2 A SAÚDE ESCOLAR NO BRASIL: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES

2.1 A SAÚDE ESCOLAR

2.1.1 Primórdios da Saúde Escolar

O primeiro registro histórico do processo saúde na escola teve início na Alemanha do século XVIII, quando o pensamento político e econômico vigente transcorria com a materialização do capitalismo consequente da Revolução Industrial à qual eram atribuídas a deterioração das condições ambientais e sociais das cidades. Juntamente com a ocorrência das doenças e as condições precárias de vida da população, também se estabelecia a ideia da medicina como uma ciência social, sendo o conhecimento epidemiológico influenciado pelo estudo dos aspectos sociais do adoecer humano.

Em consequência desse contexto, leva-se adiante a ideia de ser a saúde do povo uma responsabilidade do Estado. Assim, o médico e higienista alemão Johann Peter Frank (1745-1821) elabora o *System einer Vollständigen Medicinischen Polizey*, um programa completo de polícia médica, que ficou conhecido popularmente como Sistema Frank.

O Sistema Frank, considerado marco no pensamento a respeito das relações sociais da saúde e da doença, é um guia publicado na Alemanha, primeiro país a institucionalizar a polícia médica, a partir de 1779, em nove volumes, onde, os dois últimos foram póstumos (ROSEN, 1994, p. 130).

Dos nove volumes, pode-se ressaltar o 3º como ponto primordial para este estudo, no qual Frank discute os detalhes de seu programa sobre a assistência da saúde da criança em idade escolar e a supervisão policial das instituições de ensino (ROSEN, 1994, p. 129).

O Sistema Frank propunha uma analogia entre o Estado e a Ciência Médica, abordando aspectos indispensáveis para a vida humana, entre eles, as instalações de moradias saudáveis e limpeza pública urbana, com a finalidade de amenizar a proliferação e contaminação de doenças que devastavam as cidades alemãs. Essas medidas englobavam o combate às doenças coletivas e individuais por meio de instituições médicas, protegidas pelo poder do Estado, com a finalidade de historiar os diferentes fenômenos epidemiológicos.

Assim, obtinham-se dados através da observação do número de doentes, tornando-o controlado pelo Estado por meio dos programas de ensino e criação de um setor especializado para coletar elementos transmitidos pelos médicos e controlar a atividade dos profissionais da saúde junto à população. Por fim, criar também um corpo de funcionários

médicos competentes, alcunhados pelo governo, para intervir diretamente com o seu conhecimento e comando sobre uma determinada região.

Pelos trabalhos realizados por Frank, há que se observar ainda que:

O Sistema Frank legou a Johann Peter Frank o reconhecimento como o pai da saúde escolar visto que, no tocante ao tema, [...] dispunha detalhadamente sobre o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais particularizando desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula (ROSEN, 1994, p. 128).

A partir de então, surge na Alemanha um estudioso do Sistema Frank, o médico e filósofo Franz Anton Mai, que nasceu em Heidelberg, em 1742. Ele propõe um novo código de saúde no ano de 1800, expressando seu respeito pelo trabalho do médico alemão e o esforço para aplicá-lo. Esse código descrevia sobre as leis sanitárias abrangentes, com destaque para a educação sanitária, regulamentando assuntos relacionados à saúde da população, principalmente a saúde escolar, divulgando conceitos e ensinamentos, com o objetivo de esclarecer a população, os médicos e demais profissionais de saúde a respeito das doenças, com a finalidade não apenas de manter, mas também de promover a saúde.

A importância da obra de Frank encontra-se na declaração de uma ordem científica e sistemática de uma forma de medicina, tendo em conta a influência do ambiente e das condições de vida na produção de doença humana. Ele reconheceu que a saúde e a doença são condicionadas por fatores sociais, e propôs soluções e diretrizes para temperar o impacto desses fatores sobre a saúde, para que possa ser chamado com justiça como um pioneiro da higiene social como uma disciplina científica. Ele desenvolveu a visão de que o Estado tinha uma responsabilidade para a saúde dos seus cidadãos e que a responsabilidade deve ser cumprida por subsidiar a prevenção da mesma. Enquanto isto implica uma atitude paternalista do Estado para com seus súditos, no tempo de Frank eram uma alternativa positivista dada as condições de pobreza e ignorância na saúde da população. Da mesma forma, em seu tempo, ele considerou o médico como o principal conselheiro para os governantes, que devem acompanhar e advertir sobre a tarefa de educar as pessoas no conhecimento e consciência do que é um comportamento saudável (MEDINA-DE LA GARZA; KOSCHWITZ, 2011, p.167, tradução nossa²).

²“La importancia de la obra de Frank reside en el establecimiento de un orden científico y sistemático de una forma de la medicina, que tomaba en cuenta la influencia del medio ambiente y las condiciones de vida en la producción de las enfermedades del hombre. Pudo reconocer que la salud y la enfermedad están condicionadas por factores sociales, y propuso soluciones y lineamientos para atemperar el impacto de estos factores en la salud, por lo cual puede ser nombrado con justicia como un pionero de la higiene social como disciplina científica. Desarrolló la visión de que el estado tenía una responsabilidad para con la salud de sus ciudadanos y que esa responsabilidad debía ser cumplida mediante la subvención y prevención por parte del mismo. Aunque esto implicase una actitud paternalista del estado para con sus súbditos, en el tiempo en que Frank lo impulsó era una alternativa positiva dadas las condiciones de pobreza e ignorancia en cuestiones de salud de la población. Igualmente, en su tiempo, consideró al médico como un consejero fundamental para los gobernantes, que debía acompañarlos y aconsejarlos en la tarea de educar al pueblo en el conocimiento y conciencia de lo que es un comportamiento saludable”. Cf. MEDINA-DE LA GARZA, Carlos E; KOSCHWITZ, Martina-Christine. Johann Peter Frank y la medicina social. **Revista Medicina Universitaria**. Facultad Medicina UANL. Publicado por Elsevier México [online], p. 167. 2011. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-johann-peter-frank-medicina-social-X166557961135647X>>. Acesso: 31 maio 2015.

Sendo assim, a medicina alemã propõe-se, politicamente, a lutar contra a doença, as epidemias e reestruturar a sociedade de maus hábitos higiênicos, físicos e morais, através da *polícia médica* de Johann Peter Frank, considerando-o o pai da saúde escolar (FIGUEIREDO, 2010, p. 398, grifo nosso) e, por outro lado, a Pedagogia, representada por Rousseau no século XVIII em o *Emílio*, que defendia a relação entre o corpo e a mente, pelo qual foi considerado o pai da educação (GHIRALDELLI, 1988, p. 12).

No Brasil, esse tipo medicina é relatado por Maia (2010, p.45) na sua dissertação de mestrado. Ele conta que, com a vinda da corte portuguesa para o Brasil, em 1808, surgiu também a polícia médica e sua conformação espelha-se no forte domínio europeu em relação às práticas sanitárias. Também se pode considerar que começa um novo período na história da educação e saúde no Brasil, com a fundação das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Bahia, em 1932. No entanto, somente a partir de 1850, no período imperial brasileiro, a polícia médica abrange a saúde no âmbito escolar, devido à preocupação das autoridades imperiais com a saúde dos estudantes e na tentativa de controlar as epidemias de febre amarela, cólera e varíola que assolavam o país.

2.2 A SAÚDE ESCOLAR NO BRASIL

2.2.1 Saúde escolar no período imperial brasileiro

O período imperial brasileiro teve seu início em 1822, ano da independência do Brasil, com o advento da monarquia constitucional e sob a influência das ideias liberais até o ano de 1889, quando ocorreu a Proclamação da República dos Estados Unidos do Brasil. Foi um período caracterizado por negociações entre as elites regionais e a Coroa Portuguesa, representada por D. Pedro I, sendo o único país americano a optar pelo regime monárquico (BRASIL, 2009c, p.16).

O processo constitucional do Brasil nesse período teve início a partir de um Decreto expedido por D. Pedro I, no dia 3 de junho de 1822 (BRASIL, 1822), convocando a primeira Assembleia Geral Constituinte e Legislativa, com a finalidade de elaborar uma constituição que formalizasse a independência política do Brasil em relação ao reino português. Em 25 de março 1824, ele outorga a primeira Carta Constitucional brasileira, oficialmente chamada de Constituição Política do Império do Brasil (BRASIL, 1824).

No seu artigo 179, incisos XXXI, XXXII e XXXIII, abordavam os assuntos de educação e saúde, nos quais abonavam respectivamente, “socorros públicos aos cidadãos, assegurava a gratuidade e o direito à educação pública primária a todos os cidadãos que

tinham direito a cidadania e, ainda, referiam à criação de instituições de ensino, onde seriam ensinados os elementos das Ciências, Letras e Artes” (BRASIL, 1824, online).

A partir de então, a administração do ensino médio e superior passou a ser de responsabilidade do governo deixando as províncias responsáveis pelo ensino primário, portanto, conclui-se que o processo de descentralização do ensino ocorre desde a Constituição de 1824. E ainda pode-se dizer que a primeira constituição brasileira, ao proporcionar a criação de instituições de ensino, trouxe para sociedade a benévola de vivenciar inovações ligadas à criação de instituições voltadas ao fortalecimento da cultura escolar e da saúde, arraigando o país em um processo de “modernização e urbanização com a fundação de escolas, faculdades e do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, cooperando para o crescimento do ensino e da pesquisa em nosso país” (SENRA, 2009, p.32).

No entanto, o ensino brasileiro ainda estava desorganizado. Na tentativa de estabelecê-lo, foi aprovada a Carta de Lei de 15 de outubro de 1827 (BRASIL, 1827), considerada a primeira lei da educação no Brasil, regulamentando o funcionamento da educação referente à: expansão de escolas públicas, salários para docentes, método, currículo, repetência, admissão e escolas para meninas. Ao mesmo tempo, abonava às Províncias o direito de legislar a educação pública, atribuindo-lhes a responsabilidade de regulamentar e promover o ensino de primeiras letras.

A Carta Lei de 1827 também promoveu uma das primeiras políticas de descentralização administrativa do país. Desse modo, podem ser destacados os principais artigos:

Art. 1º Em todas as cidades, vilas e lugares mais populosos, haverá as escolas de primeiras letras que forem necessárias. Art. 2º Os Presidentes das províncias, em Conselho e com audiência das respectivas Câmaras, enquanto não estiverem em exercício os Conselhos Gerais, marcarão o número e localidades das escolas, podendo extinguir as que existem em lugares pouco populosos e remover os professores para as que se criarem, onde mais aproveitem, dando conta a Assembleia Geral para final resolução; Art. 3º Os presidentes, em Conselho, taxarão interinamente os ordenados dos Professores, regulando-os de 200\$000 a 500\$000 anuais, com atenção às circunstâncias da população e carestia dos lugares, e o farão presente a Assembleia Geral para a aprovação; Art. 4º As escolas serão de ensino mútuo ou lancasteriano nas capitais das províncias; e serão também nas cidades, vilas e lugares populosos, em que for possível estabelecerem-se; Art. 6º Os professores ensinarão a ler, escrever, as quatro operações de aritmética, prática de quebrados, decimais e proporções, as noções mais gerais de geometria prática, a gramática de língua nacional, e os princípios de moral cristã e da doutrina da religião católica e apostólica romana, proporcionados à compreensão dos meninos; preferindo para as leituras a Constituição do Império e a História do Brasil (BRASIL, 1827, online).

Portanto, essa Lei determinava que em todas as cidades, vilas e lugares populosos deveriam ter escolas de primeiras letras e ainda delegava, aos presidentes de província, que

definissem os ordenados dos professores, sendo exigida deles a formação para ensinar, e quando eles não a tivessem, deveriam providenciar em curto prazo e às próprias custas; determinava ainda que nos conteúdos das disciplinas deviam ser ensinado a ler e escrever as quatro operações de aritmética, prática dos quebrados, decimais e proporções, as noções mais gerais de geometria prática, a gramática nacional, os princípios da moral cristã e de doutrina da religião católica e apostólica romana, além de priorizar o ensino de leitura relativo aos temas: Constituição do Império e História do Brasil.

Também há de se considerar, no artigo 4º, a escolha do método mútuo ou lancasteriano, acarretando aumento de alunos e diminuição de custo com a contratação de novos professores, já que as atribuições de ensinar eram determinadas aos alunos mais inteligentes da turma, que atuavam como professores adjuntos. Assim sendo, a Carta Lei de 1827 lei não aborda o ensino na organização em divisões, classe, curso e também não estabelece divisão dos conteúdos a serem trabalhados e há ausência de critérios relacionados à idade escolar.

Em 1828, também por meio de Decreto Imperial, houve alterações nos serviços de Saúde Pública, descentralizando-os e passando-os para responsabilidade das províncias. (IYDA, 1994, p. 30). Essa descentralização ocorreu com intuito de diminuir os surtos epidêmicos que arruinavam as cidades, principalmente a capital, Rio de Janeiro, uma vez que as medidas sanitárias criadas não foram suficientes para conter a proliferação dessas doenças que assolavam as províncias brasileiras.

Aos longos 65 anos de sobrevivência, a Constituição Imperial sofreu apenas uma emenda, apresentada no ano de 1834, chamada de Ato Adicional de 1834 (BRASIL, 1834) que, por sua vez, culmina com a descentralização da saúde pública contemplando aos interesses dos grupos liberais. A Constituição é alterada na tentativa de dominar os conflitos existentes em prol das disputas pelo poder político central, garantindo maior autonomia administrativa às províncias do Império, criando as Assembleias Legislativas Provinciais com a finalidade de controlar os impostos e dispêndios locais. Essas alterações davam às elites políticas e econômicas das províncias uma margem de manobra para conseguirem manter sua influência na administração provincial, fortalecendo ainda mais a descentralização da saúde.

Já em 1850, o Brasil começa a experimentar um surto industrial, causado naquele momento pela imigração que, ao mesmo tempo, ocorria devido às evasões demográficas na Europa (GIANNOTTI, 2007, p. 50), logo, milhares de pessoas se deslocaram de seus países para territórios considerados despovoados e pouco desenvolvidos sob o ponto de vista de infraestrutura urbana e rural, no tentame de obter melhores condições de vida e de trabalho.

Essa situação levou ao aumento da população brasileira (IBGE, 2000, p. 225), ao mesmo tempo crescendo descontroladamente as condições de insalubridade da população, consequência das lotadas embarcações, que traziam mercadorias, imigrantes e, com eles, doenças infectocontagiosas. A partir de então, as autoridades brasileiras da época iniciam trabalhos mais rigorosos de controle das doenças, que até então se concentrava nas cidades portuárias, incluindo a escola nesse cenário, dando início à Saúde Escolar no Brasil.

Essa diversidade cultural e étnica preocupava as autoridades imperiais, iniciando uma intervenção sobre a saúde na escola, a partir da interferência do Estado brasileiro na saúde pública em 1850, devido à necessidade de controlar frequentes epidemias de febre amarela, cólera e varíola que infestavam a cidade do Rio de Janeiro (LIMA, 1985, p. 87).

Portanto, em 1850, inicia-se a trajetória da saúde escolar no Brasil, ainda que, nesse período, as crianças pobres cresciam frente a privações medíocres, sem acesso à formação escolar, e que se tornavam adultos desprovidos de conhecimento e analfabetos carentes de direitos. Na verdade, elas assumiam desde cedo a responsabilidade de trabalhar, tornando-se adultos precocemente, díspares das crianças filhos da elite que podiam ingressar em seus estudos a partir dos seus sete anos. No entanto, quisera a ironia do destino, que tanto filhos de pobres e ricos enfrentassem em comum o alto índice de mortalidade infantil, devido às péssimas condições sanitárias dos centros urbanos e à falta de conhecimentos médicos que, entre outros fatores, faziam com que as crianças se tornassem as principais vítimas de doenças contagiosas que assolavam o Império e quase sempre as levassem à morte.

Não obstante a esse contexto, a escola atrelada ao pensamento higienista, em que se defendiam os protótipos sociais e de conduta em nome da saúde, transformava o comportamento da população através da educação, cuidando da saúde, da higiene, civilizando o indivíduo e o país, apesar do número pequeno de crianças nas escolas no período imperial.

Durante um século a infância continuaria muito curta para as crianças dessa classe, que seriam empregadas nas fábricas e tecelagens já a partir dos cinco anos ou até menos, cumprindo turnos de doze a dezesseis horas e submetendo a períodos de trabalho noturno, o que sem dúvida deixava poucas possibilidades para a frequência à escola (LIMA, 1985, p. 36).

Esse histórico da saúde brasileira leva o governo Imperial a criar a Junta de Higiene Pública através do Decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850 (BRASIL, 1850), com o objetivo de melhorar o estado sanitário da Capital e de outras Províncias do Império (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – FUNASA, 2004, p.14). Mais tarde, em 1851, seu regulamento foi proporcionado pelo Decreto 858 e recebe a denominação de Junta Central de Higiene Pública, com a finalidade de coordenar as Juntas Municipais, atuando no combate à febre amarela (BRASIL, 1851).

A Junta Central de Higiene Pública passa a ser gestora sanitária do Império, desenvolvendo diversas ações, entre elas, a organização da vacinação da população, consolidando seus dados em busca da resolutividade das epidemias, mas, embora não tendo aniquilado essas epidemias, marca uma nova etapa na organização da higiene pública no Brasil.

Esta Junta também passou a coordenar as atividades de polícia sanitária, vacinação contra varíola, fiscalização do exercício da medicina e a Inspeção de Saúde dos Portos. Assim, ficou centralizado sobre o poder público da Junta todo e qualquer assunto que remetesse à gestão sanitária do Império. É oficializada a Junta Central de Higiene Pública, órgão administrativo do Governo Imperial (MARINHO *et al.*, 2014, p.26).

A luta dos higienistas no controle de doenças foi intensa no período Imperial. Entretanto, devido à pequena quantidade de profissionais higienistas, e também à cultura popular, que não aceitavam as questões relacionadas à doença, e considerando suas raízes socioculturais, os trabalhos sobre as doenças, suas transmissões – e como deveriam evitar seu contágio que estavam sendo disseminados em grandes proporções – foram fortemente dificultados. “Desta forma, concluiu-se o período Imperial sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade” (BRASIL, 2007b, p. 17).

Apesar dos primeiros estudos sobre saúde escolar terem ocorrido no Brasil em 1850, somente em 1889, quando o médico José Pereira Rego, o Barão do Lavradio³, assume o cargo de membro da Comissão de Saúde Pública, cria um decreto que regulamenta a inspeção das escolas privadas e públicas da corte. Trata-se do Decreto Imperial nº 9.554, de 3 de fevereiro de 1886 (BRASIL, 1886), que extinguiu a Junta Central de Higiene Pública criada em 1951 e apresentava no seu texto original a preocupação com as questões do sanitarismo e da higiene nos ambientes públicos ressaltando a importância dos espaços educacionais. Transcrevemos, portanto, partes do referido Decreto.

Art.1.º A inspeção higiênica dos estabelecimentos públicos ou particulares de instrução será feita por uma comissão permanente.

Art. 3.º Incumbe aos comissários:

§ 1.º Visitar, duas vezes por mês, as escolas públicas de instrução primária e uma, as particulares, controladas em conformidade do artigo (...) e sempre que possível os demais estabelecimentos particulares de instrução primária e secundária;

§ 2.º Dar parecer motivado sobre a salubridade do local e dos edifícios, antes de adquiridos ou alugados para o serviço de instrução e de educação;

§ 3.º Examinar, desde já, as condições do local e instalações das escolas públicas de instrução primária;

³ Nasceu no Rio de Janeiro em 1816, doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1838. Membro titular da Academia Imperial de Medicina em 1840. Médico da Imperial Câmara e comendador das Ordens de Nosso Senhor Jesus Cristo e Imperial da Rosa. É patrono da cadeira nº 7 da Academia Nacional de Medicina – ANM. Feito Barão de Lavradio pelo Imperador D.Pedro II, em 1874, por seu trabalho na erradicação da epidemia de febre amarela.

§ 4.º Aconselhar aos professores ou diretores dos estabelecimentos visitados as providências de fácil aplicação, e convenientes à preservação da saúde dos alunos, e representar à Inspetoria Geral de Higiene quando desatendidos;

§ 5.º Lembrar as autoridades competentes as prescrições higiênicas que excedem da competência ou dos recursos dos professores ou diretores dos estabelecimentos públicos;

§ 6.º Aplicar aos estabelecimentos particulares as disposições do regulamento de 3 de fevereiro de 1886, relativos à polícia sanitária. (BRASIL, 1886, p. 57).

Após ser criado o Decreto que regulamenta as inspeções das escolas da corte, mais precisamente em 1899, chega ao Brasil, oriunda da França, a puericultura, conceito citado por Carlos Moncorvo Filho. A partir de então, Moncorvo cria o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, que preconizava uma organização que deveria vistoriar e regular as amas de leite, estudar as condições de vida das crianças pobres, também proteger a criança contra a violência e o desmazelo, inspecionar as escolas, fiscalizar o trabalho feminino e de menores nas indústrias, e ainda, organizar a campanha de vacinação, disseminar conhecimentos sobre doenças infantis, como varíola e tuberculose; visando à proteção dos jovens e apoio a todo tipo de iniciativa que pudesse elevar ao máximo a assistência à infância tornando-a sadia.

Moncorvo Filho cria o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, tendo como objeto uma criança sadia, tornando um adulto fisicamente sadio, psicologicamente equilibrado e preparado para conviver socialmente. Moncorvo Filho, patrono da Associação de Pediatria ocupando a cadeira nº 2 (ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA – ABP, 2013, p. 56).

Portanto, pode-se afirmar que, com a chegada da puericultura no Brasil, a saúde escolar ou higiene escolar se deu pela interseção de três doutrinas: Polícia Médica, Sanitarismo e Puericultura, constituindo um tripé com o objetivo de melhor estruturar a saúde no âmbito escolar, obtendo, assim, resultados satisfatórios aos interesses de todas as classes do Império.

Segundo Lima (1985, p. 85), essas doutrinas se davam pela:

Polícia médica, na inspetoria das condições de saúde dos envolvidos com o ensino; pelo sanitarismo, na prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino; e pela puericultura, na difusão de regras de viver para professores e alunos e a interferência em favor de uma pedagogia mais “fisiológica”, isto é, mais adequada aos corpos escolares aos quais se aplicasse.

Em analogia à citação de Lima, abaliza-se que a primeira doutrina relacionada à saúde escolar no Brasil foi a Polícia Médica, através dos médicos higienistas, responsáveis por tratar os doentes e controlar as epidemias comuns e avassaladoras para à vida. A segunda doutrina foi o sanitarismo, responsável pela salubridade dos espaços escolares e, por último, a puericultura, que é a terceira doutrina do tripé da saúde escolar ou higiene escolar,

responsável pelos cuidados da criança, principalmente, na idade escolar. Pode-se assegurar também que essas doutrinas foram de fundamental importância no período Imperial, mas o sanitarismo e a puericultura tiveram maiores avanços na Primeira República, período em que ocorreram os movimentos sanitários.

Ao mesmo tempo em que ocorria a luta dos higienistas em prol da prevenção e disseminação de doenças, a industrialização brasileira também crescia, e a educação representava indispensavelmente na garantia do desenvolvimento econômico do país. Nesse sentido, Barbieri (2014, p. 22) relata que, “a escola é compreendida enquanto um espaço amplo, portanto, cenário não somente do processo de ensino-aprendizagem, mas de relações sociais que interferem diretamente na produção social da saúde”.

Essas constatações deram abertura para uma série de medidas que resultaram na criação e organização da Inspeção Geral de Instrução Primária e Secundária do Município da Corte, na Primeira Reforma da Educação do Império, em 1854, e a Reforma Leôncio de Carvalho, que culmina com o Decreto nº 7.247/1879 (BRASIL, 1879).

Em 1883 ocorre a última modificação regulamentar do ensino público realizado no período imperial e nos anos que se sucederam até 1889 (UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – Unesp, 2010, p. 63), não apresentando grandes mudanças no quadro geral da Educação.

Mas, segundo Saviani (2011, p. 137):

[...] A essência da reforma é apresentada logo no artigo primeiro a proclamar que é completamente livre o ensino primário e secundário e o superior no município da corte em todo Império, salva a inspeção necessária para garantir as condições de moralidade e higiene.

Finalizando esse período, conclui-se que a relação saúde/escola está fundamentada na higiene e no sanitarismo, embasado em Leis e Decretos descritos no decorrer desse período, justificando que a Saúde e Educação estão atreladas em suas ações, com objetivos análogos para o crescimento de uma sociedade igualitária e profícua. E ainda, referindo-se à primeira Lei Magna brasileira, embora apregoasse direitos ainda hipotéticos, foi um marco na história do país, apresentando tentativas descontínuas e intermitentes, de organizar a educação e a saúde como responsabilidade do poder público representado pelo governo imperial e pelos governos das províncias.

2.2.2 Saúde Escolar na Primeira República

Este período engloba a Programação da República, em 1889, até o começo da era Vargas, em 1930. Trata-se de um momento marcado pelo abandono de projetos e debates sobre saúde e, principalmente, de educação; momento também chamado de “pré”, isto é, do pré-modernismo, da pré-industrialização, da pré-urbanização (FERREIRA, 2012, p. 103).

No que se refere à educação, é importante ressaltar nesse período, precisamente na década de 1890, o início de um novo conceito de Educação Pública, referente à implantação do ensino graduado na Escola Normal, começando pelo estado de São Paulo, o qual é o pioneiro nessa modernização. Os demais Estados passam a viver essa modernidade mais tarde.

Como foi descrito no período imperial, a descentralização do ensino ocorrida quando o governo transfere para as Províncias a responsabilidade do ensino primário, garante sua omissão quanto a uma educação primária pública de qualidade. Essa decisão das autoridades imperiais proporciona uma situação caótica em relação à saúde e à educação nas províncias principalmente na área rural (SANTANA, 2010, p. 13).

A partir de 1900, um movimento, chamado sanitarista ou higienista, por sua vez, fez com que a saúde pública e escolar surgisse efetivamente em alguns estados brasileiros. E o sanitarismo ganha entusiasmo e avança com o intento de melhorar a saúde do país, através de um ambiente insalubre, juntamente com a puericultura que alcança seu ápice em 1909, quando Moncorvo Filho propõe a criação de um Serviço de Inspeção Sanitária Escolar, com a finalidade de instituir uma rede de proteção à infância pobre (LIMA, 1985, p.112).

Nesse momento em que o país passava por um desenvolvimento econômico devido à expansão das indústrias cafeeiras e a chegada dos imigrantes que formaram a primeira massa de operários do Brasil, começou-se a discutir, obviamente com fortes formas de pressão como greves e manifestações, a modificação do ensino e um modelo de assistência médica para a população mais pobre. Mas, nessa época eram desenvolvidas apenas ações sanitárias e o controle de endemias e epidemias como a varíola, malária, febre amarela.

Em 1920, o movimento de Reforma Sanitária ganha corpo e a rede de ensino era controlada pelo Ministério da Educação e do Desporto, sob a liderança de uma nova geração de médicos higienistas. Estes profissionais alcançaram importantes resultados, destacando a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central (BRASIL, 2007b, p. 19).

A criação do DNSP, durante a reforma da saúde pública, através da Reforma Sanitária, conduzida por Carlos Chagas, colaborou para a organização do primeiro órgão público responsável pela formulação de políticas de saúde materno-infantil no Brasil,

denominado Inspetoria de Higiene Infantil, que tinha como responsabilidades coordenar e fiscalizar todos os serviços de proteção à infância.

Em 1920, o Ministério da Justiça e Negócios Interiores, cria o Departamento Nacional de Saúde Pública, cedendo aos argumentos de que a saúde, em razão de seu caráter por vezes coercivo, e da necessidade de intervir de forma rápida em situações de emergência, estaria bem posicionada, mesmo vendo ampliadas as suas atribuições, permanecia como área integrante do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (HAMILTON, 1993, p. 03).

A criação do Departamento de Saúde Pública foi um marco extraordinário na evolução sanitária brasileira, porém, as doenças transmissíveis não davam trégua e eram rapidamente disseminadas entre a população. Por outro lado, a escola fundamentalmente cumpre o papel de ensinar e conscientizar a população escolar a respeito de noções básicas de higiene, considerando que lugares insalubres era elemento causador da proliferação das enfermidades.

Com a culminância do movimento sanitarista não se poderia deixar de citar Monteiro Lobato. Ele nasceu em 1882, na cidade de Taubaté, São Paulo. Forma-se em Direito, torna-se colunista do Estado de São Paulo e escritor. Morre em 1948. Lobato, ao participar da campanha sanitária, percebeu que o homem do campo estava abandonado e entregue às doenças, sem educação, sem assistência médica. A partir de então, conhece os higienistas, contato que o leva a ajuizar que a falta de saneamento era a provedora da desgraça brasileira. Então, no livro *Problema Vital*, expressava seu apoio ao ideário sanitarista, sintetizando-o no famoso personagem Jeca Tatu, como exemplo do impacto das doenças sobre os sertanejos e das possibilidades de sua redenção (PONTE, 2007, p. 61).

A obra tornou-se um marco divisório entre dois mundos: o mundo rural arcaico, injusto e atrasado; e o mundo moderno, urbano e industrial, representado como o novo modelo de civilização e a forma ideal para superação das injustiças sociais. Monteiro Lobato monta seu personagem Jeca Tatu para acusar de forma irreverente e caricatural a situação crítica em que vivia o homem do interior do país.

Com a obra *Problema Vital* e seu personagem Jeca Tatu, Monteiro Lobato, um antecessor do modernismo, demonstra ser um crítico aos modernistas, acusando-os de imitadores de episódios estrangeiros, mesmo com privilégios de nobre, e assegura-se ser um nacionalista inabalável, demonstrando sua adoração pelo caboclo brasileiro. Quando dá vida ao seu personagem Jeca Tatu, livre das doenças rurais, compreende a competência e a índole do caboclo. Sua postura induz a uma mudança radical em relação ao país: reconhece que o Brasil precisava ser saneado, e não somente passar por reformas constitucionais e políticas, as quais não compreendiam problemas essenciais.

Ao mesmo tempo que ocorria as reformas sanitárias, a educação também passava por reformas educacionais que principiavam com um novo conceito de Educação Pública, questionavam, principalmente, a pedagogia tradicional, envolvida pela igreja católica que representava as escolas privadas. Essas reformas começaram pelo Estado de São Paulo, pioneiro na modernização, como dito anteriormente.

Com a modernização do estado, unidades de ensino que estavam espalhadas foram reunidas nos “grupos escolares”, construídos segundo os projetos arquitetônicos mais avançados da época. Os alunos foram organizados conforme idade e proficiência, pela primeira vez um programa sequencial de estudos, foram divididos em várias séries. Chegam ao Brasil os imigrantes europeus e japoneses, principalmente, em São Paulo e Rio de Janeiro e estados do sul, para substituir a mão de obra escrava e para habitar as grandes cidades do país. São formadas novas elites que começaram a agitar em prol de um Estado Nacional moderno que não se limitasse apenas em imitar instituições europeias, mas capaz de incorporar a população numa comunidade nacional coerente e íntegra (SOUZA, 1998, p. 97).

Esse movimento modernista no Estado de São Paulo construiu um padrão novo de escola baseado em ideias importadas, abrindo um espaço para propostas em prol da educação. Dois grandes movimentos na educação causam mudanças sociais: a criação dos grupos escolares e a reforma da escola normal. Esse novo modelo defendia uma escola pública universal e gratuita, de forma a proporcionar uma educação igualitária para todos, instituindo uma igualdade de oportunidades. O ensino deveria ser laico, ou seja, sem a influência e a orientação religiosa que tinham marcado os processos educacionais até então, com a cátedra de formar um cidadão livre e consciente que pudesse agrupar-se ao Estado Nacional Brasileiro e participar das transformações sociais que estavam ocorrendo.

E ainda referente aos métodos e técnicas de ensinar-aprender a partir dessas mudanças – que ao centrar o processo na criança, psicologizou o campo pedagógico – a educação se tornava “higiênica” de acordo com as necessidades e capacidades da criança e, por outro lado, a reforma da escola normal, com a inclusão das disciplinas de higiene e puericultura em seus currículos.

Através de leituras realizadas durante o desenvolvimento deste trabalho, foi encontrado que em 15 de outubro de 1924 foi instituída a Associação Brasileira de Educação – ABE, fruto do movimento organizado de cientistas e intelectuais da época, com a finalidade de promover a difusão e o aperfeiçoamento da educação e cooperar com as iniciativas que viessem ao encontro desse objetivo. A ABE reuniu educadores, médicos, advogados, engenheiros e outros profissionais que buscavam unir esforços daqueles que confiavam ser possível modificar o país pela educação, promovendo, através de campanhas educacionais, uma mudança na maneira de pensar da elite vigente.

Já em 1921, ocorre a promulgação do Código Sanitário e, em 1923, o Estado começa a se fazer presente no campo da saúde, “embora focado nos problemas sanitários do Rio de Janeiro, então capital federal (FARIAS, 1997, p. 25).

Após a reforma do Código Sanitário em São Paulo, é criada a Inspetoria de Educação Sanitária, em 1925, a partir de então surge o primeiro curso de saúde pública e o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública. Mais uma vez, acredita-se que a higiene era antes de tudo uma questão de educação, os higienistas discutiam formas de introduzir, sistematicamente, a educação sanitária nas escolas. Esse pensamento dá ênfase à realização do Curso de Educadores Sanitários de nível médio, que se dirigia a professores primários, regentes de classe. O objetivo era ministrar conhecimentos teóricos e práticos de higiene para que esse professor os introduzisse, posteriormente, nos recém-criados Centros de Saúde e em escolas públicas, a partir de uma proposta eminentemente profilática. E, ainda, leva o Instituto de Higiene da Faculdade de São Paulo a criar o Curso de Educação Sanitária destinado a transformar professoras primárias em agentes divulgadores da higiene entre as classes populares, formando a "consciência sanitária" da população (VASCONCELLOS, 1995, p.57).

Devido às preocupações com as condições de moralidade e higiene, o higienismo passou a ser um elemento central no ideário pedagógico brasileiro, processo iniciado no Império e que permaneceu ao longo da primeira República. Nesse período, principalmente nos anos de 1920, ocorreu a fase de maior politização sanitária. O movimento sanitário no Brasil e as políticas de saúde estavam em torno da questão do saneamento. Também nessa década, o Instituto de Higiene de São Paulo intervém nas escolas, por intermédio de educadores sanitários, abordando os problemas de saúde pública, concentrando as ações nas crianças, na tentativa de proteger os indivíduos das doenças por meio de hábitos saudáveis desde a mais nova idade.

Com a politização da década anterior, ocorre a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública – Mesp em 1930, retirando da flâmula da Reforma Sanitária sua força idealizadora e transformando-a em uma concepção governamental.

2.2.3 Saúde Escolar na Segunda República

A Segunda República ou Era Vargas, período que compreende entre 24 de outubro de 1930 e 16 de julho de 1934, governada por Getúlio Dornelles Vargas, é um momento marcado na história brasileira em razão das inúmeras alterações sociais e econômicas (CABRAL, 2011, p. 23), que culminaram com a Revolução de 1930.

Uma das alterações mais marcantes no governo provisório foi a revogação da Constituição de 1891, por meio da edição do Decreto nº 19.398, de 11 de novembro de 1930 (BRASIL, 1930). Arbitrariamente, Getúlio Vargas fechou o Congresso Nacional e as Assembleias Estaduais e Municipais. E nomeou os chamados interventores, que em geral eram tenentes do exército brasileiro, até a eleição de uma nova Assembleia Constituinte, mantendo suas bases administrativas voltadas para a Teoria Geral da Administração.

Nesse período, o Brasil estava em crise, mas vivendo um processo de industrialização e urbanização. Foi necessário que Vargas fizesse algumas reformas, mais especificamente no campo da educação e saúde que permaneciam unidas e imbuídas no tentame de mudar o cenário social do país. Assim, em 14 de novembro de 1930, o governo cria o Ministério da Educação (BRASIL, 1930) com o nome de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, vinculado ao Ministério da Justiça, Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Nesse mesmo período, surge no Brasil o Escolanovismo. Para os escolanovistas, a educação é um elemento verdadeiramente peculiar, eficaz para a construção de uma sociedade democrática, que leva em consideração as diversidades, respeitando a individualidade do sujeito, aptos a refletir e inserir-se na sociedade. Portanto, para eles a educação seria comum a todos os cidadãos, visto a necessidade de investir nos corpos; a sociedade pretendia entrar no grupo dos países industrializados exigindo um Estado mais participativo. Ademais, a educação e a saúde seriam reconhecidas como necessidade social e econômica, abraçando todas as camadas da população.

Isto posto, pode-se considerar que no governo provisório de Vargas teve início um período de transformação da organização econômica e social brasileira, englobando, inclusive, a organização de um sistema educacional adequado à estrutura moderna que se construía no país. Em 1931, Vargas sanciona diversos decretos para organizar o ensino secundário e as universidades brasileiras ainda inexistentes, os quais⁴ ficaram conhecidos como “Reforma Francisco Campos”. Em relação à saúde, no mesmo ano da Reforma Francisco Campos, o Serviço Sanitário Estadual foi reorganizado na pioneira cidade de São Paulo e criada a Inspeção Médica Escolar subordinada ao Serviço Sanitário, que abarcava a Inspeção Médica Escolar, anteriormente ligada à Diretoria Geral da Instrução Pública.

⁴Decreto nº 19.850, de 11 de abril, cria o Conselho Nacional de Educação e os Conselhos Estaduais de Educação (que só vão começar a funcionar em 1934); Decreto nº 29.851, de 11 de abril, institui o Estatuto das Universidades Brasileiras que dispõe sobre a organização do ensino superior no Brasil e adota o regime universitário; Decreto nº 19.852, de 11 de abril, dispõe sobre a organização da Universidade do Rio de Janeiro; Decreto nº 29.890, de 11 de abril, dispõe sobre a organização do ensino secundário; Decreto 20.158, de 30 de julho, organiza o ensino comercial, regulamenta a profissão de contador e dá outras providências; Decreto 21.241, de 14 de abril, consolida as disposições sobre o ensino secundário.

Já em 1932, através do Decreto n.º 5.394 de 25 de fevereiro (SÃO PAULO, 1932) foi instituída a Inspeção de Higiene e Assistência Dentária, abonando a saúde dos escolares, e sendo subordinada à Diretoria Geral do Serviço Sanitário. Segundo, Moraes (2015, p. 207), “a Inspeção de Higiene Escolar confirma a desvinculação institucional da higiene escolar da instância administrativa e da educação”.

As reformas organizacionais desse período aconteceram com mais intensidade quando Anísio Teixeira, grande educador brasileiro, inicia o movimento dos reformistas da educação que instituíram o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, difundido em 1932, com o título: “A reconstrução educacional no Brasil: ao povo e ao governo” (CUNHA, 2008, p. 128). Esse manifesto era composto por 26 integrantes⁵ e foi elaborado em resposta à solicitação do então presidente Getúlio Vargas, para que a Associação Brasileira de Educação apresentasse fórmulas pedagógicas que orientassem o governo na definição de uma nova política educacional.

A princípio, de acordo com os educadores integrantes do Manifesto, a proposta de renovar a escola tradicional – dominada pela igreja católica – atribuía a responsabilidade educacional à família, era com o objetivo de aplicar a verdadeira função social da escola pautada na democracia e na hierarquia das capacidades, enaltecendo o exercício dos direitos dos cidadãos brasileiros (CUNHA, 2008, p. 130), ou seja, uma educação pública, única, mista, laica, gratuita, obrigatória e de qualidade, na qual o indivíduo seria o centro de todo o processo educacional, sendo respeitado em seus interesses e em sua evolução intelectual, podendo experimentar os resultados a serem alcançados. O grupo defendia também a funcionalidade educativa, uma relação entre a escola, o trabalho e a saúde, em favor do progresso do país. Mas, segundo Pasinato (2011, p. 8), esse Manifesto era um documento de política educativa em que, mais do que a defesa da Escola Nova, estava em causa a defesa da escola pública.

Ao transcorrerem pelos estudos desse período, percebemos que pouco foi realizado em relação à saúde e à educação além da organização das instituições vigentes na época, exceto o Estado de São Paulo, que se modernizou nos dois campos, por fim, a saúde do escolar continuou à mercê da inspeção médica higienista, através dos profissionais médicos, dentistas e educadores sanitários.

⁵Fernando de Azevedo, Afrânio Peixoto, A. de Sampaio Dória, Anísio Spínola Teixeira, M. Bergström Lourenço Filho, Roquette Pinto, J. G. Frota Pessoa, Julio de Mesquita Filho, Raul Briquet, Mario Casassanta, C. Delgado de Carvalho, A. Ferreira de Almeida Jr., J. P. Fontenelle, Roldão Lopes de Barros, Noemy M. da Silveira, Hermes Lima, Attilio Vivacqua, Francisco Venâncio Filho, Paulo Maranhão, Cecília Meireles, Edgar Sussekind de Mendonça, Armanda Álvaro Alberto, Garcia de Rezende, Nóbrega da Cunha, Paschoal Lemme e Raul Gomes.

2.2.4 Saúde Escolar no Estado Novo

A história da Saúde Escolar no Brasil prossegue também durante o Estado Novo, regime político fundado por Getúlio Vargas, que se dá no período de 1937 a 1945, instituído através de um golpe de estado. Logo que instituiu do Estado Novo, também foi anunciada a Constituição de 1937 (BRASIL, 1937), pela qual o Ministério da Educação e Saúde Pública passa a denominar-se Ministério da Educação e Saúde (HORTA, 2010, p. 19). Essa Constituição foi composta por um conjunto de leis definidas por Gustavo Capanema, então Ministro da Educação e Saúde Pública, no período de 1934 a 1945.

O Estado Vargasista produziu a identidade dos trabalhadores do Brasil, associando trabalho e direitos de cidadania e enfrentando a questão social (SANTOS, 1987, p. 74-75). Foi dessa forma construindo o mito de Vargas como “pai dos pobres”, estabelecendo um Estado forte e cheio de compromisso, como descreveu Hochman (2005, p.128), sendo o marco decisivo do período a gestão do Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública, que definiu rumos para a política de saúde pública, reformulou e consolidou a estrutura administrativa, adequando-a aos princípios básicos que haviam definido a política social do Estado Novo. Foi a partir dessa reforma que o Ministério passou a se denominar Ministério da Educação e Saúde – MES, assumindo as pastas da educação e saúde (HOCHMAN, 2005, p. 31).

Com a industrialização e o processo de urbanização crescente, o país exigia mão de obra técnica, então o governo focou ações pelo ensino secundário e profissionalizante, deixando os outros níveis de ensino para serem discutidos e repensados posteriormente. A prioridade eram as questões sociais, sendo que a educação e a saúde faziam parte das preocupações do Estado, visto que o objetivo evidente dele era o de formar uma nação forte. Portanto, nesse sentido, era interessante conscientizar e refinar a juventude, de que:

O civismo e os costumes sociais que pudessem intervir na construção de uma nova identidade nacional. Portanto, em 1939, Vargas criou a Escola Nacional de Educação Física e Desportos (ENEFD) e a preparação dos profissionais de Educação Física, com intuito de formar cidadãos preparados para a guerra e demonstrar que uma nação forte estava sendo construída (CORRÊIA, 2009, p. 61).

Na área da educação, o principal ato de Vargas foi a criação, em 1937, do Instituto Nacional de Pedagogia que, em 1938, passou a chamar-se Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos – Inep. Ao ser reestruturado, o instituto deveria funcionar como o centro de estudo de todas as questões educacionais relacionadas com os trabalhos do Ministério da Educação e Saúde (HORTA, 2010, p. 28). O Inep avoca a organização de dados alusivos à

história, aos princípios e técnicas pedagógicas, além de manter a interação com as instituições brasileiras ou não, averiguar as pesquisas, oferecendo assistência técnica aos serviços estaduais, municipais e particulares de educação, esclarecer e solucionar seus problemas pedagógicos e divulgar seus trabalhos.

Já na área da saúde, um dos mais importantes atos do governo Vargas na área da saúde foi a aprovação da Reforma em 1937, por meio da Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937 (BRASIL, 1937), que determinou a divisão do território brasileiro em oito regiões, contando cada uma delas com uma Delegacia Federal de Saúde. Essas Delegacias tinham como função supervisionar as atividades necessárias à colaboração da União com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social e com instituições privadas, além da inspeção dos serviços federais de saúde. Estavam assim distribuídas:

(1) Distrito Federal e Estado do Rio de Janeiro; (2) Território do Acre e Estados do Amazonas e Pará; (3) Estados do Maranhão, Piauí e Ceará; (4) Estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas; (5) Estados de Sergipe, Bahia e Espírito Santo; (6) Estados de São Paulo e Mato Grosso; (7) Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e (8) Estados de Minas Gerais e Goiás. Suas sedes foram estabelecidas nas seguintes cidades: Rio de Janeiro, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte. (HOCHMAN, 2005, p.32).

Ao dividir o território, o Governo Federal aspirava ampliar a sua presença nas diversas regiões do país, implementando e supervisionando as ações de saúde pública. Dessa forma, começando pela capital, investiu no interior e nos municípios, dispondo uma rede articulada de serviços de saúde, processo de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde – DNS. As atividades do DNS estavam voltadas para o treinamento e a qualificação profissional em educação sanitária e a criação de uma rede integrada de serviços de saúde. Com a criação desse departamento, Capanema aprovava a primeira reforma de sua gestão na pasta da saúde, assegurando a continuidade das mudanças em andamento e das diretrizes adotadas na condução das políticas públicas de saúde. A partir de então, deu-se um período de intenso trabalho com a elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários, resultando na centralização das normas e descentralização na execução.

Vale ressaltar que em 1938, foi criada no Ministério da Educação e Saúde, a Comissão Nacional do Ensino Primário – Cnepe, por meio do Decreto-Lei nº (BRASIL, 1938). Ao deparar com uma situação ainda precária do ensino primário, que contribuía para a alta taxa de analfabetismo e baixos índices de aproveitamento escolar, o ministro Capanema propõe traçar, por intermédio de lei federal, as diretrizes fundamentais do ensino primário, criando a Cnepe, que ficaria responsável por solucionar as questões referentes ao ensino

primário, com o objetivo principal de extinguir o analfabetismo no país (HORTA, 2010, p.32).

Em 1940, pelo Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro (BRASIL, 1940), foi criado o Departamento Nacional da Criança, a fim de fixar as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país. Nesse ano, também algumas escolas começaram a se organizar montando as “Caixas Escolares” (CHAVES, 2006, p.16), que tinham como objetivo arrecadar dinheiro para fornecer a alimentação aos estudantes durante seu horário de permanência na escola.

Em 1941, segundo Ponte (2010, p. 139) foram realizadas importantes modificações no DNS, no sentido de centralizar a participação federal na gestão de saúde. Ainda, baseando nas citações de Ponte (2010, p. 141), nota-se que para essas modificações serem realizadas, grandes investimentos foram destinados na especialização de profissionais da área de saúde, tais como, médico sanitário, médico clínico para os dispensários, técnico de laboratório, engenheiro, dentista, veterinário, enfermeira, guarda sanitário, técnico de laboratório e atendente, com o alvo de melhorar o conhecimento e atendimento em prol de estabilizar a saúde pública no país. Esses investimentos foram realizados a partir da necessidade de criar, segundo Ponte (2010, p. 144), 12 serviços nacionais relacionados a doenças específicas e duas novas divisões, a Divisão de Organização Sanitária e a Divisão de Organização Hospitalar.

Ainda nesse momento, registra-se a importante participação da escola convocada para preparar aqueles profissionais e dos inúmeros congressos e conferências realizados pela Oficina Sanitária Pan-Americana, denominação da Organização Pan-Americana de Saúde, resultando na criação do Serviço Especial de Saúde Pública – Sesp (PONTE, 2010, p.141).

Abrilhantando a participação da Instituição Pan-Americana nos assuntos análogos à Saúde Escolar ou Higiene Escolar, em novembro de 1941, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Educação e Saúde. Também nesse ano, o Brasil se vitoriou com o 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar – CNSE, que apresentava uma preocupação com a higiene escolar, a fim de conservar a saúde física, mental, moral e social das crianças.

Segundo declara Araújo (2000, p. 34), o Estado Novo era formado pela propaganda, educação e civismo. Fundamentada nessa citação, pode-se finalizar a história desse período, com o reconhecimento de que inúmeras mudanças foram realizadas na política, nos campos da saúde e educação, sendo a educação a maior preocupação do Estado, visto que sua ansiedade maior era em formar uma nação forte, com jovens doutrinados ao sentimento cívico e, por outro lado, a saúde sem resolutividade continuava à mercê das doenças contagiosas, tais como a febre amarela, peste bubônica, varíola, malária e o fogo selvagem,

que disseminavam sobre os corpos vivos, existentes nas inchadas periferias das cidades brasileiras.

2.2.5 Saúde Escolar no Período Democrático (1946-1964)

O Período Democrático está nos governos de Eurico Gaspar Dutra (1946-1950) e se estende pelos governos Vargas (1951-1954), Juscelino Kubitschek (1956-1961), Jânio Quadros (1961) e João Goulart (1961-1964). Inicia-se o Período Democrático e, no mesmo ano, promulga-se a Constituição de 1946, pelo então presidente Eurico Gaspar Dutra, em 18 de setembro de 1946. Essa Constituição é marcada por um avanço na democracia e nas liberdades individuais do cidadão (HORTA, 2010, p. 30).

Em 1951, a população brasileira era então de 51.944.397 habitantes (IBGE, 1951). A população em idade escolar, de 5 a 9 anos, era de 7.015.527. O número de matrículas no ensino primário totalizava 5.175.887. Mas o Censo Demográfico de 1951 mostra mais. O número total de matrículas em todos os graus de ensino somava 6.118.842. Este número considera todos os níveis, do primário ao superior, para uma população em idade escolar (de 5 a 19 anos) de 18.826.409. A taxa de analfabetismo era da ordem de 52%.

Pautados nesses dados, pode-se considerar que, apesar de ser um período desenvolvimentista, a educação continuava sendo, portanto, um grande problema, dispondo de uma nítida precariedade educacional dos brasileiros, permanecendo em dívida com o país. Quase não se falou em tal assunto, ao ponto de se resumir à criação de institutos e instituições de administração superior que, de fato, impulsionaram o projeto institucional do país. Estava em jogo naquele momento o desenvolvimento tecnológico impulsionado à industrialização, levando à criação de várias agências públicas e instituições de fomento nos primeiros meses de 1951: o Banco Nacional de Desenvolvimento – atual BNDES, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes. O domínio do conhecimento técnico e científico eram condições indispensáveis para que o país visse seu empenho desenvolvimentista produzir os frutos desejados.

No que diz respeito à saúde do escolar, levando em consideração a década de 1940, período em que os primeiros serviços de alimentação coletiva (criação das Caixas Escolares) foram instituídos e também foi criada a “Campanha da Merenda Escolar”, que viria a se transformar no Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE (LEÃO, 2012, p. 14).

Essas caixas não tinham participação governamental, mas ao se perceber a importância da alimentação escolar para a permanência dos estudantes nas escolas, bem como para a redução da desnutrição infantil que assolava o país, Juscelino Kubitschek assinou o Decreto n. 37.106 em 31 de março de 1955, criando a Campanha da Merenda Escolar – CME. O nome dessa campanha foi se modificando até que, em 1979, foi denominado Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE, conhecido popularmente por “merenda escolar”.

Segundo Chaves (1985, p.335), esse programa sobreviveu a partir do financiamento do Fundo Internacional de Socorro à Infância – Fisi, que permitiu a distribuição do excedente de alimentos (leite em pó desnatado, farinha de trigo e soja) dos Estados Unidos. Devido à quantidade de alimentos não serem suficientes, o governo optou em começar pelo Nordeste, onde grande parte dos estudantes era desnutrida. Somente a partir de 1960, o Governo Federal iniciou a compra de produtos brasileiros para a alimentação escolar. (BRASIL, 2013e, p. 25).

Segundo Santos (2014, p. 43), o Unicef⁶, anteriormente chamado Fisi, também passou a colaborar com o Brasil, em setembro de 1954, quando liberou o primeiro recurso para alimentação nas escolas brasileiras, que permitiu a execução do primeiro Programa Nacional de Merenda Escolar, dando início à política de alimentação escolar no Brasil” (VALERIANI, 2011, p. 22).

Em 1952, no governo Vargas, foi elaborado um abrangente Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, denominado Conjuntura Alimentar e Problema da Nutrição no Brasil. Esse plano foi responsável pela estruturação e expansão do Programa de Merenda Escolar em âmbito nacional, sob a responsabilidade pública. A Conjuntura Alimentar e o Problema da Nutrição no Brasil estava envolvido por investigações nutricionais, pela assistência alimentar a adolescentes, programas regionais, enriquecimento de alimentos básicos, apoio à indústria de alimentos, dos quais sobreviveu apenas a campanha da merenda escolar em função do êxodo rural (ANDRADE, 2008, p. 20).

Ainda sob a influência do plano de governo, foi criado, em 1953, o Ministério da Saúde – MS, que tinha por objetivo as atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária, tirando todas as responsabilidades de administração destinadas à educação. A partir desse momento, o antigo ministério passou a se chamar oficialmente Ministério da Educação e Cultura – MEC, pelo Art. 2º da Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953

⁶ O Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef assegura que a criança e o adolescente tenham seus direitos garantidos globalmente cumpridos, respeitados e protegidos. Criado em 1946 para ajudar a reconstruir os países mais afetados pela Segunda Guerra Mundial, passou a atuar em outras nações somente em 1950. Atualmente, está presente em 191 países. No Brasil, desde sua implantação, vem trabalhando em parceria com todas as esferas governamentais, sociedade civil, setor privado e outras organizações internacionais, incluindo a ONU, para defender os direitos das crianças brasileiras.

(BRASIL, 1953), e o ministério que cuidava das pastas de educação e saúde foi desmembrado.

Já em 1956, no governo de Juscelino Kubitschek, mesmo a saúde não sendo um plano central das propostas do então presidente, apresentou-se um plano para o setor meneando determinadas mudanças, tanto nas prioridades das políticas de saúde como na rejeição da agregação contrária entre enfermidades e o Brasil. Mesmo assim, o governo abonou a continuidade do Programa de Merenda Escolar, que hoje é o PNAE (CHAVES, 2006, p.16).

No que se refere à educação, em 1958, o Ministro da Educação, Clemente Mariani, apresentou o anteprojeto da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, futura Lei 4.024/61 (BRASIL, 1961), que teve tramitação tumultuada (NISKIER, 2011, p.348). Houve uma forte campanha em Defesa da Escola Pública, a qual culminou com o Manifesto dos Educadores, mais uma vez convocados em 1959, vinte e sete anos mais tarde, fruto do manifesto de 1932, e estendeu-se até 1961, data da promulgação da LDB (FERREIRA, 2006).

Embora o manifesto tenha sua origem atribuída a uma consequência política dos embates que se travavam em torno da questão da LDB e sua tramitação pela Câmara Federal no ano de 1959, várias nuances ideológicas e razões muito diferentes se teciam entre os envoltivos que aparentemente separavam os dois grupos defensores da escola, conflitando-se, de fato, mais profundamente, aos que se contrapunham à modernização, pelo menos de alguns elementos e instituições da sociedade brasileira, aos favoráveis e partícipes dela. Foram movimentos que propiciaram o desenho da educação no país, pois, apesar de revelarem suas respectivas diferenças, o ponto em comum era que ambos defendiam a escola pública, gratuita, obrigatória e laica.

Para Ferraro (2011, p. 48), o período de destaque da educação sanitária no Brasil ocorreu entre as décadas de 1950 e 1960, momento em que articulava saúde e educação, integrando-as nas propostas de políticas oficiais, o que resultou em avanços institucionais, como a valorização da higiene mental, a implantação das escolas maternais, creches e parques infantis.

Assim, a saúde na escola, nesse período, direcionou sua prática nas individualidades, com o objetivo de modificar os procedimentos e atitudes, não considerando as influências oriundas da realidade em que as crianças estavam inseridas. As ações eram isoladas, partindo de uma visão assistencialista de educação, e não havendo discussões acerca da conscientização sobre o tema saúde e sua relação com o meio para o equilíbrio dinâmico da vida.

2.2.6 Saúde Escolar no período militar

O militarismo teve seu início com o golpe de 31 de março de 1964, que muda o rumo da história brasileira, resultando no afastamento do presidente da República, João Goulart, e tomando o poder o Marechal Castelo Branco, até ter seu fim com a eleição de Tancredo Neves, em 1985, quando é suprimido e ocorre a democratização do país. Foi nesse período que começou com um processo de mudança que criou as primeiras bases para o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS na década de 1990.

Ainda nesse período, a temática da saúde assume formalmente a denominação genérica de Programa de Saúde nos currículos plenos, lançado em 1971, com a promulgação da Lei nº 5.692, segunda Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1971 – LDB/71 (BRASIL, 1971), no seu artigo 7º, na qual foi inclusa a educação obrigatória na idade entre sete e 14 anos, e ainda tem como objetivo levar a criança e o adolescente ao desenvolvimento de hábitos saudáveis quanto à higiene pessoal, alimentação, prática desportiva ao trabalho e ao lazer.

Em 1977, o Conselho Federal de Educação reafirmou a posição de que os Programas de Saúde não deveriam ser encarados como uma matéria ou disciplina, mas como uma preocupação geral do processo formativo, intrínseca à própria finalidade da escola, devendo assim ser trabalhados por meio de uma correlação dos diversos componentes curriculares, especialmente Ciências, Estudos Sociais e Educação Física.

Portanto, a partir de então, a saúde adentra formalmente no currículo escolar através dos componentes curriculares de ciências, estudos sociais e educação física assumindo formalmente a divulgação dos conhecimentos relativos aos mecanismos pelos quais os indivíduos adoecem ou asseguram sua saúde. Em suas práticas pedagógicas, a escola adotou uma visão reducionista de saúde, enfatizando seus aspectos biológicos. Mesmo considerando o valor das condições ambientais favoráveis à instalação da doença, a relação doente/agente causal continua a ser priorizada (BRASIL, 1997).

Um pouco antes de 1997, a partir de análises dos problemas relacionados à educação e saúde e na perspectiva de solucioná-los, as autoridades canadenses, em 1974, apresentaram uma ideia de promoção de saúde, chamado de Informe Lalonde (VALADÃO, 2004, p.14). Esse movimento assegurava que os esforços da população podem melhorar a saúde, pois os gastos financeiros concentravam-se na organização dos cuidados médicos, e tinha que as causas de adoecimentos estavam relacionadas à biologia humana, meio ambiente e estilo de vida. Assim, ainda durante esse processo, uma nova política da Organização Mundial da Saúde – OMS foi lançada, em 1977, com o objetivo inicial de propiciar um

padrão de saúde que permitisse a todas as pessoas a oportunidade de levar uma vida social e economicamente produtiva.

Essa nova política, intitulada Saúde para Todos no ano 2000, foi lançada durante a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sediado em Alma-Ata, capital do Cazaquistão. O documento visa buscar uma solução para estabelecer a promoção de saúde como prioridade da nova ordem econômica mundial, preconizando que a aquisição de saúde demanda junção, além do setor de saúde, os setores da educação, sociais e econômicos (BRASIL, 2002).

Sendo assim, pode-se considerar que a promoção de saúde proveniente no Canadá, através do Informe Lalonde, espalhou-se por vários países, favorecendo a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma-Ata. A partir do sucesso do Informe Lalonde, que se pode considerar embrião da Conferência de Alma-Ata, a Promoção em Saúde ganhou espaço no mundo e no Brasil adentrando, então, no currículo escolar através da LDB vigente.

Ainda se pode ressaltar que nos estudos referentes à promoção de saúde, a integração Educação/Saúde foi articulada pelo movimento de promoção de saúde através do Informe Lalonde e da I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Alma-Ata, articulada pela OMS, fizeram com que a educação passasse a ter uma função formadora de opinião para promover uma melhor qualidade de vida e saúde da população.

2.2.7 Saúde Escolar na Nova República

Na Nova República (de 1985 até os dias atuais), passa a existir um novo momento democrático no país, em oposição ao antigo governo que representava a censura, marcado pela severidade de um regime autoritário. Nesse período, há também mais uma separação da pasta da educação brasileira, através do Decreto nº 91.144, de 15 de março de 1985 (BRASIL, 1985). É criado o Ministério da Cultura (MinC), revogado pelo Decreto nº 99.600, de 12 de abril de 1990 (BRASIL, 1990), no governo de Fernando Collor de Mello, o qual foi transformado em Secretaria da Cultura diretamente vinculada à Presidência da República. Em 1992, através da Lei Federal nº 8.490, de 19 de novembro de 1992 (BRASIL, 1992), no governo de Itamar Franco, essa situação foi revertida, transformando o MinC no Ministério da Educação e do Desporto, assim a instituição passou a ser responsável apenas pela área da educação no ano de 1995.

Voltando ao tempo, na esfera internacional, fundamenta-se que as cartas de promoção de saúde (Informe Lalonde e Alma-Ata), mencionadas anteriormente, reúnem

documentos resultantes do processo de discussão e construção coletiva dos conceitos básicos sobre a promoção de saúde, que teve início em 1986 na conferência realizada na cidade de Ottawa, no Canadá, originando o documento conhecido como “Carta de Ottawa”, que revolucionou o conceito de promoção de saúde.

Essa conferência ocorreu em resposta ao aumento crescente de expectativas por uma nova saúde pública. As propostas foram focadas principalmente nas necessidades de saúde nos países industrializados, baseadas no desenvolvimento alcançado com a declaração de Alma-Ata para os cuidados primários em saúde, o documento da OMS, sobre Saúde para Todos e também o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre ações intersetoriais.

A Carta de Ottawa trata-se de um documento da OMS, que define mundialmente a promoção de saúde, apresentando a ideia de que a promoção de saúde não é de responsabilidade exclusiva do setor da saúde, mas sim, de todos em direção ao bem-estar global. Esse encontro definiu a promoção de saúde como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida, defendendo a persuasão da comunidade nesse processo. Nessa Carta, a promoção de saúde é definida como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.

Observa-se que, no Brasil, a promoção da saúde encontra-se expressa com o tema “Democracia é Saúde” na 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco para as políticas de saúde pública, considerada o evento mais significativo em termos de debate da política de saúde já acontecido na história do país (FLEURY, 1997, p.28), culminando com a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde - SUDS, que mais tarde se transformou no Sistema Único de Saúde – SUS.

Outro fator existente nesse período foi a promulgação da atual Constituição, no dia 5 de outubro de 1988, denominada de Constituição Cidadã. Observa-se que o documento está organizado em nove títulos que abrigam 245 artigos dedicados a temas como princípios fundamentais, direitos e garantias fundamentais, organização do Estado, dos poderes, defesa do Estado e das instituições, tributação e orçamento, ordem econômica e financeira e ordem social.

Entre as conquistas trazidas pela nova carta, destacam-se o restabelecimento de eleições diretas para os cargos de presidente da república, governadores de estados e prefeitos municipais, o direito de voto para os analfabetos, o fim à censura aos meios de comunicação, obras de arte, músicas, filmes, teatro e similares. Em consequência desses fatos, a

Constituição de 1988 é considerada a mais completa, principalmente no sentido de garantir os direitos à cidadania para o povo brasileiro.

No que diz respeito ao campo da Saúde, pode-se mencionar que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção;

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, [...];

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988, online)

Em consequência da Constituição de 1988, nota-se a promoção de avanços na legislação, na perspectiva da construção de uma sociedade de direitos. Nesse contexto, foi criado e regulamentado o SUS, pela Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), chamada Lei Orgânica de Saúde, este por sua vez, é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, foi instituído pela Constituição federal de 1988, a partir do seu artigo 196, como forma de efetivar sua doutrina do direito a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Também vale ressaltar que o SUS passa a existir a partir da insatisfação de uma parcela da população que se sentia anulada em relação à inclusão aos direitos de cidadania, passando a conquistá-la a partir da Constituição Federal vigente. Dessa forma, pode-se destacar o dever do Estado em disponibilizar à população um sistema de saúde com condições de efetuar serviços com qualidade e eficiência durante todas as fases de vida dos indivíduos.

Repetidamente, quando se menciona SUS, fala-se das dificuldades de acesso, extensas filas, infraestrutura inadequada, e ainda conexas a um sistema que não responde às necessidades da população. Além disso, tornando-se uma questão mais relevante por ser um serviço social ao bem-estar do indivíduo e da coletividade. Dessa forma, pode-se acreditar que a política do SUS é exemplo para o mundo, visando à igualdade e à melhoria da qualidade de vida, com objetivos, princípios, valores, diretrizes, temas transversais, estratégias operacionais, reformulados na maneira de viver, do direito à vida e à saúde (BRASIL, 2009b).

O SUS assegura toda população com seus princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento à população. Isto é, todo e qualquer cidadão tem garantido seu direito de atenção à saúde, inserindo-o na comunidade. Além, também, dos

princípios que regem a organização do SUS para melhor atender as diversas características regionais do Brasil, que são: a regionalização, a hierarquização, a descentralização e a participação dos cidadãos.

Em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família – PSF, como política nacional de atenção básica, perpetrando frente ao molde tradicional de assistência primária de saúde, com o objetivo de superar as disparidades no ingresso aos serviços de saúde e obter a equidade. Atualmente, o PSF passou a se chamar Estratégia de Saúde da Família – ESF, de acordo com a atual Política de Atenção Básica, qualificado pela ampliação de ações multidisciplinares.

Outro fator existente na Constituição de 1988 refere-se à Educação descrita nos artigos a seguir:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados a forma desta constituição.

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do estado e da família será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, e seu preparo para os exercícios da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Art. 208. O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de: VII – atendimento ao educando, no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.

Parágrafo único. A alimentação escolar é direito dos alunos da educação básica pública e dever do Estado e será promovida e incentivada com vista ao atendimento das diretrizes estabelecidas nesta Resolução. (BRASIL, 1988, online)

Em 20 de dezembro de 1996, com o nº 9.394, é promulgada a nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional, conhecida como “Lei Darcy Ribeiro” (BRASIL, 1996). Essa Lei ofereceu liberdade e flexibilidade às instituições educacionais, no que diz respeito aos conteúdos programáticos, aos deveres das instituições públicas com a Educação, basicamente com o ensino fundamental. Nesses aspectos, a LDB/96 propõe uma discussão dos desafios, limites e benefícios do trabalho articulado entre diferentes setores, como a saúde, a educação, a cultura, dentre outros, com foco na melhoria da qualidade de vida.

Ainda convém lembrar que a LDB busca problematizar e delinear a promoção da saúde por meio de abordagens intersetoriais, principalmente no que diz respeito à dificuldade em planejar as ações de forma articulada e produzir desdobramentos duradouros. Desse modo, a LDB/96 dá início a efetivação de ações que demonstram que é preciso educar para a saúde, sendo o ambiente escolar um dos espaços mais indicados para formação de hábitos e atitudes que acontecem no cotidiano.

Pode-se considerar também que a LDB consolida e amplia a obrigação do poder público, em particular, para com o ensino fundamental, reforça a necessidade de se oferecer a

todos a formação básica comum, o que implica a formulação de um conjunto de diretrizes capaz de orientar os currículos e seus conteúdos mínimos. Dessa forma, ela obtém o desempenho de seus objetivos, consolida a organização curricular com flexibilidade aos componentes curriculares, reafirmando o princípio da base nacional comum ou Parâmetros Curriculares Nacionais – PCNs, cujo processo de elaboração foi iniciado em 1995 e teve sua conclusão em 1997, como consequência da LDB/96.

Outro fato relevante a ressaltar é que a educação para a saúde foi tratada como tema transversal, no seu volume nove, com o título Saúde, desse modo, permeando todas as áreas que compõem o currículo escolar (BRASIL, 1997).

Em virtude do que foi mencionado até o momento, a saúde escolar abrange o século XXI envolta em discussões e propostas de trabalho intersetorial entre saúde e educação no panorama das políticas públicas brasileiras. Essas políticas – influenciadas pelo atual momento vivenciado no país e pelas crescentes tentativas de combater a pobreza, e ainda, preocupadas com o quadro de doenças que dia a dia comprometem as crianças e adolescentes brasileiras – criam, em 2007, o Programa Saúde na Escola, através do decreto nº 6.826, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a), que é uma política pública voltada à intersetorialidade propondo-se a consolidar uma nova representação de política de educação e saúde, além de arraigar os objetivos do SUS.

O PSE é composto por diretrizes estratégicas organizadas em um conjunto de ações com 73 medidas e 165 metas que objetivam avançar na constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral, de promoção da saúde e da intersetorialidade. Outro fato importante a se destacar, em 2007, foi lançamento pelo Ministério da Saúde, do “Programa Mais Saúde: Direito de Todos” ou o “Programa de Aceleração do Crescimento – PAC do Setor Saúde” (BRASIL, 2008g, p.7). O Programa Mais Saúde é composto por eixos de atuação, entre eles o primeiro eixo que “visa desenhar o PSE, em articulação com o Ministério da Educação, e que pretende alcançar pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas, de 2008 a 2011” (BRASIL, 2007b, p.12), através da efetuação de ações intersetoriais que tenham elevada complementaridade e sinergia focalizadas, especialmente, nos municípios e dentro deles, nas escolas e nos ambientes de trabalho.

Conforme estudos realizados durante a execução deste trabalho, pode-se concluir que a educação e a saúde sempre estiveram articuladas, visando realizar ações que garantissem o bem-estar da população escolar. No entanto, essas ações não tinham um planejamento prévio, e não possuíam também ações análogas para resolutividade de problemas existentes; porém, somente seria possível a erradicação se realizasse uma atuação ao mesmo tempo em todas as escolas e, preferencialmente, em todo o território nacional. Desse modo, os campos de saúde e

educação uniram-se, para ações que realmente fossem possíveis para a erradicação de determinados problemas que atingem crianças, adolescentes e suas famílias, mencionando, por exemplo, a ação avaliação antropométrica, com a finalidade de verificar o estado nutricional dos escolares, foco de nosso estudo.

Portanto, termina-se este capítulo perguntando: É necessário discutir sobre o papel nutricional dentro do contexto escolar? Qual seria a sua real contribuição para as novas gerações visando à promoção das práticas alimentares saudáveis no controle da alteração de peso para sobrepeso e obesidade?

3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

[...] têm sido registradas muitas leis, decretos e discussões de cunho acadêmico e político em torno dessa área que se consolidará como saúde escolar, mas o seu 'lugar', no currículo e na vida escolar, segue sendo um lugar de disciplinamento, controle, conflitos e ambiguidades amplamente silenciadas nas grandes discussões que cercam, no contexto reformista atual, tanto a formação de professores, quanto o currículo da escola básica (MEYER, 1998, p.5).

3.1 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA POLÍTICA PROVENIENTE DA CONTEMPORANEIDADE

O Programa Saúde na Escola – PSE, na condição de política intersetorial, consente obter melhores resultados ao longo dos anos, mas, ao mesmo tempo, é criada uma série de políticas envolvidas em diversos campos, com grau de harmonização alterável, que oscila entre verdadeiras políticas comuns e simples cooperações (BRASIL, 2010b). Ainda podem ser consideradas linhas de ação em que o Estado decide seguir em certos domínios que, muito frequentemente, afetam o dia a dia dos cidadãos.

Ao fazer essa consideração, é possível estabelecer que o PSE esteja dentro da política regulatória estabelecendo obrigatoriedade, embargos e atributos por meio da qual podem e devem ser realizadas determinadas atividades ou admitindo certos comportamentos. Sendo seus custos e benefícios disseminados equilibradamente ou podem privilegiar interesses restritos, a depender dos recursos de poder dos atores compreendidos.

Dessa forma, vale ressaltar que a política regulatória é técnica e seus critérios multidisciplinares suscitam visivelmente uma sequencial história no processo de sua criação. Sendo assim, neste capítulo, é feita referência à criação do PSE, embrionário de um processo histórico de formação de ações educativas de promoção da saúde para escolares, iniciadas pelo movimento higienista, que realizava ações através de medidas de asseio e higiene dos escolares, indispensáveis na época para que as doenças contagiosas não envolvessem no espaço escolar.

Além disso, pelo movimento dos sanitaristas, que não se inquietavam na obtenção de um controle da saúde no âmbito escolar através de medidas sanitárias, aprovadas pela Lei nº Lei 5.692/71 (BRASIL, 1971), instituindo os conteúdos relacionados à saúde e educação como componente curricular, obrigando as escolas brasileiras de 1º e 2º graus a estimular o conhecimento e a prática da saúde básica e da higiene.

Em consequência disso, houve um avanço na Promoção de Saúde, atingindo seu ápice em 1986, quando foram criadas as Escolas Promotoras de Saúde. Ainda a esse respeito, no decorrer da história, pode-se descrever que a passagem para a ampliação e aperfeiçoamento da saúde na escola ocorre a partir dos arquitetais históricos consolidados

pela Constituição Federal de 1988, principalmente com a criação do SUS (VASCONCELLOS, 2007, p.18), surgindo a partir de então perspectivas e novos conceitos focalizados no profissional, na produção da cidadania e autonomia do indivíduo, na aplicação dos saberes e na ação intersetorial.

Também destaca-se a importância da Lei de Diretrizes e Bases de 1996 –LDB/96 (BRASIL, 1996), relacionando-a aos Parâmetros Curriculares Nacionais PCNs/1996 e às Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica, colocando em seus conteúdos as práticas de saúde no cotidiano escolar relacionadas com a proposta de construção de uma escola de qualidade, capaz de garantir o pleno desenvolvimento do educando.

Finalmente, no ano de 2006, é criada a Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, editada pelo Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), aprovando a Política de Promoção da Saúde, sancionando o compromisso do Estado brasileiro na concepção e execução de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em concordância com os princípios do SUS, atribuindo a participação da sociedade na gestão do SUS.

Desse modo, fundamentado nos princípios do SUS e por meio da Política de Promoção da Saúde, e ainda com a finalidade de construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira e da comunidade escolar, em 2007, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, através do Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a), institui o Programa Saúde na Escola – PSE, regularizando as parcerias e ações entre educação e saúde, determinando ações a serem realizadas em todo o território nacional, respeitando as especificidades e a integralidade da atenção e do cuidado em saúde.

Portanto, o PSE surgiu de um resultado integrado entre o Ministério da Saúde e Educação na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino, com a finalidade de consolidar no país um novo desenho de modo integral e articulado de política de educação e saúde, com vistas à formação ampla para a cidadania e o uso pleno dos direitos humanos.

Além disso, o PSE determina que as ações realizadas entre os profissionais de saúde e educação devem ser por meio da escuta qualificada, levando em consideração o acolhimento de suas histórias e condições de vida, desarticulando crenças e articulando conhecimentos, com o objetivo de promover ações para a prevenção necessária para saúde, evitando, assim, o adoecimento. Em outras palavras, focado na desarticulação de que a criança e o adolescente com excesso de peso são considerados pessoas saudáveis, que gozam de

uma saúde perfeita, contradizendo que só o desnutrido tem dificuldades pedagógicas. Para essas ações são necessárias não somente as ações governamentais, mas também vontade ou liberdade individual e comunitária, que estão condicionadas e determinadas pelo contexto social, econômico, político, legal e cultural em que eles vivem.

Ainda convém lembrar que as ações do PSE baseam-se na cooperação e no respeito às singularidades, como o estímulo à intersetorialidade, o compromisso com a integralidade, o fortalecimento da participação social e o estabelecimento de mecanismo de congestão do processo de trabalho, gerando transformações na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão centradas no trabalho em equipe. Essas equipes multiprofissionais dialogam-se com desígnio de superar a divisão interdisciplinar/multiprofissional, visando aperfeiçoar conhecimentos para compreender os conceitos e diretrizes que regem o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2009a, p.8).

A intervenção dessas equipes, sob o ponto de vista da prevenção, fundamenta também o importante papel dos comportamentos individuais na responsabilidade e no desenvolvimento de ações preventivas. Portanto, as unidades básicas de saúde e as escolas constituem um campo vasto para o desenvolvimento de atividades e consolidação de orientações voltadas à prevenção, promoção da saúde e desenvolvimento humano.

É relevante lembrar que trabalhar promoção de saúde, no período escolar, é fundamentalmente importante, pois, além da função pedagógica, a escola tem a função social voltada para a transformação da sociedade. Dentre os inúmeros motivos que garantem ao trabalho em equipe, é incontestável o conhecimento dos profissionais da educação na elaboração do Projeto Político-Pedagógico – PPP da escola e a participação das comunidades escolares e local em conselhos escolares ou análogos.

Considerando-se que a escola tem a liberdade na elaboração do PPP, pode-se assegurar que é extremamente importante a participação de toda comunidade escolar e dos profissionais de saúde na construção do projeto do PSE, a fim de que atenda às suas particularidades. “O PSE orienta-se por ações intersetoriais que ordenam a oferta de políticas públicas com os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), radicadas no contexto territorial de cada escola” (FERREIRA, 2014, p.20).

A partir desse fato, volver o espaço escolar no desenvolvimento do educando, desde que sejam respeitadas suas individualidades e que façam parte todos os interlocutores e sujeitos ligados direta e indiretamente com o ambiente escolar, de tal modo a Atenção Básica, como interlocutora, atuará nas atividades promotoras de saúde.

Ao se examinar o PSE, verifica-se que está baseado na garantia de direitos fundamentados em três princípios:

- 1) **Intersetorialidade:** realizada pelo desafio da gestão compartilhada, em que os saberes científicos, populares e locais são levados em consideração, incluindo os sujeitos e a participação numa troca dialógica, encontro que se produz o novo.
- 2) **Territorialidade:** respeito às diversidades locais, às linguagens locais, aos alimentos locais, às expressões artísticas locais, com a inclusão do que há de diverso e diferente e garantia do enfrentamento das vulnerabilidades/ territórios vulneráveis.
- 3) **Integralidade:** encontro de saberes guiados por políticas de garantia da saúde e educação como um direito universal (BRASIL, 2012b, p. 43).

A proposta de trabalho intersetorial entre saúde e educação reacende as políticas públicas brasileiras em 2007. Isso se dá devido ao panorama da época, cuja saúde era assombrada pela desnutrição e, paralelamente, também com o sobrepeso e obesidade em idade escolar. Nessa perspectiva, o PSE surge como resultado do trabalho integrado entre os Ministérios da Saúde e Educação, com o escopo de cooperar para o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de educação básica através de ações direcionadas à consolidação da saúde como direito e serviço.

Ainda convém lembrar que o PSE passa a atuar também como uma estratégia na promoção, integração e articulação entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorial e territorialmente as equipes de saúde da família e da educação básica. Portanto, a saúde e a educação apresentam afinidades no campo das políticas públicas, por serem alicerçadas na universalização de direitos dos cidadãos, com o intuito de aproximá-los. Para Barbiere (2014, p.22), a escola é compreendida em,

[...] espaço amplo, portanto, cenário não somente do processo de ensino-aprendizagem, mas de relações sociais que interferem diretamente na produção social da saúde. Por isso, o PSE propõe a contribuir para a construção de uma escola capaz de proporcionar o desenvolvimento integral dos estudantes e promover o acesso da comunidade escolar em programas de saúde de modo a formar cidadãos críticos e capacitados para o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o desenvolvimento dos educandos.

Em virtude do que foi mencionado acredita-se que ausência de saúde pode levar o indivíduo à vulnerabilidade ao pensar, agir, sentir, comprometendo direta ou indiretamente sua aprendizagem (BARBIERE, 2014, p. 22). Dessa forma, acredita-se que a afinidade entre os setores educação/saúde e a participação dos envolvidos garantirão elementos que beneficiem o bem-estar do indivíduo em formação, promovendo uma sociedade igualitária, reflexiva, crítica e criativa.

3.2 DIVERGÊNCIAS E AFINIDADES ENTRE OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS DIRETRIZES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Ao se examinarem o § 1º do artigo 3º do Decreto nº 6.826, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a), que institui o PSE, argumenta-se que há divergências referentes aos princípios do SUS em forma de diretrizes para implementação do programa. O Quadro 1 mostra os princípios do SUS contemplados nas diretrizes para implantação do PSE, com exceção, dos princípios da universalização e da equidade divergentes nas diretrizes PSE.

Quadro 1 – Princípios do SUS contemplados nas diretrizes para implementação do PSE.

Inciso	Diretriz	Princípios do SUS
I	Descentralização e respeito à autonomia federativa	Descentralização; comando único.
III	Territorialidade	Regionalização e hierarquização
IV	Integralidade	Integralidade
VII	Controle social	Participação popular

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2007a).

Desse modo, partindo-se do princípio de que a universalização garante a saúde como um direito de todos e ao Estado assegura esse dever, o PSE teria o compromisso de oferecer saúde a todos os escolares da rede pública e privada de todos os municípios dentro do território nacional. No entanto, de acordo com o artigo 1º do Decreto 6.286/2007 (BRASIL, 2007a), são beneficiados apenas os escolares da rede pública de educação básica. Além disso, o documento traz orientações gerais para a implantação do PSE e afirma que somente atenderá municípios que tenham Equipe de Saúde da Família.

Outro fator de análise refere-se ao artigo 2º da Portaria nº 1.861/2008 (BRASIL, 2008a), que estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE, e credenciam-se municípios para o recebimento desses recursos, definindo critérios para adesão deles ao programa: com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – Ideb menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e 100% de cobertura populacional por ESF, e ainda, devem-se estar entre os 20 municípios com os menores índices nos anos iniciais do ensino fundamental, com escolas participantes do programa Mais Educação em seu território.

Ao se examinar a portaria interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010 (BRASIL, 2010b), verifica-se que foram estabelecidos critérios para adesão ao PSE para o ano de 2010: municípios com Ideb⁷ no ano de 2009 com menor ou igual a 4,5 e que tenham

⁷O Ideb é um novo indicador de qualidade do ensino brasileiro. Mede o rendimento escolar (taxa média de aprovação do estudante) a partir de dois exames que os alunos fazem ao final das 4ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e da 3ª série do Ensino Médio: a Prova Brasil (só para os alunos do Ensino Fundamental da rede pública de ensino em área urbana) ou o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica – Saeb. O Ideb é o resultado da nota média dos alunos da escola na prova dividido pelo tempo médio de conclusão de uma série.

70% ou mais de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família; ou que possuem escolas participantes do Programa Mais Educação.

Dessa forma, o PSE fere o princípio da universalização e da equidade propostos pelo SUS, mas continua adequando suas ações segundo o Decreto nº 6.286/2007 (BRASIL, 2007a), principalmente em relação à definição e pactuação das escolas, bem como no recebimento e nas responsabilidades dos Ministérios da Educação e Saúde nas referidas secretarias estaduais e municipais.

De acordo com os dados levantados por esta pesquisa, as diretrizes do PSE situariam de acordo com os princípios da descentralização e comando único, regionalização e hierarquização, integralidade e participação popular. Além disso, não faz referência ao princípio da equidade indo ao embate do princípio da universalização, uma vez que não garante o acesso a todas as crianças em idade escolar, mas apenas a uma parcela dessa população.

Assim, o PSE prossegue à medida que vão sendo pactuados os municípios, garantindo atenção à saúde na escola, suprimindo as necessidades de saúde dos educandos atendidos dentro de suas diretrizes, agregando-se procedimentos e extensões, possibilitando o acesso aos serviços de saúde de maneira resolutiva e com qualidade.

3.3 INSTRUMENTOS LEGAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA

3.3.1 Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007

Para sustentar a análise dos instrumentos legais de criação do PSE, cita-se partes do texto contido no documento oficial. Assim é definido:

O PSE instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (proposição de uma política intersetorial prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e na educação de jovens e adultos (EJA), no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde (BRASIL, 2007a, p.1).

Além disso, segundo orientação do governo federal, o PSE deverá ser disseminado por meio da adesão dos municípios com equipes de Saúde da Família, segundo as normas recomendadas pela Política Nacional de Atenção Básica, articulando-se com os Estados e o Distrito Federal.

Por outro lado na elaboração do PSE, as diretrizes e os alvos do programa ratificam que, além de uma estratégia de integração das políticas setoriais, ele se alvitra a ser um púbere

desenho da política de educação em saúde que trata a saúde e educação absoluta como parte de uma concepção aberta para a cidadania e o usufruto global dos direitos humanos. Além disso, acredita-se que as ações realizadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral, à saúde de crianças e adolescentes, têm a função de promover a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política.

Nessa direção, o PSE concentra áreas temáticas, presumindo a articulação de distintas ações que necessitam advir de forma concomitante, entre elas:

Avaliação clínica; Avaliação nutricional; Promoção da alimentação saudável; Avaliação oftalmológica; Avaliação da saúde e higiene bucal; Avaliação auditiva; Avaliação psicossocial; Atualização e controle do calendário vacinal; Redução da morbimortalidade por acidentes e violências; Prevenção e redução do consumo do álcool; Prevenção do uso de drogas; Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; Educação permanente em saúde; Atividade física e saúde; Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007a, p.13).

Baseada nessas ações do PSE, a ação Avaliação Psicossocial, tendo como linha de ação a Avaliação Antropométrica, foi alvo de escolha para ser trabalhada nesta dissertação. A avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável e atividade física, prevenção e promoção da desnutrição, do excesso de peso e da obesidade, causadoras de possíveis doenças crônicas podem ser evitadas, quando adquirido conhecimento através do programa. Essas ações, quando realizadas, permitem que a população mais vulnerável adquira o mínimo de condições de saúde para ampliar a participação no próprio cuidado, podendo aumentar a possibilidade da longevidade saudável.

Em face às essas ações apresentadas, ao instituir o PSE, o governo acreditava que todos os municípios iriam se aderir gradativamente ao programa, projetando que, no período compreendido entre os anos de 2008 a 2011, a adesão dos municípios brasileiros iria alcançar pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas (BRASIL, 2009a, p.12).

Em virtude da previsão mencionada, o governo continua fortalecendo o PSE através da implantação de novas ações e objetivos fundamentais no tentame de alcançar seus alvos. Dessa forma, delega ao programa promover a saúde e a cultura da paz, fortalecer a vigilância de agravos à saúde; articular ações entre as redes públicas de saúde e educação; ampliar a abrangência e o conflito de suas ações referentes aos estudantes e suas famílias; tornar os espaços, os equipamentos utilizados e recursos mais acessíveis; colaborando para a construção de qualidade, para a formação total dos educandos, de sistema de atenção social, focando na ascensão da cidadania e nos direitos humanos.

O programa objetiva ainda fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no âmbito da saúde, que sejam capazes de danificar o pleno desenvolvimento escolar; promover o convívio entre escolas e unidades de saúde, garantindo a permuta de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e por último, garantir a participação da comunidade nas políticas de Educação Básica e Saúde no governo federal, estadual e municipal.

Dado o exposto no artigo 3º do Decreto 6.286 (BRASIL, 2007a), o PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

Além disso, o artigo 4º estabelece que as ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Isso significa que cabem às ESFs as visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o acolhimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as carências locais de saúde identificadas. Frente aos problemas de saúde identificados, as ESFs devem se articular com a rede de serviços de saúde, com o setor Educação e com a comunidade, para a elaboração de planos terapêuticos associados à resolução das inópias.

Durante os registros históricos da promoção de saúde, a vigilância em saúde das crianças e adolescentes consiste na responsabilidade das ESFs, às quais competem realizar periodicamente a avaliação das condições de saúde dos escolares que estão nas escolas inseridas em seus territórios adscritos (BRASIL, 2009a, p.15).

Ao se examinar as Políticas Públicas no Brasil verifica-se que, além do decreto, inúmeras portarias e emendas são criadas ao decorrer da execução delas. Convém lembrar que várias alterações ocorreram no PSE a partir dessas portarias. Sendo assim, esta pesquisa descreve, a seguir, as portarias submergidas no PSE, responsáveis pelas alterações do Decreto nº 6.286/2007 (BRASIL, 2007a), e ainda as portarias interministeriais de suma importância para a construção de elementos que objetivam a relação entre os setores da educação e saúde, possibilitando a implantação e a ampliação, na expectativa de aperfeiçoar o funcionamento do PSE.

3.3.1.1 Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008

A partir do decreto e portarias instituídas, o PSE emerge na tentativa de chegar ao ápice realizando com presteza seus objetivos. Dessa forma, a Portaria Interministerial nº 675

de 2008 (BRASIL, 2008b) institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola – Ciese, coordenada pelo Ministério da Saúde, com o compromisso de analisar a promoção e a articulação entre os Ministérios da Educação e da Saúde para a execução de ações de atenção, prevenção e promoção à saúde nas escolas, bem como o caráter transversal da atenção à saúde e a necessidade de submergir a comunidade nas estratégias de educação para a saúde na rede pública de educação básica.

A Ciese foi instituída para traçar diretrizes da política de educação e saúde na escola, em consonância com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do SUS. Ainda, incumbe-se na teoria de diretrizes para a política nacional de saúde na escola, demonstrando referenciais de saúde imprescindíveis para a formação inicial e continuada dos profissionais de educação no campo da educação básica e dos profissionais da saúde, promovendo estratégias de articulação entre as áreas de saúde e de educação nas esferas federal, estadual e municipal, responsáveis por acompanhar a execução do PSE, especialmente na análise do material pedagógico preparado pelo programa. A partir da criação da Ciese, publica-se a Portaria nº 1.861 de 4 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008a), que institui recursos para adesão dos municípios ao PSE.

3.3.1.2 Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008

Ao se examinar a criação do PSE em 2007, verifica-se que, somente em 2008, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.861 (BRASIL, 2008a), estabelece recursos financeiros para os municípios que aderirem ao PSE. Segundo os critérios do programa, são priorizadas as escolas mais vulneráveis, considerando o Ideb e a cobertura das ESFs, bem como a participação no Programa Mais Educação, sendo que essa seleção deve ser definida pelos secretários estaduais e municipais de Educação e de Saúde.

Dessa forma, ao definir seus artigos para adesão dos municípios ao PSE, a Portaria nº 1.861 (BRASIL, 2008a) segue os critérios apresentados no artigo 2º que estabelece que somente estarão aptos a aderirem ao PSE os municípios com Ideb, no ano de 2005, menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura populacional por ESF e, ainda, considera apenas os municípios que possuem em seu território escolas participantes do Programa Mais Educação, priorizando-as.

Cabe mencionar que o Programa Mais Educação instituído pela Portaria Interministerial n.º 17/2007 (BRASIL, 2007c) agrega as ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), a fim de induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na perspectiva da Educação Integral. No entanto, o programa Mais Educação

propõe colaborar com a concepção integral dos alunos da rede pública do Brasil, reafirmando o princípio de que lugar de criança e adolescente é na escola. Conta-se com o apoio dos Ministérios da Educação, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Esporte e Cultura por meio de ações educativas, artísticas, culturais, esportivas e de lazer.

Em face aos critérios de adesão dos municípios ao PSE, pode-se ressaltar que o Ideb, na qualidade de indicador de condição educacional, avalia, a cada dois anos, a qualidade no ciclo básico de ensino, a partir do cálculo da relação entre rendimento escolar e ainda o desempenho na Prova Brasil aplicada para crianças do 5º e 9º anos do Ensino Fundamental e do 3º ano do Ensino Médio, analisada em escala de 0 a 10 (BRASIL, 2011b, p.7), vem sendo alterado timidamente ao longo do caminho percorrido pela política de implantação do PSE, na tentativa de aumentar as pactuações dos municípios brasileiros.

Logo ao analisar a Portaria Interministerial n.º 17/2007, verifica-se que, no artigo 4º, estão citadas as ações de saúde previstas no âmbito do PSE e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde. Essas diretrizes permanecem em acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, relacionadas com as atribuições das ESFs. Assim, dentro da dialética do PSE, as ESFs devem atuar entre a escola e os serviços de saúde, realizando visitas diárias, quando houver crianças e ou adolescentes com necessidades ou problemas de saúde, proporcionando mobilização e recursos de saúde e educação, impedindo seu distanciamento das atividades escolares normais (BRASIL, 2009a).

Isto posto, pode-se mencionar que a Portaria n.º 1.861, de 4 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008a), além de garantir a adesão dos municípios, delega competências aos Estados e Municípios. Levando-se em consideração as características dessas portarias analisada até aqui, pode-se citar que o Estado concede ajuda financeira aos municípios para o planejamento de ações do PSE entre o SUS e a rede de educação pública básica, e também financia a formulação de propostas referentes à educação dos profissionais de saúde e da educação básica. Durante a execução dessas ações, ampara os gestores municipais na adesão, no planejamento e na prática das ações do PSE e, por último, colabora no monitoramento e avaliação do programa.

Em consequência do exposto, as secretarias municipais de Saúde e Educação, permanecem com responsabilidade da criação dos Grupos de Trabalho Intersetorial na preparação e execução do projeto, na aprovação da inclusão dos temas apreciados, incorporando-os nos PPPs, permitindo a relação e planejamento entre as equipes das escolas e das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família.

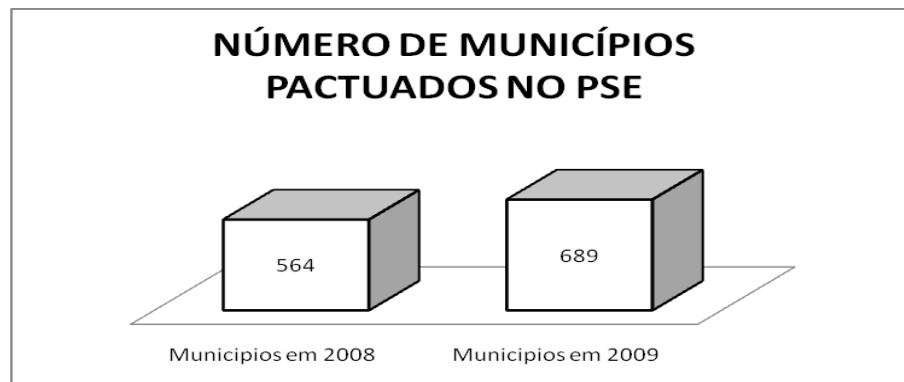
Por fim, o MS – considerando a necessidade de simplificar o processo de implementação do PSE e de credenciar municípios ao recebimento de recursos financeiros

pela adesão do PSE, de modo a possibilitar as ações de saúde nas escolas no início do ano letivo de 2009 – cria a Portaria de Credenciamento de nº 2.931⁸ de 4 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008c).

3.3.1.3 Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009

A **Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009e)** estabelece recursos financeiros aos municípios pela adesão ao PSE. Para terem direito ao recebimento de recursos financeiros, eles devem ter no mínimo 70% de cobertura populacional pela ESF, com base na competência financeira de agosto de 2009, diferenciando-se da Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008a), que instituiu 100% de cobertura populacional. Como o governo percebeu que os municípios não aderiram ao programa decidiu diminuir a porcentagem de cobertura para 70% e Ideb menor ou igual 2,69 passa para menor ou igual 3,1. Tal fato justifica-se o número de municípios que aderiram ao PSE nos anos de 2008 a 2009, conforme mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Municípios que aderiram ao PSE, nos anos de 2008 a 2009.



Fonte: Diário Oficial da União nº 185, p. 242.

Os números expostos no Gráfico 1 podem ser considerados pouco expressivos, frente aos 5.565 municípios brasileiros, o que justifica a criação das inúmeras portarias com o propósito de alterar as definições do Decreto Presidencial 6.286 de 2007 até alcançar as adesões dos municípios almejados pelo PSE. E por conta disso, o Ministério de Educação e Saúde criam, em meados do ano de 2010, a Portaria Interministerial nº1.537, a qual será analisada a seguir.

⁸Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008 – Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE e credencia municípios para o recebimento desses recursos.

3.3.1.4 Portaria Interministerial nº 1.537, de 15 de junho de 2010

A Portaria Interministerial nº 1.537/de 15 de junho de 2010 (BRASIL, 2010a) credencia municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM/2009 (BRASIL, 2009e), no que se refere ao Ideb e cobertura populacional pela ESF. Essa alteração se faz no artigo 1º, nos anexos I e II, e define aos municípios credenciados a receber recursos pela adesão ao PSE, conforme o critério estabelecido no Art. 5º dessa Portaria:

[...]com o respectivo número de ESF pelas quais esses Municípios poderão receber esses recursos e tomando como base o número de ESF cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, na competência agosto de 2009, conforme Portaria que estabelece o cronograma de envio da base de dados do SCNES que geraram transferência de incentivos financeiros ao Município (BRASIL, 2010a, p. 83).

Essa portaria tem a responsabilidade, exclusivamente, de repassar através do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, em parcela única, os recursos referentes à adesão/credenciamento aos municípios. Sendo assim, pode-se considerar que, pelo exposto até aqui, mesmo com o consolidado das Portarias 1.861/2008, 3.146/2009 e 1.537/2010, as quais credenciavam e habilitavam os municípios a efetuar as ações do PSE, assim como as ESFs vinculadas ao programa, os índices de adesão dos municípios demonstram relevância nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.

O município de Iturama – objeto deste estudo – está localizado, no Estado de Minas Gerais e aderiu ao PSE somente em 2011, portanto só é possível destacar o Estado de Minas Gerais na Tabela 1, que mostra a distribuição geográfica das adesões.

Tabela 1 – Distribuição geográfica de adesão por municípios, equipes ESFs até 2010 e alunos até 2009.

UF	Sigla	Total de municípios no Estado	Total de municípios com PSE	Percentual de adesão (%)	Equipes ESFs vinculadas ao PSE ⁹	Total de alunos beneficiados ¹⁰
Acre	AC	22	12	54,5%	69	53.058
Alagoas	AL	102	78	76,5%	573	256.495
Amapá	AP	16	07	43,7%	74	74.065
Amazonas	AM	62	19	30,6%	257	35.955
Bahia	BA	417	181	43,4%	1137	717.432
Ceará	CE	184	58	31,5%	629	340.167
Distrito Federal	DF	01	01	100%	89	1.000
Espírito Santo	ES	78	12	15,3%	72	204.997
Goiás	GO	246	21	8,5%	188	308.506
Maranhão	MA	217	103	47,4%	740	571.708
Mato Grosso	MT	141	18	12,7%	93	231.764
Mato Grosso do Sul	MS	79	14	17,7%	60	86.340
Minas Gerais	MG	853	41	4,8%	519	59.172
Pará	PA	144	42	29,1%	375	288.572
Paraíba	PB	223	123	55,1%	675	414.753
Paraná	PR	399	11	2,7%	51	399.660
Pernambuco	PE	185	97	52,4%	1.110	274.138
Piauí	PI	224	141	63%	618	625.482
Rio de Janeiro	RJ	92	17	18,5%	320	132.477
Rio Grande do Norte	RN	167	118	70,5%	673	406.919
Rio Grande do Sul	RS	497	14	2,8%	134	11.426
Rondônia	RO	52	03	5,8%	59	146.303
Roraima	RR	15	06	40%	39	60.077
Santa Catarina	SC	295	16	5,4%	55	106.519
São Paulo	SP	645	16	2,5%	81	260.061
Sergipe	SE	75	59	78,6%	328	2.362.812
Tocantins	TO	139	25	18%	56	72.554
TOTAIS		5.570	1.253	22,5%	9.074	8.502.412

Fontes: IBGE (2010).

Levando-se em conta o que foi observado a partir dos dados da Tabela 1, pode-se concluir que, até o ano de 2010, dos 5.570 municípios brasileiros apenas 1.253 aderiram ao PSE, perfazendo um percentual de 22,5% do total de municípios. Ao mesmo tempo, o Brasil tinha 9.074 ESFs vinculadas ao PSE, beneficiando 8 milhões, 502 mil e 412 alunos de ensino básico e fundamental da educação pública. Em face dessa realidade, acredita-se que referente à projeção do governo em atingir 26 milhões de alunos de escola pública no período compreendido entre os anos de 2008 a 2011 (BRASIL, 2009a, p.14), somente 32,70% desses

⁹Consolidados das Portarias nº 1.861 e 2.931/2008, nº 3.146/2009 e 1.537/2010.

¹⁰Censo Escolar 2009.

alunos foram beneficiados até 2010. Observa-se que somente três estados e o Distrito Federal possuem o percentual de adesão ao PSE, de no mínimo 70% de cobertura populacional do município inserido pela equipe de saúde da família (ESF), o que representa 14,28% em um total de 27 estados e o Distrito Federal.

Também é importante mencionar que durante a execução da Portaria Interministerial nº 1.537/2010 (BRASIL, 2010a), o Ministério da Educação e Cultura – MEC insere o PSE na Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade – Secad, procura proporcionar o acesso da população à educação e ao conhecimento da igualdade, qualidade e valorização da diversidade (BRASIL, 2013b).

3.3.1.5 Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010

Considerando a necessidade de ampliar a cobertura e intensificar a atuação do PSE, a Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010 (BRASIL, 2010b) define os critérios para adesão dos municípios ao PSE no ano de 2010 e divulga a lista de municípios aptos para manifestação de interesse de adesão.

Art. 1º - I - Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), no ano de 2009, menor ou igual a 4,5 e que tenham 70% ou mais de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família, com base na competência financeira de junho de 2010; e II - Municípios que possuem escolas participantes do Programa Mais Educação.

Art. 2º Os Municípios aptos à adesão ao PSE, no ano de 2010, que atendem aos critérios estabelecidos no art. 1º estão listados nos Anexos I e II a esta Portaria. (BRASIL, 2010b, p. 64).

Tendo em vista as transformações ocorridas no Ideb para adesão dos municípios no PSE descritos pelas portarias citadas até o momento, conclui-se que pequena parcela de municípios aderiu ao programa, por ter alcançado índices superiores ao exigido. O programa favorecia somente município com Ideb baixo, fora da realidade do índice na atual circunstância.

Levando-se em consideração esse fato, a Tabela 2 faz o comparativo do Ideb exigido pelo PSE e os Idebs do Brasil.

Tabela 2 – Ideb – Resultados do Brasil. Anos iniciais do Ensino Fundamental.

	IDEB OBSERVADO					METAS			
	2005	2007	2009	2011	2013	2007	2009	2011	2013
TOTAL	3.8	4.2	4.6	5.0	5.2	3.9	4.2	4.6	4.9

Fonte: Ministério da Educação (2015).

Em 2008, com a Portaria 1.861 (BRASIL, 2008a) estabelecendo que somente estarão aptos a aderirem ao PSE os municípios com Ideb, no ano de 2005, menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino, verificou-se o seguinte a partir dos dados da Tabela 2: em 2005, o Ideb das escolas públicas brasileiras era de 3,8, não adequando ao proposto pelo PSE, justificando um dos motivos para a baixa adesão dos municípios ao programa. A partir de então, é criada a Portaria n° 3.146 de 2009 (BRASIL, 2009e), aumentando o Ideb para o valor menor ou igual 3,1, ainda baixo considerando o Índice brasileiro e como justificativa da não adesão ao programa.

Ao finalizar, esta pesquisa compara o Ideb em nível do Brasil, que apresenta um valor de 4,6, com o da Portaria Interministerial n° 3.696 de 2010 (BRASIL, 2010b), considerando a necessidade de ampliar a cobertura e intensificar a atuação do PSE, que determina o valor do Índice menor ou igual a 4,5 referentes ao ano de 2009, portanto, enquadrando-se a no Índice de adesão ao PSE.

Tabela 3 – Ideb - Resultado Brasil. Anos Finais do Ensino Fundamental.

	IDEB OBSERVADO					METAS			
	2005	2007	2009	2011	2013	2007	2009	2011	2013
TOTAL	3.5	3.8	4.0	4.1	4.2	3.5	3.7	3.9	4.4

Fonte: Ministério da Educação (2015)

O Ideb do município de Iturama em 2005 era de 4,4, em 2007 de 4,8, 2009 de 6,0 e em 2011 de 5,9. Portanto, justifica a adesão dele ao PSE a partir de 2011, ano em que o Ideb foi igual ao determinado para adesão. Especificamente à Escola João Ribeiro Rosa, em 2007, ela conseguiu um índice de 4,1, 2009 de 5,3 e em 2011 de 5,9 (BRASIL, 2016).

3.3.1.6 Portaria Interministerial n° 1.910, de 8 de agosto de 2011

Dentre as portarias já mencionadas, a de n° 1.910, de 8 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011a) é de suma importância para desenvolvimento deste trabalho, pois autoriza a adesão do município de Iturama ao PSE, estabelecendo o Termo de Compromisso Municipal para o recebimento de recursos financeiros do PSE e ainda estabelece

A pactuação de escolas, por município, passou a ser obrigatória, através de Termo de Compromisso Municipal, celebrado entre as Secretarias Municipais de Saúde e da Educação, formalizando as metas das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, nos seus territórios de responsabilidades, para fins de transferência dos recursos financeiros e materiais do PSE (BRASIL, 2011a, p.49).

Portanto, a partir dessa portaria, os ministérios da Saúde e da Educação, através dos Grupos de Trabalho Intersetorial Federal – GTI-F dialogam para melhor execução das

ações propostas aos municípios, por meio do Termo de Compromisso entre município¹¹. Desse modo, foi em 2011, através da Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011a), envolta aos Ministérios da Saúde e o da Educação, que a pactuação de escolas, por município, passou a ser obrigatória, através de Termo de Compromisso Municipal, notabilizado entre as Secretarias Municipais de Saúde e da Educação, formalizando as metas das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, nos seus territórios de responsabilidades, para fins de transferência dos recursos financeiros e materiais do PSE.

Nesse período, o registro das informações sobre as atividades desenvolvidas no PSE deveria ser efetuado e atualizado através do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES. A partir de então, para terem direito ao recebimento dos recursos financeiros do governo federal, os municípios deveriam cadastrar o código Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da equipe de saúde da família, vinculando-a às escolas situadas no território de responsabilidade dessa equipe.

Durante a atuação, os municípios deveriam promover ações de saúde nas escolas, levando-se em conta os componentes através de Termo de Compromisso Municipal. Em virtude desse fato mencionado, o município de Iturama vincula suas escolas, apresentando o número do Inep e as ESF com o CNES.

Tabela 4 – Vinculação do PSE territorial ESF – Escola.

Código IBGE do município	Nome do município	Código CNES da ESF	Código da escola	Número de alunos	Nome da escola
313440	Iturama	6811132	31271128	712	Escola Municipal João Ribeiro Rosa

Fonte: Escola Municipal João Ribeiro Rosa.

Levando-se em consideração esses aspectos, o município de Iturama apresenta os códigos do CNES da ESF de cobertura do território e Inep da Escola João Ribeiro Rosa, conforme mostra a Tabela 4.

¹¹Cláusula Segunda – Do Repasse do Recurso Financeiro. A transferência do recurso financeiro se efetivará por meio de repasse fundo a fundo na modalidade PAB variável, compondo o Bloco de Financiamento da Atenção Básica do Pacto pela Saúde. § 1º O valor total do recurso financeiro corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal das Equipes de Saúde de Família que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE). § 2º 70% do valor total do recurso financeiro do Programa Saúde na Escola (PSE) será pago a partir da assinatura do Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE). Os 30% restantes do valor total do recurso financeiro será pago após o cumprimento de 70% das metas municipais pactuadas. § 3º Os Municípios que atingirem 70% das metas pactuadas, no prazo de 12 meses da data de assinatura do Termo de Compromisso Municipal, estarão aptos à formalização de novo Termo para o próximo exercício. § 4º Os Municípios que não atingirem os 70% das metas pactuadas, no prazo de 12 meses da data de assinatura do Termo de Compromisso Municipal, perderão os 30% do total do incentivo financeiro. Cf. **BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011**. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília, DF, 9 ago. 2011a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8613-portarias-interministeriais-1910-1911-80711-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 1 out. 2016.

Ressalta-se também que partir da Portaria Interministerial nº 1.910, o PSE apresenta as metas municipais referentes aos componentes I, II, III, com suas linhas de ações, suas ações, parâmetros essenciais e metas municipais pactuadas com os números de alunos a serem contemplados, conforme mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Plano de Metas Municipais do Programa Saúde. Componente I: avaliação clínica e psicossocial.

LINHA DE AÇÃO	AÇÃO	PARÂMETRO ESSENCIAL	METAS MUNICIPAIS PACTUADAS
Avaliação Antropométrica	Realizar avaliação antropométrica	Nº de escolares a serem contemplados	Nº de escolares a serem contemplados
Atualização do Calendário Vacinal	Realizar a verificação de carteira de vacinação dos escolares		
Detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Aferir a pressão arterial e identificar os escolares com HAS		
Detecção precoce de agravos de Saúde Negligenciados (prevalentes: hanseníase, tuberculose, malária, etc.)	Realizar avaliação clínica para identificar sinais de agravos de saúde negligenciados, observando indicadores epidemiológicos locais		
Avaliação Oftalmológica	Realizar a triagem de acuidade visual dos escolares (Teste de Snellen) e identificar escolares com problemas visuais		
Avaliação Auditiva	Avaliar e identificar os escolares com dificuldade de audição	Não há	
Avaliação Nutricional	Avaliar o estado nutricional e hábitos alimentares dos escolares	Nº de escolares a serem contemplados	
Avaliação da Saúde Bucal	Avaliar o estado de saúde bucal dos escolares com necessidade de cuidado em saúde bucal		
Avaliação Psicossocial	Verificar escolares sem registro civil e encaminhar a informação/dados dos escolares ao Conselho Tutelar		

Fonte: Centro de Referências em Educação Integral (2015).

As linhas de ações que compõem o Componente I do PSE, apresentado no Quadro 2, são consideradas fatores responsáveis pelo desenvolvimento psicossocial da criança e do adolescente, podendo ocasionar dificuldade na aprendizagem. Em relação às ações, [...] sugerimos que sejam realizadas na escola por seu caráter de triagem e considerando o ganho

de escala em ambiente coletivo. Devendo ser encaminhados à unidade básica os educandos com necessidades de maiores cuidados (BRASIL, 2011a, p. 3).

Ao citar as linhas de ações do PSE e conseqüentemente suas ações, é necessária uma ressalva sobre as ações implantadas no município de Iturama, referentes ao Componente I. Além disso, o município foi contemplado com as linhas de ação: Avaliação Oftalmológica, Detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, Avaliação Nutricional e Avaliação Antropométrica. Deve-se ressaltar a linha de ação “avaliação antropométrica”, foco deste estudo na Escola João Ribeiro Rosa, e que está ligada diretamente à obtenção de alteração de peso na prevenção de sobrepeso e obesidade.

Quadro 3 – Plano de Metas Municipais do Programa Saúde na Escola. Componente II: Ações de Promoção e Prevenção da Saúde.

LINHA DE AÇÃO	AÇÃO	PARÂMETRO ESSENCIAL	METAS MUNICIPAIS PACTUADAS
Ações de Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável	Realizar atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis com a comunidade escolar, considerando os alimentos regionais	Nº de escolares a serem contemplados	Nº de escolares a serem contemplados
Promoções das Práticas Corporais e Atividade Física nas Escolas	Realizar práticas corporais orientadas à realidade da comunidade, incluídas no cotidiano escolar		
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Educação para a Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e prevenção das DST/AIDS – Saúde e Prevenção nas Escolas	Realizar atividades abordando as temáticas da saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção DST/AIDS e hepatites virais ao cotidiano da escola		
	Formar jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas envolvendo saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção DST/AIDS e hepatites virais		
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas	Realizar atividades abordando a temática dos riscos e danos do uso de álcool, tabaco, <i>crack</i> e outras drogas ao cotidiano da escola		
Promoção na Cultura da Paz e Prevenção das Violências	Realizar atividades abordando a temática da diversidade sexual, <i>bullying</i> , homofobia, discriminação e preconceito no cotidiano da escola		
Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável	Realizar atividades de sensibilização, responsabilização e intervenção do cuidado consigo mesmo e com o ambiente escolar		

Fonte: Centro de Referências em Educação Integral (2015).

As linhas de ação do Quadro 3 referentes ao componente II preveem a promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde. Vale ressaltar que o município de Iturama foi contemplado com as ações: Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE: Prevenção ao uso de

álcool e tabaco e outras drogas; Promoção na Cultura da Paz e Prevenção das Violências; Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE: Educação para a Saúde Sexual; Saúde Reprodutiva e prevenção das DST/AIDS - Saúde e Prevenção nas Escolas.

Quadro 4 – Plano PSE de Metas Municipais do Programa de Saúde na Escola. Componente III: Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens.

LINHA DE AÇÃO	AÇÃO	PARÂMETRO ESSENCIAL	METAS MUNICIPAIS PACTUADAS
Educação permanente e capacitação local de profissionais da educação nos temas da saúde e constituição das equipes da saúde que atuarão nos territórios do PSE	Capacitar os profissionais da saúde e educação para gestão intersetorial do PSE	Não há	Nº de profissionais a serem contemplados
	Capacitar os profissionais da saúde e educação para aplicação do Teste de Snellen (acuidade visual)		
	Capacitar os profissionais da saúde e educação para trabalhar com as temáticas: Educação para a Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e prevenção das DST/AIDS – Saúde e Prevenção nas Escolas; Promoção da alimentação saudável; Prevenção ao uso de álcool e tabaco, <i>craque</i> outras drogas		

Fonte: Centro de Referências em Educação Integral (2015).

No que diz respeito ao Componente III – Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o PSE (Quadro 4), trata-se de um componente necessário à formação de atores diversos na atuação intersetorial, como condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais da educação e da saúde, com vistas à integralidade (BRASIL, 2011a).

O projeto de formação permanente tem sido elaborado a partir de três eixos: gestão da formação, operacionalização e organização dos diferentes formatos de formação, capacitar profissionais de saúde para atuarem com bases pedagógicas; profissionais da educação com bases em situação de saúde e jovens líderes de turmas para atuarem como agentes multiplicadores.

A Tabela 5 refere-se ao consolidado pelas Portarias nº 1.910 e nº 1.911/2011, as quais credenciavam e habilitavam os municípios a efetuarem as ações do PSE.

Tabela 5 – Panorama da Adesão de Municípios no Ciclo 2011/2012.

UF	Sigla	Total de municípios no estado	Total de municípios com PSE	Percentual de adesão (%)
Acre	AC	22	20	91%
Alagoas	AL	102	102	100%
Amapá	AP	16	16	100%
Amazonas	AM	62	55	88,7%
Bahia	BA	417	399	95,7%
Ceará	CE	184	184	100%
Distrito Federal	DF	01	01	100%
Espírito Santo	ES	78	52	66,6%
Goiás	GO	246	241	98%
Maranhão	MA	217	217	100%
Mato Grosso	MT	141	133	94,3%
Mato Grosso do Sul	MS	79	64	81%
Minas Gerais	MG	853	692	81%
Pará	PA	144	141	98%
Paraíba	PB	223	222	99,5%
Paraná	PR	399	360	90,2%
Pernambuco	PE	185	181	97,8%
Piauí	PI	224	217	96,8%
Rio de Janeiro	RJ	92	86	93,4%
Rio Grande do Norte	RN	167	167	100%
Rio Grande do Sul	RS	497	35	7%
Rondônia	RO	52	35	67,3%
Roraima	RR	15	15	100%
Santa Catarina	SC	295	262	88,8%
São Paulo	SP	645	453	70,2%
Sergipe	SE	75	75	100%
Tocantins	TO	139	133	95,7%
TOTAIS		5.570	4.558	81,8%

Fontes: Inep (2013).

Levando-se em conta os dados do panorama de adesão dos municípios no ciclo 2011/2012 (Tabela 5), pode-se ressaltar que os índices de adesão dos municípios aumentaram consideravelmente em relação às adesões em 2010, mencionadas anteriormente. Ainda levando-se em consideração que, nesse momento, o percentual de adesão de municípios perfaz 81,8%, comparando com 2010 houve um aumento de 59,3%. No que se refere ao estado de Minas Gerais, em destaque na Tabela 5 devido à localização do município de Iturama, 651 municípios aderiram ao PSE de 2010 a 2012, tendo um percentual de 77,00%.

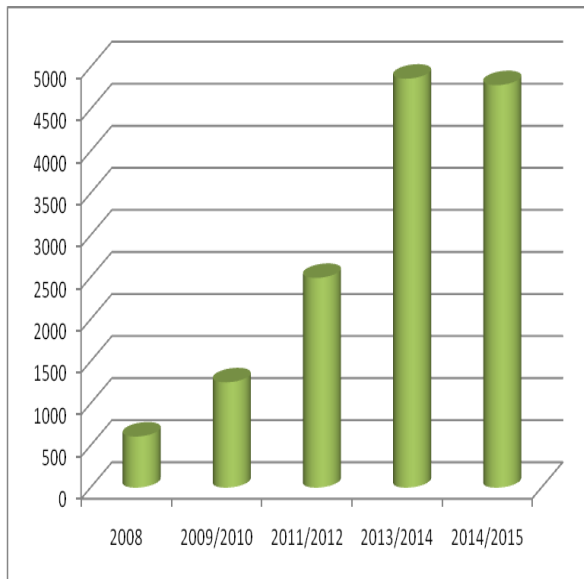
Tabela 6 – Panorama da adesão de municípios no ciclo 2013/2015.

	Total de municípios	Municípios aderidos	Percentual de adesão %	Educandos pactuados	Escolas pactuadas	Creches pactuadas ¹²	Equipes de Atenção Básicas Vinculadas ¹³
2013/2014	5.570	4.864	87,3%	18.713.940	79.715	17.748	30.045
2014/2015	5.570	4.787	86%	18.313.214	78.934	19.999	32.317

Fonte: Brasil (2015).

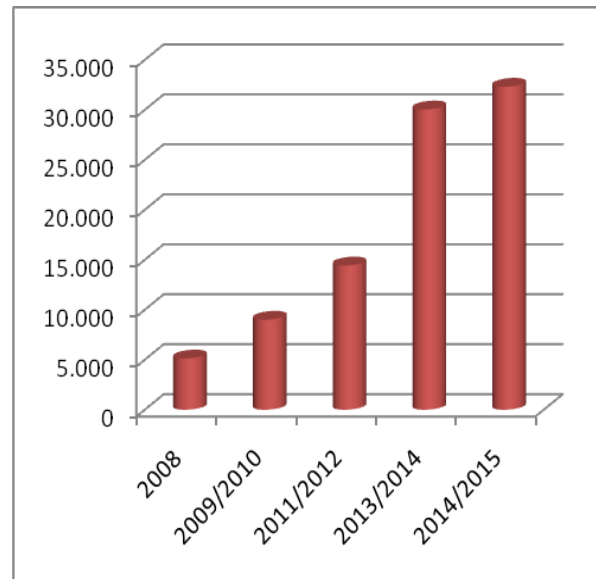
Ao compararmos os dados da Tabela 6, conclui-se que no ciclo 2013/2014 ocorreu uma alteração 87,3% para mais, referentes ao total de municípios brasileiros, mas quando comparado com o ciclo 2011/2012, percebe-se um ligeiro aumento, justificado por 306 (5,5%) municípios que aderiram ao PSE dentro de um ano. Quanto ao ciclo 2014/2015, houve uma alteração de 77 municípios para menos, concluindo que 77 municípios foram descredenciados do PSE.

Gráfico 3 – Evolução de Municípios Pactuados



Fonte: Brasil (2015).

Gráfico 2 – Evolução Equipe Saúde da Família



Fonte: Brasil (2015).

Ao representar graficamente a evolução de municípios pactuados, conforme mostra o Gráfico 2, percebemos que existe um aumento considerando até 2014. Em 2015, encerrou com decréscimo, enquanto que em relação a ESF – Gráfico 3 –, no período de 2008 a 2014 ocorreu uma aceleração crescente, mais a partir de então até 2015, o crescimento foi menos acelerado.

¹² Creches pactuadas em 2013 ao PSE - foram expandidas para as creches e pré-escolas, conforme alterações no programa.

¹³ As equipes de Atenção Básica são vinculadas às escolas no sistema de adesão, não sendo possíveis as que atuam somente nas creches.

Ao declarar a atuação dos municípios em promover ações de saúde nas escolas considerando os componentes através de Termo de Compromisso Municipal, entende-se que a família e a comunidade têm um papel fundamental na execução dessas ações. A família deverá seguir as orientações previstas por uma equipe intersetorial, com ações de controle alimentar e atividade física na escola e acompanhamento médico e psicológico na saúde, levando à criança e/ou ao adolescente ao conhecimento de hábitos saudáveis para se tornar um adulto com menos riscos de doenças crônicas.

Ao se referir à alteração de peso para sobrepeso e obesidade, não se pode esquecer do fator mais comum na idade escolar, o *bullying*¹⁴, que pode trazer graves problemas psicológicos e ocasionar problemas orgânicos de dois tipos: a criança e/ou adolescente obeso pode-se tornar anoréxico ou bulímico; ou o processo inverso: a criança ou adolescente com baixo peso ou desnutrido pode desenvolver um quadro de obesidade. Essas duas situações podem levar a uma deficiência no aprendizado.

3.3.1.7 Portaria nº 357 de março de 2012¹⁵

A Portaria nº 357 de março de 2012 (BRASIL, 2012) deu início à semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), demonstrando a importância de se realizar o intercâmbio entre as famílias e a escola na realização do trabalho no combate ao sobrepeso e à obesidade. Além disso, esclarece que a família também tem responsabilidade sobre os maus e bons hábitos de seus filhos. Esse programa está sendo inserido devido ao alto índice de sobrepeso e obesidade no Brasil, sendo redefinido pela Portaria nº 364, de 08 de março de 2013¹⁶ (BRASIL, 2013c). Sendo assim, a partir dessa portaria, inicia-se esta pesquisa na Escola João Ribeiro Rosa.

¹⁴*Bullying* é o termo utilizado para descrever atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo ou grupo de indivíduos, causando dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder.

¹⁵Art. 1º Fica instituída a Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola). Art. 2º Poderão aderir à Semana Saúde na Escola os municípios e o Distrito Federal, desde que tenham concluído o processo de pactuação com o Programa Saúde na Escola (PSE), junto ao Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE. Parágrafo único. Os entes federados referidos no “caput” poderão aderir à Semana Saúde na Escola por meio do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE. Cf. BRASIL. Gabinete do Ministro da Saúde. **Portaria nº 357 de 01 de março de 2012**. Diário Oficial da União Poder Executivo. Brasília – DF. 02 de marc. 2012. Disponível em: <<http://e-dou.com.br/diarios-oficiais/2014/10/diario-oficial-da-uniao-secao-1-01-10-2014/?s=>>>. Acesso em 20 jan. 2016.

¹⁶Art. 1º Esta Portaria redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, e o respectivo incentivo financeiro. Art. 2º A Semana Saúde na Escola é constituída por ações de promoção e prevenção de agravos à saúde realizada nos estabelecimentos públicos de ensino em todo o território nacional. Parágrafo único. Os Ministros de Estado da Saúde e da Educação definirão, anualmente, os temas principais que nortearão a execução das ações de que trata o “caput”. Cf. BRASIL. **Portaria nº 364 de 8 de março de 2013**. Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, e o

3.3.1.8 Portaria Interministerial nº 1.413 de 10 de julho de 2013

A Portaria Interministerial nº 1.413 de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013d) altera a Portaria Interministerial nº 3.696 (BRASIL, 2010b), que estabelece critérios para transferência de recursos aos municípios credenciados ao PSE e define a lista de municípios aptos a assinarem termo de compromisso. Além disso, no seu Artigo 5º, caracteriza os Grupos de Trabalho Intersetorial nas esferas federal, estadual, distrital e municipal do PSE. Segundo o artigo 6º, compete ao GTI-F do PSE as ações de: Promoção, respeitando as competências do Ministério da Saúde e Educação articulado entre as secretarias de Educação nas esferas estaduais e municipais e princípios do SUS e ainda auxiliando no planejamento das ações do PSE entre o SUS e sistema de ensino público da Educação Básica e formulando propostas de formação continuadas dos profissionais de saúde e de educação para implantação das ações do Programa. Ainda ela apoia os gestores estaduais e municipais e do Distrito Federal, na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE.

Já os Grupos de Trabalhos Intersetoriais estaduais contidos no Artigo 7º estabelecem as responsabilidades e finalidades de definir as estratégias, articular a rede de saúde, subsidiar o planejamento, apoiar gestores municipais na articulação no planejamento na implementação das ações e ainda, atuar em,

Todas as creches públicas e conveniadas do Município; assim como todas as escolas do campo; escolas participantes do Programa Saúde na Escola 2012; escolas participantes do Programa Mais Educação em 2012; escolas que tiveram matriculados em 2012 adolescentes em medidas socioeducativas; escolas que tenham dentre os educandos matriculados, pelo menos 50% deles pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2013d, p. 3).

Naquela época, o registro das informações sobre as atividades desenvolvidas no PSE passou a ser efetuado e atualizado através de dois sistemas: o "e-SUS da Atenção Básica" – e-SUS/AB) e o "Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle" – Simec, que deveriam ser alimentados pelos profissionais da saúde e da educação e pelos gestores responsáveis pelo Programa no âmbito do Distrito Federal e dos Municípios, conforme Portaria Interministerial nº 1.413/2013 (BRASIL, 2013d).

No entanto, tendo em vista a resposta do MS, observa-se que, até 2011, os sistemas informatizados CNES, e- SUS/AB e Simec são autônomos, ou seja, funcionam de forma independente. Além disso, como o e-SUS é alimentado pela saúde e o Simec pela educação, uma vez que não estão interligados, há que se refletir quanto à consistência das

respectivo incentivo financeiro. 2103c. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=12817-portaria-364-08-marco-2013-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 27 out. 2016.

informações de forma intersetorial, já que o monitoramento e avaliação permanentes são uma das diretrizes para a implementação do PSE.

Levando-se em consideração que a parceria entre a organização de atenção básica em saúde e a organização escolar é essencial na concretização de ações de promoção em saúde e no cuidado da saúde das crianças e adolescentes, vale considerar que na ação saúde-doença – que vai ao embate dos processos de aprendizagem vivenciados pelos alunos – é essencial trabalhar os estereótipos como o do corpo perfeito, potencializar hábitos saudáveis, bem como abordar questões como a sexualidade, violência e preconceito. Essa etapa da vida é marcada por mudanças sentidas no ambiente familiar e comunitário, sendo a escola um espaço propício para ações de saúde, para a discussão de necessidades de saúde e cuidados com a criança e adolescente.

A escola sem a intersetorialidade com a saúde fica carente para enfrentar os problemas que vem se espalhar no espaço escolar, tais como *Bullying*, obesidade, violência, entre outros. Para tanto, projetos que objetivem trabalhar a promoção da saúde, potencializando o cuidado em saúde e a cidadania são indispensáveis.

A infância e adolescência vêm sofrendo profundas mudanças e são necessárias ações intersetoriais nas escolas, em especial entre saúde e educação. Sob esse olhar, situa-se o PSE, o qual visa consolidar a relação intersetorial entre saúde e educação, diretamente nos territórios, através da articulação entre a Atenção Básica em Saúde e as escolas de ensino básico e fundamental.

A partir da Política Nacional de Atenção Básica, esse nível do Sistema Único de Saúde pode ser caracterizado como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com a finalidade de ampliar uma atenção absoluta que conflite no estado de saúde e liberdade das pessoas e nas decisões e condições de saúde da coletividade (BRASIL, 2012).

Essa abrangência da atenção básica demarca a importância dos serviços que a compõem no sentido de realizar uma atuação antecipada dos problemas no território, abalizada pela intersetorialidade e pela esperança extensa de saúde, atingindo a decisão social do processo saúde-doença em suas várias decisões, absolutamente incluídos ao ingresso a bens, serviços e direitos sociais.

Desse modo, o desafio é realizar práticas de cuidado e administração populares e participativas, a partir do trabalho em equipe, regidas a populações de territórios determinados, pelos quais assume a atenção básica a responsabilidade da integralidade. Essa medida promove intensas reformulações no processo de trabalho das equipes, na formação

dos profissionais de saúde, bem como precisa ser apoiada em programas e projetos que concretizem no modelo assistencial.

Dessa forma, no contexto das atribuições da atenção básica frente ao território, torna-se relevante a consolidação do Programa Saúde na Escola, resultante do trabalho entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na esperança de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino. Os principais objetivos desse Programa são:

Os principais objetivos deste Programa são: I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de 4 educandos; IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar (BRASIL, 2009a, pág. 14).

Dessa forma, a situação escolar oferece um ambiente opulento para o desenvolvimento de ações de promoção em saúde, que requer estratégias de trabalho extensas, que vão além da abordagem do processo saúde-doença. Trata-se, assim, de alcançar os sujeitos como parte de um contexto social, cultural, histórico, o qual pode potencializar ou mesmo fragilizar a produção de saúde e cuidado.

Sendo assim, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma probabilidade de focalizar os aspectos que determinam o processo saúde e doença no Brasil. A interconexão entre promoção de saúde e atenção básica se expressa diretamente no PSE, definindo a importância de consolidação desse programa que é voltado para um segmento populacional que possui prioridade absoluta na oferta de políticas e serviços públicos. Destaque-se, portanto, que a efetividade das ações do PSE requer a articulação entre diferentes serviços e setores, potencializando o cuidado às crianças e adolescentes, juntamente com as famílias.

Há também desafios a serem encarados, ao ponto de ampliar o empenho do sistema de saúde, ainda com essa proposta de atuação, o que requer das equipes competências para o trabalho interdisciplinar e coletivo, fundamental para qualquer projeto de trabalho numa equipe da Estratégia de Saúde da Família. Essas mudanças no processo de trabalho estão diretamente relacionadas com a mudança do modelo assistencial SUS, fornecendo as bases para a aproximação entre a atenção básica e as escolas.

Assim, é preciso considerar que a produção de saúde na escola representa uma possibilidade de enfrentamento das desigualdades socialmente determinadas, assim como a escola favorece o acesso a conhecimentos e a formação de cidadãos que tem como papel

estimular o senso crítico, a autonomia, o protagonismo social, propiciar opções de atitudes mais saudáveis, visando melhorar a qualidade de vida na comunidade como um todo.

4 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE ITURAMA

O objetivo deste capítulo é descrever a implantação do PSE no município de Iturama, mais precisamente na Escola João Ribeiro Rosa. O capítulo inicia-se com o histórico do Município, seus aspectos socioeconômicos, organização dos serviços de educação e saúde, credenciamento; implantação e execução do Componente I: Avaliação Clínica e Psicossocial, linha de ação – avaliação antropométrica e realização da avaliação antropométrica na escola em estudo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

4.1.1 Inventário do Município

A história do município de Iturama – localizado no oeste mineiro região conhecida como Triângulo Mineiro, possui uma população de 34.440 habitantes (IBGE, 2010) – teve seu início em 24 de março de 1897, pela Sra. Francisca Justiana de Andrade, proprietária da fazenda Santa Rosa à Diocese de Uberaba. (JANONES, 1993, p.13), cujo nome deu origem ao primeiro povoado do município: “Povoado de Santa Rosa” em 1897. Em 17 de dezembro de 1938, deixa de ser povoado e passa a ser Distrito da cidade de Campina Verde, conforme Decreto 148/1938 (JANONES, 1993, p.13). Em 31 de dezembro 1943, recebe o nome de Camélia. Somente em 27 de dezembro de 1948 pela Lei Municipal 336/1948, o município é emancipado e passa a se chamar Iturama.

A história da educação no município teve início por volta de 1827, com os sacerdotes Lazaristas da Companhia da Missão, que foram enviados à região para catequizar os índios Caiapós que residiam nas aldeias de São Francisco de Sales e Água Vermelha (JANONES, 1993, p.15). Esses primeiros colonizadores foram atraídos pela fertilidade do solo. Encantados com a região localizada entre os Rios Grande e Paranaíba, instalaram-se nessa terra.

Em 1940, foi construída a primeira escola com o nome de Escola Municipal, como mostra a Figura 1, no Distrito de Santa Rosa, atualmente município de Iturama. A turma era mista e multisseriada. Alunos dos sete aos dezessete anos estudavam do primeiro ao quarto ano juntos. Então várias professoras, ora leigas, ora com diplomas de normalista, assumiram com muita responsabilidade a educação no distrito de Santa Rosa. A Escola Municipal serviu de berço para o nascimento, em 1979, da Escola Municipal Minas Gerais, atualmente Escola Municipal João Ribeiro Rosa (JANONES, 1993, p.75), objeto deste estudo.

Figura 1 – Primeira escola da cidade de Iturama/MG.



Fonte: Casa da Cultura de Iturama.

4.1.2 Aspectos socioeconômicos

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, a renda per capita por família, até o ano de 2013, era em torno de R\$ 486,00 (IBGE, 2010).

A administração pública municipal investiu na gestão habitacional, praticamente sanando o problema de moradias, com a implantação do Projeto Social do Governo Federal “Minha casa minha vida”, conseguindo que praticamente toda população possua água e esgoto tratados, diminuindo assim a incidência de doenças, principalmente, entre as crianças e adolescentes.

4.1.3 Organização dos serviços de educação

O município de Iturama demonstra preocupação com a educação e seus gestores se empenham para melhorar cada vez mais a cidade nessa área. Assim, o município conta com as escolas municipais descritas na Tabela 7.

Tabela 7 – Escolas Públicas Municipais da cidade de Iturama.

INEP	Nome da Escola	Total de Alunos por escola				
		Creche	Pré	EF	EM	EJA
31333409	Creche Deus Menino	162	-	-	-	-
31347531	CEMEI Rita Francisca da Cruz Dona Ritinha	120	-	-	-	-
31271152	EM Dalva Barbosa Garrido	33	151	345	-	-
31271101	EM Diretora Maria Sarah	-	148	439	-	21
31340898	EM Jandira Silva Chaves	-	75	-	-	-
31271128	EM João Ribeiro Rosa	-	98	614	-	-
31159174	EM Jose Tiago De Queiroz	-	87	308	-	23
31271144	EM Maria De Queiroz Barbosa	56	183	463	-	65
31159191	EM Santa Rosa	66	142	336	-	14
31319988	Centro de Estudos Supletivos-CESU D. FIUCA	-	-	-	-	566
31254991	EM Agrícola Alípio Soares Barbosa	-	-	182	-	-

Fonte: Ministério da Saúde/Departamento da Atenção Básica-DAB (2011).

Pode-se destacar ainda que, além da rede municipal, o município dispõe da rede estadual de ensino fundamental e médio, rede privada e, no âmbito Federal, conta com o Campus da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, com os cursos de Ciências Biológicas, Química e Agronomia.

A instituição em estudo, Escola Municipal João Ribeiro Rosa, contava com 712 alunos matriculados em 2011 nos níveis de pré-escolar, básico e fundamental. Ao se implantar a Semana de Saúde na Escola, através execução da ação do PSE, Avaliação Antropométrica, em 2012, a escola mantinha o mesmo número de alunos.

4.1.4 Organização dos serviços de saúde

O município de Iturama pertence à Superintendência Regional de Saúde de Uberaba, que integra a macrorregião de saúde denominada Macrorregião do Triângulo do Sul e a microrregião de Frutal/Iturama. O município possui Atenção Básica de Saúde em sete Unidades Básicas de Saúde, entre elas: Prefeito Alípio Soares Barbosa (equipe Saúde para Todos), Rui Gomes Nogueira Ramos (equipe Ação e Saúde), Alexandrita (equipe Alexandrita Saudável), no Distrito de Iturama, Tiradentes (equipe Comunidade e Saúde), Saúde Jardim América (equipe Saúde e Igualdade), Doutor Milton de Andrade Horta (equipe Humanização e Saúde), Francisca Maria da Conceição (equipe Família Saudável), todas as unidades são compostas por Equipes de Unidades Básicas de Saúde; Equipes de Saúde da Família com

apoio da equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família – Nasf e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde.

Com a adesão do município ao PSE, cada escola indicada passa a ter uma Equipe de Saúde da Atenção Básica de referência para executar conjuntamente as ações. Sendo assim, destaca-se a UBS Prefeito Alípio Soares Barbosa, com a equipe Saúde para Todos, localizada no território de cobertura onde está situada a Escola Municipal João Ribeiro Rosa, responsável pelo Programa de Saúde da família. O objetivo é tornar o Sistema Único de Saúde – SUS mais efetivo por meio da reclassificação das práticas de saúde no campo da atenção básica com foco na família, reafirmando e incorporando os princípios básicos do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. E ainda tem a responsabilidade de implantar o PSE que, neste trabalho, tem em vista, identificar a necessidade de intervenção nos casos de alteração de peso para sobrepeso/obesidade, preconizando a mudança de hábitos alimentares e correlacionando as atividades físicas dos educandos após identificação do problema.

4.1.4.1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O SUS avança desde sua criação pela Constituição de 1988 e, com a finalidade de oferecer atenção integral, permanente e de qualidade à população brasileira, cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf, que foi instituído pelo Ministério da Saúde mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008d), republicada em 4 de março de 2008, com a finalidade de apoiar a Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços. A implantação no município de Iturama aconteceu em janeiro de 2009, tendo como conceito a prevenção e promoção da saúde da família, ampliando a abrangência e a finalidade das ações de atenção básica, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços públicos, construindo um processo de integração entre os diversos campos da saúde, na perspectiva de alcançar um desenho enunciado de trabalho que almeja ir além da fragmentação do conhecimento e das construções sociais, motivando resultados mais expressivos na saúde da população.

Assim, vem desempenhando um papel importante na investigação de novos padrões organizacionais, além de articular os saberes e experiências na idealização, concretização e avaliação de políticas, programas e projetos conduzidos à comunidade e a grupos populacionais peculiares, num determinado espaço geográfico, acolhendo suas necessidades e perspectivas de cooperar integralmente.

Fundamentado nos termos da portaria 154/2008 (BRASIL, 2008d), o Nasf está representado em duas modalidades, divergentes apenas quanto ao número de profissionais atuantes e de equipes de Saúde da Família, devendo estar vinculadas a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de saúde da família, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco (BRASIL, 2014a, p.55). São elas:

Modalidade 1, composta no mínimo de cinco profissionais, entre eles: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional e a modalidade 2, deverá conter no mínimo três profissionais, sendo os mesmos descritos anteriormente, porém deve estar vinculado a no mínimo três equipes de saúde da família.

Fundamentado nas modalidades do Nasf, pode-se ressaltar que o município de Iturama foi contemplado, através da Portaria nº1. 616, de 6 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008h), com a modalidade 1, iniciando seus trabalhos em 2009, com os seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionista, terapeuta educacional, fisioterapeuta e educador físico; vinculado a sete ESF: Unidade Básica de Saúde Prefeito Alípio Soares Barbosa, Unidade Básica de Saúde Rui Gomes Nogueira Ramos, Unidade de Saúde Alexandrita, Unidade de Saúde Tiradentes, Unidade de Saúde Jardim América, Unidade de Saúde Unidade de Saúde Jardim América, Unidade de Saúde Francisca Maria da Conceição e as Unidades de Saúde das cidades de Limeira D'Oeste e União de Minas, todas no estado de Minas Gerais.

Nesse contexto, o Nasf Iturama atua com as equipes de Saúde da Família, de modo coeso e apoiando-as com embasamento nas diretrizes do apoio matricial, compondo ações para faixas etárias e necessidades em saúde variadas, e a atuação de seus profissionais deve ser oferecida de maneira colaborativa com as Equipes de Saúde da Família, repartindo a responsabilidade sobre o estado de saúde de seu território.

Portanto, ao se realizar a análise de implantação e execução das ações do Nasf, considera-se que as características de propostas de avaliação, o trabalho dos conteúdos e processos que os configura foram fundamentais para a realização da implantação e acompanhamento do PSE na Escola Municipal João Ribeiro Rosa.

4.1.5 Certificação e Implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Iturama-MG

Como foi citado no segundo capítulo, o Decreto Presidencial nº 6.286 (BRASIL, 2007a) instituiu o PSE, cuja implantação e adesão dos municípios se deu através da Portaria

1.861 de 4 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008a), mas somente com a publicação da Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011a), Iturama verbaliza seu interesse em participar do PSE e estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do PSE.

A partir de então, Iturama inicia a pactuação das escolas de ensino básico e fundamental, através do Termo de Compromisso Municipal, celebrado entre as Secretarias Municipais de Saúde e da Educação, formalizando as metas das ações de prevenir, promover e atender à saúde dos escolares, dentro das ações: Avaliação Antropométrica; Detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS; Avaliação Oftalmológica; Avaliação da Saúde Bucal; Avaliação Psicossocial; Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE: Educação para a Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e prevenção das DST/AIDS; Saúde e Prevenção nas Escolas: Prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas, nos seus territórios de responsabilidades (ANEXO). Essas ações foram mapeadas e realizadas na rede pública de ensino municipal por modalidade de ensino (ANEXO). Foram realizadas ainda as atividades de execução através de capacitação de profissionais, palestras/oficinas com pais, crianças e adolescentes.

Portanto, considerando o município de Iturama-MG habilitado pela Portaria 1.910/2011 (BRASIL, 2011a), dá-se início às atividades em 2012, finalizando-as em 2015 em todas as escolas e todos os educandos dos níveis de ensino pactuados. No entanto, para esta pesquisa, foram enfatizadas as ações do PSE, com base no Plano de Metas Municipais – Componente I, referente à linha de ação Avaliação Antropométrica. A finalidade foi realizar avaliação do estado nutricional dos alunos, por meio da antropometria, utilizando o Índice de Massa Corporal – IMC, com intuito de identificar a necessidade de intervenção nos casos de alteração de peso para sobrepeso/obesidade, e ainda, preconizar a mudança de hábitos alimentares e correlacionar atividades físicas dos educandos após sua identificação.

4.2 PRIMÓRDIOS DA ESCOLA MUNICIPAL JOÃO RIBEIRO ROSA

A Escola Municipal João Ribeiro Rosa foi construída em 1978, então Escola Estadual João Ribeiro Rosa, através da Carpe¹⁷, na gestão do prefeito Dr. Alípio Soares Barbosa, contando apenas com cinco salas de aula. O nome da escola foi uma homenagem a um comerciante, o senhor João Ribeiro Rosa, que chegou em 1931 no povoado de Santa

¹⁷Comissão de Construção, Ampliação e Reconstrução dos Prédios Escolares do Estado – Carpe, criada em 1968, conseguiu elaborar e fazer avançar, de maneira singular, a forma de produção das edificações de modo sistemático, racionalizado e rápido até sua extinção, em 1987. Foram elaborados aproximadamente 3.100 projetos no período de 30 anos. Essa trajetória pode ser fracionada em quatro momentos distintos: eclosão, consolidação, difusão e esgotamento.

Rosa, iniciando no seu próprio comércio a primeira alfabetização solidária (JANONES, 1993, p. 74).

Atualmente a Escola Municipal João Ribeiro Rosa tem o ensino fundamental, obrigatório e gratuito, com duração de nove anos, com alunos de seis anos de idade, e ensino de pré-escolar ao 9º ano, o que fez elucidar o interesse pela escolha da instituição para este trabalho.

4.3 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE ITURAMA-ESCOLA JOÃO RIBEIRO ROSA

Após a publicação da Portaria Interministerial nº 1.910 (BRASIL, 2011a), uma série de fatores desencadeou ações para a implantação do Programa Saúde na Escola – PSE no Brasil e, portanto, também no município de Iturama, onde o início se deu a partir do ano letivo de 2012, com a realização da “Semana Saúde na Escola”, criada pelo governo federal e instituída pelo Ministério da Educação em escolas brasileiras. A atividade desenvolveu ações no sentido de promover a prevenção e controle da obesidade infanto-juvenil.

O principal motivo dessa ação vinha de um dado preocupante: de acordo com o IBGE (2010), 15% das crianças brasileiras estavam envolvidas com a obesidade ocasionada pelas alterações nutricionais e sedentarismo, iniciando-se em qualquer idade de vida, desencadeada por fatores como desmame precoce, ingestão inadequada de alimentos, distúrbios de comportamento alimentar e da relação familiar, especialmente nos períodos de aceleração do crescimento (GIUGLIANO, 2004, p.17).

Outro fator analisado era o pensamento de que crianças com excesso de peso e obesidade tendem a ser obesas na fase adulta e serem, portanto, mais predispostas a desenvolver precocemente doenças crônicas, como por exemplo, diabetes e doenças cardiovasculares que, em grande parte, podem ser evitadas a partir da prevenção (RIBEIRO, 1992, p. 75).

Baseando-se nessas considerações, o PSE adentra no espaço escolar brasileiro e, da mesma forma no município de Iturama, no ano de 2012, com a proposta de realizar a avaliação antropométrica nas escolas brasileiras de ensino básico e fundamental. Assim, pode-se ressaltar que, através da antropometria, estuda-se as medidas de tamanho e proporções do corpo humano. As medidas antropométricas peso e altura são utilizadas para o diagnóstico do estado nutricional (desnutrição, excesso de peso e obesidade) e também para avaliação dos riscos para algumas doenças que podem ocorrer como consequência de maus hábitos de vida.

A partir de então, a equipe multiprofissional do Nasf, em apoio à ESF, começou traçar as metas a serem desenvolvidas no município de Iturama com a implantação das ações nas escolas, principalmente na instituição objeto deste estudo, a Escola Municipal João Ribeiro Rosa, visando identificar a necessidade de intervenção nos casos de alteração de peso para sobrepeso/obesidade. O primeiro passo dado foi comunicar aos membros da direção pedagógica e comunidade escolar, alunos e pais a participarem de palestras e oficinas realizadas pelos profissionais da saúde envolvidos no projeto.

A partir dessa fase, foram iniciados os trabalhos de identificação dos alunos e posteriormente foi realizada a avaliação antropométrica, aplicada para identificação das medidas de dimensões corporais de estatura e peso; e a partir dessas medidas foi realizada a avaliação do estado nutricional, incidindo na combinação dessas medidas para calcular o Índice de Massa Corporal – IMC, representado pela relação entre o peso/altura², ou seja, divisão do peso em quilograma (kg) pela altura em metros (m) ao quadrado dos escolares da Escola Municipal João Ribeiro Rosa.

Posteriormente, foi realizada a avaliação antropométrica, sendo que a massa corporal – MC foi registrada em quilogramas, utilizando uma balança da marca Filizola com capacidade de 0 a 150 kg/100 g para a verificação do peso. A estatura corporal – EC foi medida utilizando uma fita métrica aderida à parede, com precisão de 1,5m/0,1 cm, onde o ponto zero dela estava ao nível do solo, fixada em uma parede aparentemente sem inclinação e com solo regular.

A partir dessas etapas, os escolares foram, então, classificados nos seus estados nutricionais em desnutrição, normal, sobrepeso e obesidade a partir do IMC por idade. Destaca-se que para o desenvolvimento deste estudo foi feita uma ressalva para o sobrepeso e a obesidade, segundo os limites propostos por Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan, plataforma oficial para verificação de avaliação nas políticas públicas que envolvam alimentação e nutrição e que também é responsável pelos estudos onde envolvam o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH e o repasse do benefício Bolsa Família.

Portanto, este estudo avaliou crianças e adolescentes da Escola Municipal João Ribeiro Rosa, por meio do PSE, na Semana Saúde na Escola, selecionados através da avaliação antropométrica. Foram adotados como critérios: todos os alunos matriculados na escola no período de 2012 acompanhados até 2015 e idade entre 04 a 14 anos.

As medidas antropométricas utilizadas foram peso, altura e IMC. Conforme padrão preconizado, os alunos foram pesados e medidos com mínimo de roupas e descalços, em sala reservada, em balança antropométrica manual Filizola. Para o diagnóstico de sobrepeso e obesidade através da curva de IMC, segundo idade e sexo. Foi considerado

sobrepeso $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, enquanto a obesidade é caracterizada por $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (ARAÚJO, 2012, p.71).

Os resultados obtidos foram comparados com os resultados citados no programa Sistema de vigilância Alimentar Nutricional – Sisvan, o qual registra as crianças acompanhadas em programas sociais de 2012 e 2015.

4.4. RESULTADOS E DICUSSÕES

Os trabalhos na Escola Municipal João Ribeiro Rosa começaram através da avaliação antropométrica utilizando os critérios de inclusão acima referidos, com uma população mesclada por crianças e adolescentes de ambos os sexos totalizando 741 alunos (Tabela 8), todos participantes do início da ação.

Tabela 8 – Distribuição de alunos de referência para diagnóstico do estado nutricional segundo série e sexo, realizada na Escola João Ribeiro Rosa no ano de 2012.

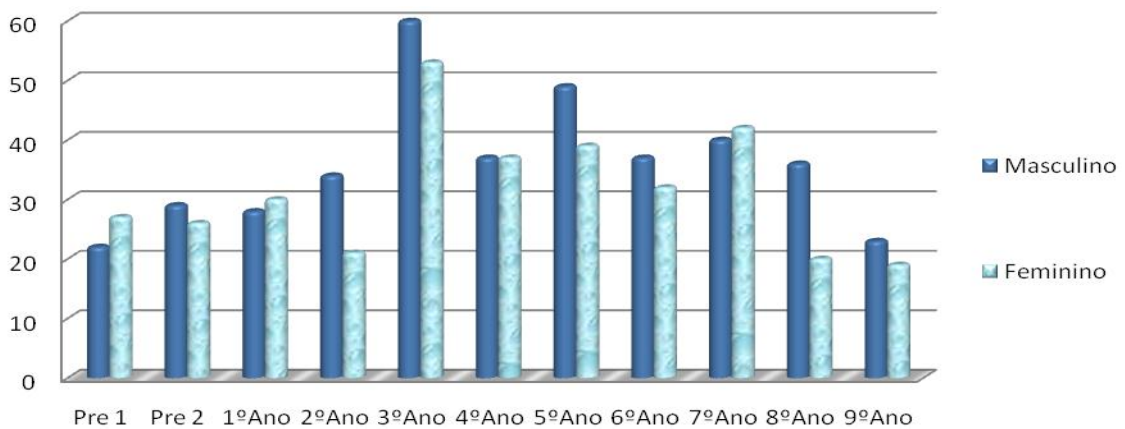
Série	Masculino	Feminino	Total
Pré 1	22	27	49
Pré 2	29	26	55
1ºAno	28	30	58
2ºAno	34	21	55
3ºAno	60	53	113
4ºAno	37	37	74
5ºAno	49	39	88
6ºAno	37	32	69
7ºAno	40	42	82
8ºAno	36	20	56
9ºAno	23	19	42
Total	395	346	741

Fonte: Elaboração da autora por meio dos dados da pesquisa.

Partiu-se do princípio de que os alunos deveriam ser classificados por sexo e idade, com a intenção principalmente de avaliar o índice de alteração de peso para sobrepeso/obesidade de meninos e meninas. Ainda analisando o número de alunos da Escola Municipal João Ribeiro Rosa, pode-se perceber, através do Gráfico 4, que há um percentual diferencial significativo em relação aos alunos de sexo feminino e masculino. Isso poderá

interferir nos resultados finais ao se fazer comparações de percentual referente aos sexos dos alunos da escola em questão, que perfaz um percentual de 53,30% de alunos do sexo masculino e 46,70% de alunos do sexo feminino.

Gráfico 4 – Percentual de alunos por série e sexo, referência para diagnóstico do estado nutricional da Escola João Ribeiro Rosa.



Fonte: Elaboração da autora por meio de dados da pesquisa.

Como descrito acima, a avaliação antropométrica dos alunos da escola em estudo e a classificação do IMC¹⁸ foram realizados pela nutricionista da equipe do Nasf, acompanhada pelos profissionais de psicologia, educador físico e farmacêutico da mesma equipe, todos com o mesmo objetivo de cumprir com as metas estipuladas pela equipe na realização e obtenção dos resultados mais eficazes.

Dando sequencia ao desenvolvimento dos trabalhos, no momento em que foram constatados os alunos com alteração de peso foi proposto pela coordenação da Atenção Básica que os profissionais da secretaria municipal da educação responsável pela Merenda Escolar e pelo Departamento de Educação Física da Escola Municipal João Ribeiro Rosa integrassem a equipe da Secretaria Municipal de Saúde, representada pela equipe do Nasf e pela ESF, iniciando os trabalhos interdisciplinares do PSE. Dessa forma, os profissionais da saúde, juntamente com os profissionais da educação envolvidos com o projeto, continuaram suas ações, preconizando a mudança de hábitos alimentares e correlacionando as atividades físicas dos educandos após sua identificação.

A partir de então, os alunos foram listados em ordem alfabética e identificados por número em ordem crescente. Esse número foi usado do início ao término deste trabalho em 2015. Portanto, esses alunos identificados por série e sexo estão representados na Tabela 9

¹⁷O IMC é obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m²). O sobrepeso é definido pelo índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m², enquanto a obesidade é caracterizada por IMC ≥ 30 kg/m². Por sua vez, o IMC ≥ 40 kg/m², indica obesidade mórbida (ARAÚJO, 2012, p.71).

com alteração de peso para sobrepeso e obesidade em relação ao total de alunos matriculados e assistidos pelo programa em 2012 na Escola Municipal João Ribeiro Rosa.

Tabela 9 – Alunos identificados por série e sexo, com alteração de peso para sobrepeso/obesidade na Escola João Ribeiro Rosa no ano de 2012.

Turma	S/Peso	Obesidade	Total Masculino	S/Peso	Obesidade	Total Feminino	Total
Pré 1	2	2	4	1	3	4	8
Pré 2	2	4	6	1	2	3	9
1ºAno	4	2	6	3	4	7	13
2ºAno	2	2	4	1	1	2	6
3ºAno	1	7	8	6	7	13	21
4ºAno	0	4	4	4	7	11	15
5ºAno	3	7	10	2	4	6	16
6ºAno	4	1	5	3	3	6	11
7ºAno	2	4	6	3	2	5	11
8ºAno	1	0	1	2	1	3	4
9ºAno	3	0	3	1	1	2	5
Total	24	33	57	27	35	62	119

Fonte: Elaboração da autora por meio de dados da pesquisa.

Conforme os dados obtidos, pode-se assegurar que, do total de 741 alunos pesados e medidos somente 119 alunos estavam com seus pesos alterados, perfazendo um percentual de 16,06%, do total, onde 7,7% são do sexo masculino e 8,36% são do sexo feminino. Com predomínio nos alunos do sexo feminino do 3º ano. Com esses dados, conclui-se que a Escola Municipal João Ribeiro Rosa apresenta uma prevalência de obesidade e sobrepeso em crianças de 8 anos de idade. No entanto, pode-se ainda visualizar uma alteração de peso em todas as fases de vida dos alunos envolvidos.

Sendo assim, a família e a comunidade interdisciplinar têm um papel fundamental nessas ações. A família deverá seguir as orientações previstas pela equipe intersetorial, visando passar o conhecimento de hábitos saudáveis às crianças e/ou adolescentes para que se tornem menos vulneráveis às doenças ocasionadas pelo excesso de peso.

Mediante o exposto, acrescenta-se que houve envolvimento entre os atores, criança, família, comunidade escolar e equipes de saúde, todos com a finalidade de promover e prevenir saúde, através de orientações e métodos de eliminar a alteração de peso entre os alunos da Escola Municipal João Ribeiro Rosa. Logo, as crianças com alteração de peso para obesidade foram encaminhados para a atenção básica e posteriormente para os profissionais

responsáveis em orientar quanto à mudança de hábitos associados a atividades físicas, e tratar através de medidas médicas e psicológicas.

Como o foco deste trabalho era o acompanhamento dos alunos em um intervalo de quatro anos, nos períodos compreendidos de março de 2012 a junho de 2015, alguns alunos não permaneceram na instituição de ensino, e eles não foram substituídos, pois não se teria como avaliar progresso ou regresso deles no estudo. Dessa maneira, foram quantificadas as perdas durante o processo; não dividindo por ano, mas sim com o fechamento em junho de 2015.

Durante o trajeto de acompanhamento dos alunos, registra-se alguns percalços: dos 42 alunos do 9º do ano, onde, os alunos (10, 33 e o 112), classificados com sobrepeso concluíram o ensino fundamental em 2012 e foram encaminhados para o ensino médio, na rede de educação estadual, e os alunos (36 e 99) com obesidade evadiram-se, não sendo possível acompanhá-los até o final do Projeto. Sendo assim, cinco alunos não fizeram parte do corpo de alunos da escola em 2013, partindo do pressuposto que um total de 119 alunos estavam com alteração de peso em 2012, a partir de então, contou-se apenas com 114 alunos para serem observados.

Nos anos seguintes pode-se observar que os alunos (12,13 e 41) com sobrepeso e (29) com obesidade concluíram o 9º ano em 2013; e os alunos (05, 56, 65,79 e 95) com sobrepeso e (54, 61, 82, 85, 90 e 97) com obesidade concluíram o 9º ano em 2014. Portanto, esses alunos foram acompanhados, mas não chegaram ao final do programa.

Para justificar esse dado, relaciona-se os alunos que, em 2012, estavam com obesidade (6, 15, 17, 18, 21, 22, 24, 28, 29, 35, 36, 37, 38, 42, 46, 49, 50, 54, 55, 61, 63, 64, 69, 73, 75, 82, 84, 85, 86, 89, 90, 92, 97, 99, 104, 106, 110 e 117) e os que estavam com sobrepeso (4, 5, 7, 12, 13, 16, 19, 25, 41, 43, 56, 59, 60, 62, 65, 67, 70, 72, 79, 80, 83, 91, 93, 95, 100, 103, 105, 108, 114, 115, 116 e 118), e não chegaram ao final do programa. De tal modo, conclui-se que somente 46 alunos completaram esta pesquisa, perfazendo um percentual de 38,65% de alunos com alteração de peso para obesidade e sobrepeso detectado a partir da realização da avaliação antropométrica em 2015.

Dessa forma, pode-se afirmar que o número de alunos no decorrer dos quatro anos foi gradativamente diminuindo devido à conclusão do ensino fundamental, transferências para escolas não estudadas e ainda evasão e ou sazonalidade de famílias existente no município de Iturama.

Buscando culpados para evasão escolar Arroyo (1977, p.23) comenta:

A convivência familiar conflituosa, a precária qualidade do ensino, dentre outros fatores, são avaliados elementos integrantes e comuns da evasão escolar. Portanto,

podemos considerar que a evasão não está relacionada apenas à escola, mas também à família, às políticas de governo e ao próprio aluno (ARROYO 1997, p. 23).

Faz-se necessário refletir quais são os verdadeiros mecanismos das políticas públicas na educação, qual é a sua função para melhor trabalhar a evasão escolar. No entanto, deve-se levar em consideração que todo processo de mudança, quando envolve o ser humano, nem sempre sai como planejado inicialmente. Baseado no fator de que cada indivíduo absorve as informações de maneiras distintas, e ainda considerando que a criança e ou adolescente pode mudar seu comportamento proporcionando resultados insatisfatórios – podendo até serem preocupantes –, leva-nos a refletir sobre a concepção alvitre dentro do Programa Saúde na Escola, fazendo com que a intervenção, nesse caso, pudesse ser avaliada e repensada.

Este estudo baseia nesse fato para elucidar o resultado de alunos que obtiveram frutos indesejáveis, porém aceitáveis, pois, dentre dos 46 alunos avaliados em 2015, somente 10,87% obtiveram resultados insatisfatórios, conforme demonstrados na Tabela 10. Sendo que os alunos 9 e 44 saíram da classificação de sobrepeso para obesidade e os alunos 2, 27 e 77 permaneceram na classificação de obesidade, pode-se fazer uma avaliação positiva do trabalho realizado.

Tabela 10 – Relação de alunos por altura/peso que não obtiveram resultados positivos, da Escola João Ribeiro Rosa, nos anos 2012 e 2015.

Aluno	ALTURA	PESO	CLASS.	ANO	ALTURA	PESO	CLASS.	ANO
2	1,44	44, 200	Obesidade	2012	1,70	88, 000	Obesidade	2015
9	1,47	60, 400	Sobre Peso	2012	1,65	80, 000	Obesidade	2015
27	1,31	32, 400	Obesidade	2012	1,51	44, 300	Obesidade	2015
44	1,26	27, 800	Sobrepeso	2012	1,42	56, 000	Obesidade	2015
77	1,38	42, 090	Obesidade	2012	1,54	65, 000	Obesidade	2015

Fonte: Elaboração da autora por meio de dados da pesquisa.

A partir desses resultados, ressalta-se que o desempenho insuficiente de um trabalho não se deve ao episódio de que os alunos tenham apresentado baixo desempenho, e sim, pode estar associado ao fato de que a comunidade escolar atendida pelo PSE apresenta situação socioeconômica desfavorável e alta vulnerabilidade social. Portanto, o índice obtido nos resultados inesperados pode estar relacionado aos fatores sociais e culturais dessa comunidade.

O que mais engrandeceu a realização deste trabalho foram os resultados positivos obtidos. Conseguiu-se demonstrar a evolução dos alunos 32, 48, 52, 68,71, 75,76 e 113, o

quais evoluíram de um quadro de obesidade em 2012 para um quadro de sobrepeso em 2015 e os alunos 8 e 51 permaneceram com sobrepeso. Pode-se então concluir que 21,74% dos educandos obteve-se resultados positivos, porém não dentro dos esperados.

Tabela 11 – Comparação dos alunos por peso/altura que obtiveram resultados positivos para sobrepeso/obesidade, porém não esperados, da Escola João Ribeiro Rosa nos anos de 2012 e 2015.

Aluno	ALTURA	PESO	CLASS.	ANO	ALTURA	PESO	CLASS.	ANO
8	1,40	39,200	Sobrepeso	2012	1,62	61,000	Sobre Peso	2015
32	1,10	29,900	Obesidade	2012	1,38	57,100	Sobre Peso	2015
48	1,27	30,000	Obesidade	2012	1,58	45,300	Sobre Peso	2015
51	1,50	58,000	Sobrepesoso	2012	1,72	92,200	Sobre Peso	2015
52	1,36	48,400	Obesidade	2012	1,60	83,300	Sobre Peso	2015
68	1,40	56,070	Obesidade	2012	1,63	87,100	Sobre Peso	2015
71	1,43	46,700	Obesidade	2012	1,70	92,500	Sobre Peso	2015
75	1,20	36,800	Obesidade	2012	1,50	76,200	Sobre Peso	2015
76	1,27	32,500	Obesidade	2012	1,55	68,700	Sobre Peso	2015
113	1,40	50,030	Obesidade	2012	1,68	85,800	Sobre Peso	2015

Fonte: Elaboração da autora por meio de dados da pesquisa.

Ao se analisar os resultados da Tabela 11, pode-se crer que a metodologia aplicada neste trabalho contribuiu para que eles fossem considerados produtivos. Não obstante às dificuldades encontradas, chega-se a essa conclusão ao se partir do princípio de que o público atendido pela escola é de uma região periférica da cidade e da zona rural, ou seja, são alunos oriundos, em sua maioria, de famílias carentes, dado que pode ter influenciado no quadro inesperado e indesejado. São características que podem ter colaborado para que os alunos 53 e 57 evoluíssem de um quadro de obesidade para desnutrição, e ainda os alunos 87, 96 e 111 de sobrepeso para desnutrição, conforme mostra a Tabela 12. São fatos preocupantes que foram encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde para avaliações clínicas e psicológicas, pois não sabe por que esse fato ocorreu.

Tabela 12 – Comparação dos alunos por altura/peso que obtiveram resultados inesperados da Escola João Ribeiro Rosa nos anos de 2012 e 2015.

Aluno	Altura	Peso	Classificação.	Ano	Altura	Peso	Classificação	Ano
53	1,39	37,500	Sobrepeso	2012	1,85	60,000	Desnutrido	2015
57	1,17	22,900	Sobrepeso	2012	1,36	33,500	Desnutrido	2015
87	1,43	42,900	Obesidade	2012	1,75	71,000	Desnutrido	2015
96	1,05	20,600	Obesidade	2012	1,31	35,500	Desnutrido	2015
111	1,40	61,700	Obesidade	2012	1,70	53,500	Desnutrido	2015

Fonte: Elaboração da autora por meio de dados da pesquisa.

Pode-se considerar também que, mesmo havendo incentivo e políticas públicas voltadas para o âmbito da saúde e educação, os problemas que envolvem alteração de peso para sobrepeso/obesidade, de maneira geral, dependem em muito da iniciativa das famílias, pois é com o trabalho elaborado e realizado em coletividade que se alcança os objetivos traçados.

Assim, com as famílias, a escola e a saúde juntas têm-se a possibilidade de atender à clientela escolar, surgindo resultados positivos e satisfatórios, não deixando de ressaltar que, para o bom andamento de qualquer ação ou trabalho dentro de uma unidade escolar, é necessário um esforço mútuo para que se possa melhorar a dinâmica constante de mudanças.

Tabela 13 – Comparação dos alunos por altura/peso que obtiveram resultados positivos, da Escola João Ribeiro Rosa nos anos de 2012 e 2015.

Aluno	ALT.	PESO	CLASS.	ANO	ALT.	PESO	CLASS.	ANO
1	1,21	25,500	Sobrepeso	2012	1,41	37,500	Normal	2015
3	1,31	36,070	Sobrepeso	2012	1,54	60,700	Normal	2015
11	1,52	64,000	Sobrepeso	2012	1,70	84,000	Normal	2015
14	1,36	29,900	Sobrepeso	2012	1,62	49,700	Normal	2015
20	1,14	28,000	Obesidade	2012	1,45	56,600	Normal	2015
23	1,12	21,400	Sobrepeso	2012	1,40	41,200	Normal	2015
26	1,35	37,900	Obesidade	2012	1,52	58,000	Normal	2015
30	1,18	25,700	Obesidade	2012	1,40	46,800	Normal	2015
31	1,33	34,800	Obesidade	2012	1,60	62,000	Normal	2015
34	1,35	35,040	Sobrepeso	2012	1,60	59,200	Normal	2015
39	1,35	34,000	Sobrepeso	2012	1,51	49,600	Normal	2015

40	1,37	34,600	Sobrepeso	2012	1,63	67,500	Normal	2015
45	1,36	35,010	Sobrepeso	2012	1,57	51,800	Normal	2015
47	1,35	33,600	Sobrepeso	2012	1,58	47,000	Normal	2015
58	1,24	26,800	Sobrepeso	2012	1,59	62,000	Normal	2015
66	1,18	24,700	Obesidade	2012	1,46	53,000	Normal	2015
74	1,35	39,000	Obesidade	2012	1,65	64,500	Normal	2015
78	1,38	40,030	Obesidade	2012	1,61	63,900	Normal	2015
81	1,15	22,300	Sobrepeso	2012	1,31	44,200	Normal	2015
88	1,29	29,100	Sobrepeso	2012	1,60	53,900	Normal	2015
94	1,32	34,500	Obesidade	2012	1,53	52,000	Normal	2015
98	1,40	39,600	Obesidade	2012	1,61	61,000	Normal	2015
101	1,40	43,090	Obesidade	2012	1,68	72,500	Normal	2015
102	1,24	31,800	Obesidade	2012	1,48	53,500	Normal	2015
107	1,23	26,900	Obesidade	2012	1,49	50,000	Normal	2015
109	1,45	43,010	Obesidade	2012	1,72	61,300	Normal	2015

Fonte: Elaboração da autora por meio de dados da pesquisa.

Através dos resultados percentuais comparados na Tabela 13, pode-se concluir que a perda de peso observada foi considerada superior aos índices de alunos que não conseguiram reverter o quadro de sobrepeso e obesidade. De tal modo, chega-se ao resultado positivo e esperado, partindo do pressuposto que dos 46 alunos avaliados em 2015, 26 alunos evoluíram, conforme mostra a Tabela 13, de um cenário de sobrepeso e obesidade para a normalidade dos pesos, totalizando 56,52%.

A partir desse resultado, pode-se considerar que foi possível transformar a realidade das condições de vida e saúde de sujeitos da Escola Municipal João Ribeiro Rosa, comprometidos, através da intervenção nos casos de alteração de peso para sobrepeso e obesidade, e ainda, preconizá-los à mudança de hábitos alimentares correlacionando-os a atividades físicas dos educandos após sua identificação.

Comparando a Escola Municipal João Ribeiro Rosa com outras regiões como mostra a Tabela 14, baseado nos dados calculados pelo Sisvan através de registros das crianças e adolescentes acompanhados em programas sociais em 2012 e 2015, percebe-se que a alteração de peso referente ao sobrepeso e à obesidade está dentro da mesma realidade, sendo considerados um problema de saúde pública.

Tabela 14 – Valor percentual dos alunos classificados com sobrepeso por abrangência nos anos de 2012 e 2015.

Abrangência	ANO 2012		ANO 2015	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Brasil	809.845	15,06	1.208.109	16,33
Região Sudeste	214.866	16,06	310.238	17,37
Minas Gerais	97.483	14,53	133.029	16,36
Região de Saúde¹⁹	546	14,95	688	16,27
Iturama	150	21,98	237	18,26
EM João Ribeiro Rosa	51	6,88	10	8,40

Fonte: MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI/Nasf.

Analisando os dados mostrados na Tabela 14 é possível observar oscilações, bem como verificar que o sobrepeso é maior ao passar de quatro anos na Escola Municipal João Ribeiro Rosa, em comparação com aqueles provenientes das abrangências,. Os dados de 2012 mostram uma quantidade que varia entre 6,88% na Escola Municipal João Ribeiro Rosa e 21,98% em Iturama, sendo que a média para o Brasil foi de 15,06%. Em 2015, essa relação ultrapassava os 15,5% entretanto apresentava-se um declive em Iturama. Quanto às outras abrangências, a situação encontra-se em aclave.

Lembrando que esses dados foram calculados baseando-se no Sisvan, o resultado confirma que a situação da saúde em relação ao sobrepeso está agravando-se. Outro ponto importante refere-se ao fato de que o sobrepeso está a um passo da obesidade, porém a situação de reversão torna-se mais provável.

A situação se repetiu com a obesidade, porém os resultados da Tabela 15 mostram que a ocorrência é mais crítica em todas as abrangências.

¹⁹ Região de saúde é a divisão geográfica realizada pela Superintendência de Saúde, a qual compreende como referência Frutal /Iturama, que consta com os seguintes municípios; Frutal, Pirajuba, Planura, Comendador Gomes, Fronteira, Itapagipe, São Francisco de Sales, Iturama, Limeira do Oeste, União de Minas e Carneirinho.

Tabela 15 – Valor percentual dos alunos classificados com obesidade por abrangência nos anos de 2012 e 2015.

Abrangência	ANO 2012		ANO 2015	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Brasil	455.970	5,90	709.280	9,85
Região Sudeste	132.572	6,98	198.892	11,26
Minas Gerais	57.111	6,25	79.836	10,08
Região de Saúde	401	9,50	474	15,67
Iturama	71	5,90	162	13,33
EM João Ribeiro Rosa	68	9,17	05	4,20

Fonte: MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI/Nasf.

No entanto, é possível observar que houve decréscimo no resultado da Escola Municipal João Ribeiro Rosa em relação às outras localidades comparadas, uma vez que se verificou também que a obesidade aumentou drasticamente de 2012 a 2015. Em 2012, houve uma quantidade de obesos que variou entre 5,90% no município de Iturama e no Brasil, e 9,50% na região de saúde Frutal/Iturama, sendo que a média para o estado de Minas Gerais foi de 6,25%. Em 2015, essa relação ultrapassava os 10,73%, entretanto, deparando-se com um declive na Escola Municipal João Ribeiro Rosa. Assim, pode-se concluir que as outras abrangências encontram-se em ascensão, contribuindo com os dados alarmantes do Brasil (BRASIL, 2014b, p.12).

Considerando a ascensão das alterações de peso para sobrepeso e obesidade, de 2012 para 2015, as crianças e adolescentes com pesos considerados ideais posicionam em declive, conforme mostra a Tabela 16.

Tabela 16 – Comparação do percentual de alunos classificados com peso normal por abrangência nos anos de 2012 e 2015.

Abrangência	ANO 2012		ANO 2015	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Brasil	3.822.330	70,85	5.105.687	69,05
Região Sudeste	929.568	69,50	1.200.087	67,25
Minas Gerais	464.115	70,92	558.879	68,87
Região de Saúde	951	51,80	2.980	57,56
Iturama	571	60,16	848	64,55
EM João Ribeiro Rosa	541	73,01	26	56,52

Fonte: MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI/Nasf.

Na análise dos dados colocados na Tabela 16, a Escola Municipal João Ribeiro Rosa, em comparação com aqueles provenientes das abrangências, é possível observar oscilações, bem como verificar que o sobrepeso é maior ao passar de quatro anos. Os dados de 2012 mostram uma quantidade que varia entre 6,88% na Escola Municipal João Ribeiro Rosa e 21,98% em Iturama, sendo que a média para o Brasil foi de 15,06%. Em 2015, essa relação ultrapassava os 15,5%, entretanto apresentava-se um declive em Iturama. Quanto às outras abrangências, a situação encontra-se em aclave.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciarmos o trabalho na Escola João Ribeiro Rosa no município de Iturama (MG) – com o propósito de identificar a necessidade de intervenção nos casos de alteração de peso para sobrepeso e obesidade, e a partir de então preconizar a mudança de hábitos alimentares e correlacionar atividades físicas dos educandos –, até então, não tínhamos o conhecimento de conceitos, nem a extensão da importância da execução e da atuação das áreas da saúde e da educação no Programa Saúde na Escola – PSE, o que foi sendo adquirido paulatinamente.

Ficou claro que a escola, ao mesmo tempo em que é produzida pela sociedade, também está compelida em aperfeiçoar os sujeitos que a modernidade necessita. Assim, ela se realça nas alocações como local ideal para agir e transformar a conduta da população que vive em zonas de maior vulnerabilidade social, avaliada como a maior portadora e causadora de riscos para si, para a sociedade e para o Estado. E ainda que a escola suaviza riscos à população, rearticulando a ênfase do ensino para a aprendizagem, o que permite que assuntos referentes à saúde sejam introduzidos por meio dos Projetos Políticos Pedagógicos – PPPs. Essa alteração na função da escola faz com que a população tenha o mínimo de condições de saúde para ampliar a participação no próprio cuidado, podendo aumentar a sua longevidade e, conseqüentemente, o seu tempo de vida produtiva.

Desse modo, observamos que a escola pública vem sendo convidada para agir na comunidade circunvizinha, juntamente com a Estratégia de Saúde da Família – ESF, pois esta necessita de um direcionamento para resolver a situação de saúde do educando para que ele possa se autoconduzir. A principal estratégia é difundir as ações de saúde, alocando no seu discurso a formação absoluta por meio de saúde. Nessa condição, a área de saúde direciona as ações a serem desenvolvidas e os recursos utilizados atrelados à ampliação das condições ínfimas de saúde para a população de maior vulnerabilidade.

Por último, consideramos o levantamento de dados obtidos através da realização da avaliação antropométrica, com o escopo de obter a condição nutricional dos alunos, enfatizando nos resultados referentes ao sobrepeso e à obesidade, que nos permitiram ampliar os horizontes sobre a questão da promoção da saúde escolar, a partir da mudança de hábitos alimentares associados a atividades físicas dos educandos.

Portanto, podemos concluir, a partir da constatação dos resultados, que as orientações oferecidas pela equipe de saúde, as mudanças realizadas na alimentação escolar e o empenho do departamento de educação física da instituição de ensino em estudo fizeram com que o objetivo desse trabalho fosse concretizado, pois, conseguimos identificar a

necessidade de intervenção nos casos de alteração de peso para sobrepeso e obesidade, e a partir de então, preconizar a mudança de hábitos alimentares e correlacionar atividades físicas dos educandos.

A partir de então, percebemos a importância da articulação de forma interdisciplinar e intersetorial, a fim de envolver os atores na problemática do sobrepeso e da obesidade. Importante ressaltar, por fim, que os profissionais da saúde com a escola são importantes aliados no desenvolvimento de ações educativas de saúde, no planejamento de ações preventivas e no controle precoce de alterações de peso para sobrepeso e obesidade e suas consequências, na vida dos educandos.

REFERÊNCIAS

- ABP (Academia Brasileira de Pediatria). **Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (1846-1901)**. [online]. 2013. Disponível em: <www.sbp.com.br/institucional/academia-brasileira-da-pediatria>. Acesso em: 15 de jan. 2016.
- ANDRADE, Sonia Lucia Lucena Sousa de. **Curso de formação continuada para agentes de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável**. Histórico de movimentos de SANS no Brasil, 2008.
- ARAÚJO, Andrea, et.al. **Hipertensão** 2. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2012.
Disponível em:
<<https://books.google.com.br/books?id=AWH9nvb3f94C&pg=PA71&lpg=PA71&dq=c>>.
Acesso em: 19 jul. 2016.
- ARAUJO, Maria Celina D'. **O Estado Novo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000. (Coleção Descobrimos o Brasil).
- ARROYO, Miguel G. da. **Escola coerente à escola possível**. São Paulo: Loyola, 1997. (Coleção Educação popular - nº 8).
- BARBIERI, Aline Fabiane. **Análise de políticas públicas brasileiras de educação e saúde na escola no contexto de crise estrutural do capital: a função social do programa saúde na escola** / Aline Fabiane Barbieri. Maringá, 2014. 245 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Maringá.
- BRASIL. **Atlas Brasil**; 2013. [online]. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937**. Disponível em:
<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1765/constituicao_1937_texto.pdf?sequence=4>. Acesso em: 5 jul. 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009d. Disponível em:
<<http://docplayer.com.br/1416920-As-conferencias-nacionais-de-saude-evolucao-e-perspectivas.html>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007b. Disponível em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro1.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2015.
- BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil**: Manda observar a Constituição Política do Império, oferecida e jurada por Sua Magestade [sic] o Imperador. Rio de Janeiro, RJ. 1824. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm>. Acesso em: 3 out. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. 1988.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: 2007b. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro1.pdf>. Acesso em: 20/01/2016.

BRASIL. **Decreto de 3 de junho de 1822**: Manda convocar uma Assembleia Geral Constituinte e Legislativa composta de Deputados das Províncias do Brasil, os quaes serão eleitos pelas Instuções que forem expedidas. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1822, Página 19 Vol. 1 pt II (Publicação Original). Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/sn/anterioresa1824/decreto-38942-3-junho-1822-568265-publicacaooriginal-91649-pe.html>>. Acesso em: 3 out. 2016.

BRASIL. **Decreto n. 598, de 14 de setembro de 1850**. Coleção das leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro, parte 1, p. 299-301, 1851. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-598-14-setembro-1850-559839-publicacaooriginal-82251-pl.html>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 858, de 10 de novembro de 1851**. Estabelece Regimento para os Agentes de leilões da Praça do Rio de Janeiro. 1851a. Disponível em: <

<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-858-10-novembro-1851-539410-publicacaooriginal-81886-pe.html>>. Acesso em: 28 out. 2016.

BRASIL. **Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879**. Reforma o ensino primario e secundario no municipio da Côrte e o superior em todo o Imperio. 1879. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>>. Acesso em: 28 out.2016.

BRASIL. **Decreto n. 9.554, de 3 de fevereiro de 1886**. Reorganiza o serviço sanitário do Império. Coleção das Leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro, parte 2, 1886. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9554-3-fevereiro-1886-543197-publicacaooriginal-53270-pe.html>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 37.106, de 31 de março de 1955**: Institui a companhia da Merenda Escolar. Rio de Janeiro, RJ. 1955. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-37106-31-marco-1955-332702-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 out. 2016.

BRASIL. **Decreto-lei nº 868, de 18 de novembro de 1938**. cria, no Ministério da Educação e Saúde, a Comissão Nacional de Ensino Primário. Rio Janeiro, RJ. 1938, Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-868-18-novembro-1938-350829-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 23 out. 2016.

BRASIL. **Decreto-lei Nº 2.024, de 17 de Fevereiro de 1940**: Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. Rio de Janeiro, RJ. 1940. Disponível em: <

<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 out. 2016.

BRASIL. **Decreto 19.398 de 11/11/1930**. Institui o Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, e dá outras providências. 1930. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/DetalhaDocumento.action?id=37246>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL. **Decreto nº 91.144, de 14 de março de 1985**: cria o Ministério da Cultura e dispõe sobre a estrutura, transferindo-lhe os órgãos que menciona, e dá outras providências. Brasília, DF. 1985. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D91144.htm>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. **Decreto nº 99.600, de 13 de outubro de 1990**: aprova a estrutura regimental da Secretaria da Cultura da Presidência da República, e dá outras providências. Brasília, DF. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99600.htm>. Acesso em: 24 out. 2016.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública**: a visão da Funasa/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação de Saúde Pública, 2004. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf>. Acesso: 16 jul. 2016.

BRASIL. Gabinete do Ministro da Saúde. **Portaria nº 357 de 01 de março de 2012**. Diário Oficial da União Poder Executivo. Brasília-DF. 02 de mar. 2012a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=12816-portaria-357-2012-semana-saude-escola-pdf&category_slug=marco-2013-pdf&Itemid=30192>. Acesso em 20 jan. 2016.

BRASIL. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb)**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. 2016. Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br/resultado/>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

BRASIL. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Brasil em Desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3792/1/Livro_Brasil_em_desenvolvimento_2010_v_2.pdf>. Acesso em: 20/08/20016.

BRASIL. **Lei de 15 de Outubro de 1827**: Manda crear escolas de primeiras letras em todas as cidades, villas e logares mais populosos do Imperio. Rio de Janeiro. 1827. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38398-15-outubro-1827-566692-publicacaooriginal-90222-pl.html>. Acesso em: 3 out. 2016.

BRASIL. **Lei nº 16 de 12 de Agosto de 1834**: faz algumas alterações e adições á Constituição Política do Imperio, nos termos da Lei de 12 de Outubro de 1832. 1834. Rio de Janeiro, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LIM/LIM16.htm>. Acesso em: 3 out. 2016.

BRASIL. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937**. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. 1937. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 28 out. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. **Lei nº 1.920, de 25 de Julho de 1953**: Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ. 1953. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 24 out. 2016.

BRASIL. **Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961**: Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF. 1961. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4024.htm>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. **Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971**. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º Graus, e dá outras providências. Brasília, DF. 1971. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5692-11-agosto-1971-357752-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 18 out. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.490, de 19 de novembro de 1992**: Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. Brasília, DF. 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8490.htm>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL.[Lei Darcy Ribeiro (1996)]. **LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**: lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 5. ed. Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2010. 60 p. (Série Legislação; n. 39). Disponível em: <www2.camara.leg.br/.../lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-norma-pl.html>. Acesso em: 14 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Conselho Nacional da Educação. Câmara Nacional de Educação Básica. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica**.. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15548-d-c-n-educacao-basica-nova-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Escola de Administração Fazendária. **Programa Nacional de Educação Fiscal** – PNEF. Relação Estado - Sociedade. 4. ed. Brasília: ESAF, 2009c. 52 p. : il.; 27 cm. (Série Educação Fiscal. Caderno 2). Disponível em: <<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000008738.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_alimentacao_nutricao_rede_cegonha.pdf>. Acesso em 15 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola, tecendo caminhos da intersectorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b, p. 24. (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_a_passo_programa_saude_escola.pdf>. Acesso em: 1 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 116 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em:

<bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Programa Saúde na Escola: passo a passo para adesão**. Brasília: MS; 2014b. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passos_a_passo_adesaoPSE2014.pdf>. Acesso em: 1 out. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa família informa**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2013a. 2 p. Disponível em:

<ftp://ftp.mds.gov.br/externo/ead/outros/arquivos_a_enviar/MIOLO%20-%20Manual_Gestao_Bolsa_Familia_18082015%20-%20print.pdf>. Acesso: 16 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 96 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24). Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008g. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687 de 30 de março de 2006**. Cria a Política Nacional de Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006a, v. 7. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **PNAN, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição**. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.413 de 10 de julho de 2013**. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. 2013d. Disponível em: <file:///C:/Users/revis/Downloads/1413_2013.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008**: Institui Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. Brasília, DF. 2008b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=3561-port-675-2008&Itemid=30192>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011**. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília, DF, 9 ago. 2011a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8613-portarias-interministeriais-1910-1911-80711-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 1 out. 2016.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse. **Diário Oficial da União, nº226, p. 64 de 26 de novembro de 2010b**. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/11/2010&jornal=1&pagina=64&totalArquivos=160>> .Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL. **Portaria Ministerial nº 1.861, de 4 de setembro de 2008**. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – Ideb, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE. DOU-185 de 24 de setembro de 2008a, p.39. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8607-saudenaescola-portaria1861-pdf-1&category_slug=agosto-2011-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 20 ago. 2015.

BRASIL. **Portaria Ministerial nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008**. Altera a Portaria Nº - 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos. DOU - nº 237 de 5 de dezembro de 2008c, p.46. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/12/2008&jornal=1&pagina=46&totalArquivos=152>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL. **Portaria Normativa Interministerial nº 17 de 24 de abril de 2007**. Institui o Programa Mais Educação, que visa fomentar a educação integral de crianças, adolescentes e

jovens, por meio do apoio a atividades sócio-educativas no contraturno escolar. 2007c.

Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=12985-portaria-19041317-pdf&category_slug=abril-2013-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. DOU nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42. 2008d. Disponível em:

<http://www.cref6.org.br/arquivos/PORTARIA_n154.pdf>. Acesso em: 27 out. 2016.

BRASIL. Portaria nº 364 de 8 de março de 2013. Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, e o respectivo incentivo financeiro. 2103c. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=12817-portaria-364-08-marco-2013-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 27 out. 2016.

BRASIL. Portaria nº 1.616 de 6 de agosto de 2008. Credencia os Municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. 2008h. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1616_06_08_08.pdf>. Acesso em: 27 out. 2016.

BRASIL. Portaria nº 3.146 de 17 de dezembro de 2009. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. 2009e. Disponível em:

<<http://atencabasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114723-20141104053759portaria-n-3146-2009.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. Portaria 1.537 de 15 de junho de 2010. Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Minas Gerais e ao Município de Belo Horizonte. 2010a. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8601-portaria-1537-15-junho-2010-pse-programa-saude-escola-pdf&category_slug=agosto-2011-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. Presidência da República. 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 Poder Executivo. Brasília – DF, 5 dez. 2007a. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 20 jan. 2015.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente e saúde. Temas transversais. Secretaria de Educação Fundamental. Ministério da Educação da Educação e do Desporto, Brasília: 1997.

CABRAL, Rafael Lamara. Construção e Sociedade: uma análise sobre a (re) formulação da arquitetura do Estado-Nação na Assembleia Nacional Constituinte de 1933. 2011. 224 f. Dissertação (Mestrado) Ciências Políticas, UFScar, São Carlos. 2011.

CHAVES, Lorena Gonçalves. Políticas de Alimentação Escolar. Brasília: Centro de Educação a Distância – CEAD, Universidade de Brasília, 2006. 88 p. (Profucionário - curso técnico de formação para os funcionários da educação). Disponível

em:<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/profunc/12_pol_aliment_escol.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. et.al. **Políticas de Alimentação Escolar**. Brasília: Centro de Educação a Distância – CEAD, Universidade de Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/profunc/12_pol_aliment_escol.pdf> Acesso em: 1º nov. 2016.

CHAVES, Nelson. Aspectos Econômico-Sociais da Desnutrição. In: CHAVES, Nelson. **Nutrição Básica e Aplicada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. cap. 22,p. 335- 342.

CORRÊIA, Denise Aparecida. **Os Governos de Getúlio Vargas (1930-1954) e a Educação Física Escolar no Estado de São Paulo: lembranças dos velhos professores**. Tese (Doutorado em História). 243 f. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), São Paulo, 2009.

CUNHA, Marcus Vinicius. O “Manifesto dos Pioneiros” de 1932 e a cultura universitária brasileira. **Revista brasileira de história da educação**, n. 17 maio/ago. São Paulo. 2008.

FARIAS, Pedro César Lima de. **A seguridade social no Brasil e os obstáculos institucionais à sua implementação**. Brasília: MARE/ENAP, 1997. 98p. (Cadernos ENAP, n. 11).

FERRARO, Maísa Resende de Melo. **A concepção de professores sobre Saúde na Escola**. 124 f. Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/revis/Downloads/PDF.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2016.

FERREIRA, Márcia dos Santos. **Centros de Pesquisa do Inep: pesquisa e política educacional entre as décadas de 1950 e 1970**. 315f. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP: Sn, 2006. Disponível em: <<file:///C:/Users/revis/Downloads/TeseMarciadosSantosFerreira.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa et al. **Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da metodologia de avaliação rápida**. Curitiba: Editora Champagnat, 2014.

_____ et al. O encontro da saúde com a educação: os desafios da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 12, n. 31, p.52-58, 2012. Trimestral. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rbsf_e_encarte_ed.31_final.pdf>. Acesso em: 1 out. 2016.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de et.al. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n..2, Rio de Janeiro, mar. 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200015>. Acesso em: 5 mar. 2015.

FLEURY, Sonia. **Saúde e democracia: a luta do Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Disponível em: < www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3716>. Acesso em: 5 maio 2015.

GIANNOTTI, Vito. **História das lutas dos trabalhadores no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GHIRALDELLI JÚNIOR, Paulo. **Educação física progressista: a pedagogia crítica dos conteúdos e a educação física brasileira**. São Paulo: Loyola, 1988.

GIUGLIANO, Rodolfo. Fatores associados à obesidade em escolares. **Jornal de Pediatria**. 2004. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/04-80-01-17/port.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

HAMILTON, Wanda Susana. **Debate sobre a criação do Ministério da Saúde**. III Seminário Interno do Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 1993(mimeo).

HOCHMAM, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Revista Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Editora UFPR. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a09.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

HORTA, José Silvério Baia. **Gustavo Capanema** / Fundação Joaquim Nabuco, Recife: Editora Massangana, 2010. 160 p. il. (Coleção Educadora).

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico de março de 1951**. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/67/cd_1950_v1_br.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Brasil: 500 anos de povoamento**. Rio de Janeiro, 2000. Apêndice: Estatístico de povoamento. Disponível em: <<http://brasil500anos.ibge.gov.br/estatisticas-do-povoamento/imigracao-total-periodos-aneis.html>>. Acesso 11 ago. 2016.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). 2009. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 12 maio 2016.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 12 maio 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo da educação básica: 2012 – resumo técnico**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2013. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/resumo_tecnico_censo_educacao_basica_2012.pdf>. Acesso em: 1º nov. 2016.

IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

JANONES, Aldeni Aparecida Alves. **Memórias de uma Cidade**. Fotolito e impressão: O lutador. Editoração eletrônica: Miguilim Laser. 1993.

LEÃO, Marília., MALUF, Renato S. **A construção social de um sistema público de segurança alimentar e nutricional: a experiência brasileira.** Brasília: ABRANDH, 2012.

LIMA, Gerson Zanetta de. **Saúde Escolar e Educação.** São Paulo: Cortez Editora, 1985.

MAIA, Elias da Silva. **A construção do ensino médico no Rio de Janeiro no Brasil Império.** Rio de Janeiro: 2010. iv 67p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos de Saúde Coletiva.

Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/posgraduacao/media/tese/1352826571.pdf>>. Acesso 20 abr. 2016.

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. et al. **Medicina, Saúde e História: Textos Escolhidos & Outros Ensaios.** Maria Gabriela S. M. C. Marinho, MOTA, André (organizadores). São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2014. Disponível em: <

http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/museu_132_volume__6.pdf>. Acesso em: 3 out. 2016.

MEDINA-DE LA GARZA, Carlos E; KOSCHWITZ, Martina-Christine. Johann Peter Frank y la medicina social. **Revista Medicina Universitaria.** Faculdade Medicina UANL.

Publicado por Elsevier México [online] 2011. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-johann-peter-frank-medicina-social-X166557961135647X>>. Acesso 31 maio 2015.

MEYER, Dagmar E. Estermann. Educação em saúde na escola: transversalidade ou silenciamento. In: MEYER D. E. E. (Org.). **Saúde e sexualidade na escola.** Porto Alegre: Mediação, 1998.

MORAES, Margarete Farias de et al. Jussara Luzia Leite. **Os dissensos nos discursos médicos sobre a saúde do escolar: o caso dos inspetores escolares no Rio de Janeiro nas primeiras décadas do século XX.** Dimensões, vol. 34, 2015, p. 204-227. UFES programa de pós-graduação em História. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufes.br/dimensoes/article/viewFile/11116/7763>>. Acesso em: 20 dez.2015.

NISKIER, Arnaldo. **História da educação Brasileira:** de José de Anchieta aos dias de hoje, 1500-2000. 3. ed. São Paulo: Editora Europa, 2011.

PASINATO, Darciel. Importância do Manifesto de 1959 para a educação brasileira. **Revista Semina**, v.10, 2º semestre/2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/4367-14751-1-PB%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/4367-14751-1-PB%20(5).pdf)>. Acesso em 15 ago. 2016.

PONTE, Carlos Fideli, et.al. **O sanitarismo (re) descobre o Brasil.** 2007. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/na%20corda%20bamba/cap_3.pdf>. Acesso em 30 abr. 2016.

PONTE, Carlos Fideli, et.al. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** – Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-ombrinha.pdf>> Acesso em 20 ago. 2016.

RIBEIRO, Lourival. **O Barão do Lavradio e a Higiene no Rio de Janeiro.** Editora Itatiaia limitada, Belo horizonte- Rio de Janeiro, 1992.

ROSEN, George. **Uma história de saúde pública**. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SANTANA, Wagner. et al. **Educação e federalismo no Brasil**: combater as desigualdades, garantir a diversidade. Brasília: UNESCO, 2010.

SANTOS, Iolanda Universina Montano dos. A saúde entra na Escola. **Ponto de Vista**: revista de educação e processos inclusivos, Florianópolis, n. 8, p. 97-119, abr. 2008. ISSN 2175-8050. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/pontodevista/article/view/1110>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SANTOS, Orvalina Ornelas Nascimento. **Alimentação na escola pública**: a presença da agricultura familiar. 136 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Públicas). Centro Universitário Unieuro Curso de Mestrado em Ciência Política. Brasília: 2014. Disponível em: <[www.unieuro.edu.br/.../\(Orvalina%20Ornelas%20Nascimento%20Santos\)](http://www.unieuro.edu.br/.../(Orvalina%20Ornelas%20Nascimento%20Santos))>. Acesso em: 15 dez. 2015.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SAVIANI, Dermeval. **Historia das Ideias Pedagógicas no Brasil**. 3. ed. Autores Associados; Campinas, SP. 2011. (Coleção Memórias da Educação).

SENRA, Nelson de Castro. **Uma Breve história das estatísticas brasileiras (1822-2002)**. Rio de Janeiro: IBGE, Centro de Documentação e Disseminação de Informações, 2009.

SOUZA, Rosa Fatima de. **Templos de civilização**: a implantação da escola primária graduada no estado de São Paulo, 1890-1910. Coleção Prismas. São Paulo: Editoria Unesp Fundação, 1998.

UNESP (Universidade Estadual Paulista). **Caderno de Formação**: Formação de professores educação cultura desenvolvimento. São Paulo: Cultura Acadêmica. 2010. v.1; 184p.; (Curso de Pedagogia). Disponível em: <http://www.acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/171/1/Caderno_mod2_vol1.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na Escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersectorial. 154 f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde). Faculdade Saúde Pública da USP. São Paulo, 2004.

VASCONCELLOS, Maria da Penha C. **Memórias da Saúde Pública**: a fotografia como testemunho. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1886, página 57, Vol. 1 (Publicação Original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9554-3-fevereiro-1886-543197-publicacaooriginal-53270-pe.html>>. Acesso em: 16 set. 2015.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fade de. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Tese_desenvolvimento_sustentavel.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

VALERIANI, T. S. M. **A gestão escolaridade do Programa de alimentação Escolar no Estado de Goiás**. 126 f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologia de Alimentos) Universidade de São Paulo. Piracicaba, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/revis/Downloads/Thais_de_Souza_Machado_Valeriani%20(1).pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

CINTRA, Rodrigo. Cadernos CEDEC nº 75. **Centro de Estudos de Cultura Contemporânea**. São Paulo: CEDEC, agosto 2005.

CONCEIÇÃO, Jose Augusto Nigro (Coord.) **Estudos de Saúde escolar: a criança, a vida e a escola**. São Paulo: Sarvier, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, 1974. **Parecer no 2.264/74 - Ens. (1º e 2º Graus)**. Documenta, n. 165, p. 63-81.

CORRÊA, Maria Letícia. **O Ministério de Educação e Saúde**. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/livro_gv/IIIparte>. Acesso em: 27 dez. 2015.

CPDOC – **Centro de Pesquisa a Documentação de História Contemporânea do Brasil**. Escola de Ciências Sociais da Fundação Getulio Vargas. 2007. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/guia/detalhesfundo.aspx?sigla=AT>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

DUEMG. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais (DOEMG). **Jusbrasil Diários**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOEMG/>>. Acesso em: 1 jan. 2016.

FAGUNDES, Andhressa Araújo, et al. Vigilância alimentar e nutricional. **Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília, 2004. 120 p.: il. color. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Publicação da CGPAN do Ministério da Saúde e Opas, contando com a parceria da Fiocruz e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

GOMES, Livia Cardoso. **O desafio da intersectorialidade: a experiência do programa saúde na escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro**. Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

LIMA, Elvira Souza. Et.al. **Indagações sobre currículo: currículo e desenvolvimento humano**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2007. 56 p.

LOBATO, Jose Bento Monteiro, 1882-1948. **Ideias de Jeca Tatu**. 14. ed. São Paulo: Brasiliense, 1972.

MACEDO, Lilian Magda; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. **Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único De Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária**. Interface - comunicação, saúde, educação. Botucatu, SP: UNESP, 2014.

MATTA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, educação e saúde**, v. 3 n. 2, p. 371-396, 2005. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r114.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2015. Disponível em: <[ww.portal.mec.gov.br](http://www.portal.mec.gov.br)>. Acesso em: 11 abr. 2016.

MORAES, L. L. **Saúde Escolar**. Pediatría Moderna. P.31-35, 1978.

MORAES, Maria Célia Marcondes de. **Educação e Política nos Anos 30**: a presença de Francisco Campos. Rio de Janeiro, 1990. Tese (Doutorado) - PUC-RJ; [online]. Disponível em: <<http://www.rbep.inep.gov.br/index.php/RBEP/article/viewFile/452/457>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

MOTTA, Elias de Oliveira, 1943-. **Direito Educacional e educação no século XXI**: com comentários à nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: UNESCO, 1997, p. 784. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001286/128632poro.pdf>> . Acesso em: 1 fev. 2016.

MOTTA, Paulo Roberto. **Transformação organizacional**: a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark. 1997.

MS.SAS.DAB.Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

MS/SAS.DAS. Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorio-acomp-nutri.view.php>. Acesso em: 12 maio 2016.

NAGLE, Jorge. **Educação e Sociedade na Primeira República**. São Paulo: EPU/Edusp, 1976.

NOGUEIRA, Octaciano. **Constituições Brasileiras: 1824**. Brasília: Senado Federal e Ministério da Ciência e Tecnologia, Centro de Estudos Estratégicos, 1999.

OMS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php>>. Acesso em: 14 jul 2016.

PSPAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php>>. Acesso em: 2 maio 2016.

QUEIROZ, Lucileide Domingos. **Um Estudo Sobre a Evasão Escolar**: para se pensar na inclusão escolar, 2013. Disponível em: <www.anped.org.br/reunioes/25/lucileidedomingosqueirozt13.rtf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

REIS JUNIOR, Antonio Francisco. Prevalência de fatores de risco para hipertensão em estudantes do Colégio Mary Rabelo de Jequié. **Revista Digital**. Bueno Aires. ano 13, n. 119, abril/2008, Disponível em: <www.efdeportes.com>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa. **Decreto 5.394 de 25 de fevereiro de 1932**. Crêa sem aumento de despesas para o Estado, a Inspectoria de Higiene e Assistência Dentaria. 1932. Disponível em:
<<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1932/decreto-5394-25.02.1932.html>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 9.872, de 28/12/1938. **Diário Oficial do estado de São Paulo (DOSP) de 29 de dezembro de 1938**. São Paulo, 1938
Disponível em:
<<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/5509716/pg-19-diario-oficial-diario-oficial-do-estado-de-sao-paulo-dosp-de-29-12-1938>>. Acesso em: 10 maio 2016.

SAVIANI, Dermeval, 1994-. **Escola e Democracia**: teoria da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política. Campinas, SP: Mercado de Letras, 1994.

SCABURRI, Glauciani Erbs da Costa. **Saúde e Desempenho Escolar**. Itajaí 1982. [online] Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade do Vale do Itajaí, 2013.

SILVA, Cheila Portela. et al. Educação em saúde: Uma revisão histórica - crítica com enfoque no município de Sobral - CE. **Revista de Políticas Públicas – SANARE** [online] v. 09; n. 02, 2010. Disponível em: <www.sanare.emnuvens.com.br>. Acesso em: 30 maio 2015.

SILVA, Adailton Soares. et al. Política Educacional no Brasil: do império à República. Rios Eletrônicos - **Revista Científica da FASETE**. Ano 5, n. 5, dez. 2011. Disponível em:
<http://www.fasete.edu.br/revistarios/media/revistas/2011/politica_educacional_no_brasil.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

SILVA, Lúcia. **Memórias do Urbanismo na Cidade do Rio de Janeiro 1778/1878**: estado, Administração e Práticas do Poder/Lúcia Helena Pereira da Silva. Rio de Janeiro: E-papers, 2012.

SOUSA, Rainer Gonçalves. "**Constituição de 1934**"; Brasil Escola. Disponível em:
<<http://brasilecola.uol.com.br/historiab/constituicao-1934.htm>>. Acesso em: 18 jan.2016.

SOUZA, Geraldo Horácio de Paula. **Aspectos do problema da água de alimentação em São Paulo em 1925**. (Reimpressão) Arquivos de Higiene e Saúde Pública, v. 2, 1936.

ZANELLA, Maria Nilvane. **A perspectiva da ONU sobre o menor, o infrator, o delinquente e o adolescente em conflito com a lei**: as políticas de socioeducação. 2014. 269 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá. Disponível em:
<<http://www.ppe.uem.br/dissertacoes/2014%20-%20Maria%20Nilvane.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

ANEXO



Prefeitura Municipal de Iturama
Secretarias Municipais de Saúde e de Educação

Projeto em parceria com a
Secretaria Municipal de Saúde e de Educação

PROJETO SAÚDE NA ESCOLA

Macrorregião Triângulo Sul

Iturama - MG
Fevereiro / 2011

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITURAMA / CNPJ: 18.457.242/0001-74
Av. Alexandrita, 1314 - Jardim Eldorado / CEP: 38280-000 - Iturama - MG
Fone: PABX (34) 3411-9500 - Fax: (34) 3411-9600
Website: www.iturama.mg.gov.br / E-mail: iturama@iturama.mg.gov.br

1. INTRODUÇÃO

No Município de Iturama, Estado de Minas Gerais não há histórico de Planejamento de cuidados com a saúde do Escolar, o que antes já acontecia eram projetos sem seqüência que não apresentavam resultado representativo para o Município, muitas foram tentativas de adequar atendimentos voltados para a saúde do educando, todas acabaram apenas no papel.

Entretanto mudanças significativas estão acontecendo nos sistemas de Educação e Saúde, novas estratégias, novas formas de gestão e uma nova visão de que a saúde precisa ser tratada e encaminhada através da Escola, que é uma grande promotora da saúde em parceria com as Equipes de Saúde da Família.

Nasceram então novas prioridades de saúde baseadas na evidência científica, com objetivos de obter ganhos em saúde a médio e longo prazo. Dentro deste pensamento uma nova estratégia de trabalho: Desenvolver a Saúde nos ambientes onde as pessoas vivem, trabalham e estudam.

Daí O Programa Saúde na Escola foi Instituído pelo Governo Federal, através do Decreto nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007, com a proposta de uma política Intersetorial, na perspectiva de atender a aspectos relevantes da saúde de crianças, adolescentes e jovens do Ensino Básico Público: 1. Atenção 2. Prevenção, 3. Promoção e 4. Assistência.

O Programa é uma Articulação dos entes federados: Distrito Federal do Estado e do Município, que pactuados assumem o compromisso de implantar no Município de Iturama o Programa PSE, que será executado em âmbito Municipal, nas Unidades do PSF, integrando e tornando clara a responsabilidade dos órgãos de Educação e de Saúde, que articulados devem executar o "Plano do Municipal Saúde na Escola de Iturama MG." Assim a Saúde Escolar deve ser um processo de promoção e educação, que permita melhorar o nível de bem-estar físico, mental, social e contribuir para a qualidade de vida do Educando em fase de Educação Básica.



O programa visa reduzir a prevalência de fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis e aumentar os fatores de proteção relacionados ao estilo de vida e quanto à diversidade cultural e social do local.

Conforme o parágrafo 2º e do 3º do Decreto 6.286, de 5 de Dezembro de 2007, O PSE será implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizadas por meio de termo de compromisso e o planejamento das ações do PSE deverão considerar:

- I - o contexto escolar e social;
- II - o diagnóstico local em saúde do escolar; e
- III - a capacidade operativa em saúde do escolar.

2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

2.1. Diagnóstico situacional do Município

2.1.1 - Aspectos demográficos e sócio-econômicos

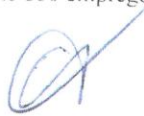
O município de Iturama conforme dados do IBGE, a população em 2010 e de 34.440 mil habitantes, possui uma área territorial de aproximadamente 1.405,4 Km² e está localizado a 850 Km da capital.

Em relação às condições habitacionais, nota-se nos últimos anos no município, uma melhora no que diz respeito ao abastecimento de água, coleta de lixo e tratamento de esgoto sanitário: a rede de distribuição de água potável atende aproximadamente 90% da cidade com água potável; o sistema de coleta de esgoto está presente em mais de 60% dos domicílios e mais de 70% do lixo produzido é coletado.

Entretanto, ainda é freqüente no município encontrar domicílios que não contam com abastecimento público de água, nem com tratamento adequado de dejetos, apelando para soluções individuais bastante inadequadas, tais como o uso de poço, rio, córrego ou de fontes particulares instaladas geralmente nos quintais; o município encontra-se em fase de construção do aterro sanitário, atualmente existe um local destinado para o acondicionamento do lixo doméstico onde existem menos danos ao meio ambiente, denominado aqui como lixão, porém não a controle sobre os famosos "catadores" antes da devida compactação. Note-se que esta deficiência na estrutura sanitária contribuindo para o surgimento de doenças infecto-contagiosas.

Em relação à economia, os setores que mais geram oportunidade de emprego local são: indústria sucroalcooleira, indústria de abate de carne bovina, comércio varejista e a administração pública municipal e estadual. A indústria sucroalcooleira é um dos pilares da economia local: O setor também é um dos grandes geradores de emprego, gerando atualmente 1 mil empregos diretos e outros 1 mil de forma indireta.

A indústria de abate de carne bovina também contribui com aproximadamente 800 empregos diretos e 1 mil indiretos.



ITURAMA

UM NOVO CAMINHO

O setor de comércio varejista tem um grande impacto na economia local, sendo um dos mais variados e dinâmicos. Destaca-se, ainda, que aproximadamente 1.500 trabalhadores estão alocados na administração pública municipal, o que revela uma relativa dependência da economia municipal em relação ao poder público local, possui também aproximadamente 600 trabalhadores alocados na administração pública estadual em todo o município e em todas as áreas, de saúde, educação, segurança pública e outros.

No início de 2010, iniciou-se a construção do trecho da ferrovia norte sul, possibilitando desta maneira o aumento significativo de mão de obra ociosa sem qualificação profissional, assim como o aumento populacional de aproximadamente 2 mil pessoas, efetivando empregos diretos, possibilitando empregos indiretos nos setores de alimentação, hotelaria, prestação de serviços de lavanderia, comércio varejista, lazer e outros.

Os indicadores econômicos apontam para uma retomada do processo de desenvolvimento: a renda *per capita* do município é de R\$ 486..00, situando-se no patamar intermediário em relação aos outros municípios do País. Ressalte-se que o município emprega uma parcela significativa da população da região.

A População Economicamente Ativa (PEA), constituída pelas pessoas com 16 anos ou mais de idade, que estão exercendo ou procurando algum tipo de trabalho, chama a atenção o fato de que mais da metade da população do município ganha até dois salários mínimos e que, de acordo com dados do SINE (Sistema Nacional de Empregos) 25% da população do município, em 2009, constituía-se de desempregados.

O perfil traçado acima mostra que no município de Iturama há grandes e graves desigualdades sociais e econômicas entre grupos e indivíduos. Os elementos apresentados até o momento mostram que a maior parte das pessoas vivencia condições materiais de vida habitação, saneamento, renda, trabalho, etc. que não lhes permite ter acesso a bens essenciais. As conseqüências dessas iniquidades sociais sobre a saúde podem ser vislumbradas quando se analisa o perfil epidemiológico do município, apresentado a seguir.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITURAMA / CNPJ: 18.457.242/0001-74
Av. Alexandrita, 1314 - Jardim Eldorado / CEP: 38280-000 - Iturama - MG
Fone: PABX (34) 3411-9500 - Fax: (34) 3411-9600
Website: www.iturama.mg.gov.br / E-mail: iturama@iturama.mg.gov.br

2.1.2 - Características epidemiológicas

Uma forma de conhecer as condições de vida e saúde de uma população é saber quais são as taxas de natalidade e mortalidade da população. As taxas de natalidade no município de Iturama acompanhando os índices observados para o Brasil, em 2009 houve 466 nascimentos. Isso se deve em especial ao processo de urbanização que gerou transformações sócio-econômicas e culturais, alterando o estilo de vida e as expectativas da população brasileira.

Tanto quanto a taxa de natalidade, a taxa de mortalidade é um indicador de desenvolvimento econômico e social de uma sociedade. Ao monitorar o número de óbitos materno infantil, observou-se um menor índice após a efetivação das ações do Comitê de Investigação do Óbito Materno Infantil, o próprio ministério do saúde e o SUS estimula estratégias que sejam capazes de interferir positivamente na morbimortalidade e na melhoria das condições de vida da população. Por isso, é importante entender a mortalidade, ou seja, saber quantas pessoas morrem e quais as causas desses óbitos em certos grupos.

Quanto às causas mais comuns para as mortes das crianças, pode-se dizer que, há alguns anos, a maioria das crianças com idade até 1 ano morria, devido a doenças relacionadas às condições ambientais em que viviam: desnutrição e ocorrência de doenças infecciosas, principalmente diarreias e pneumonias. Com o desenvolvimento de programas de prevenção e controle de doenças, como o Programa de Saúde da Família (PSF), e a implementação de ações tais como, vacinação, terapia de reidratação oral, promoção da amamentação, tornou-se possível reduzir o índice de mortalidade infantil.

Outro indicador importante para avaliar a qualidade de vida de uma dada população e dos serviços de atenção à saúde é o índice de mortalidade materna, ou seja, a morte ocasionada por algum problema relacionado ao período da gestação, do parto, do puerpério ou à assistência realizada nesses momentos. No município de Iturama a efetivação do Pacto de Saúde e suas ações reduziram a taxa de mortalidade materna.

porem ainda em fase de consolidação de dados estatísticos. A maioria dessas mortes foi evitada com uma boa assistência no pré-natal, no parto e no puerpério.

Para homens e mulheres do município de Iturama a principal causa de morte são as doenças do aparelho circulatório e cardíaco, isto é, as doenças do coração: hipertensão, angina, infarto, insuficiência cardíaca, etc. o mesmo ocorre nas mortes por cânceres e por doenças mal definidas, isto é, aquelas em que não há registro da causa no atestado de óbito. Em contraposição, as mortes por causas violentas (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios) atingem mais os homens, principalmente os jovens e adultos.

Para finalizar o perfil sanitário do município, é importante salientar três problemas que representam um verdadeiro desafio para a saúde pública no Brasil: a diabetes, a hipertensão e a tuberculose.

No município de Iturama, é digno de nota, o alto número de internações de portadores de diabetes *mellitus* devido às complicações decorrentes da doença. Sabe-se que mediante acompanhamento e tratamento sistemático, é perfeitamente possível preveni-las, reduzir os riscos e proteger pessoas e coletividades. O atendimento oportuno e precoce, em unidades de saúde resolutivas pode evitar atos desnecessários e retardar e o avanço das doenças.

Nesse sentido, torna-se um eixo norteador e um divisor de ações de prevenção com índices de resolutividade o Programa de Saúde na Escola, através de ações interventivas para prevenção de doenças crônicas e agravos nutricionais e desajustes psicossocial e psicossocioeconomico.

2.1.3 - Organização dos serviços de saúde

Os indicadores de oferta de serviços de saúde aqui analisados contemplam a capacidade instalada (ambulatorial e hospitalar) e os recursos humanos.

O município de Iturama é considerado importante pólo regional de saúde, recebendo muitos clientes dos municípios vizinhos. O município de Iturama, e a sede de microrregião que compreende mais 04 municípios.(São Francisco de Sales, Carneirinho,

Limeira do Oeste, União de Minas) sendo responsável em cumprimento de Pactuação Programada Intermunicipal - PPI possui a seguinte estrutura:

- 01 Unidade de Urgência/Emergência;
- 07 Unidades Básicas de Saúde;
- 07 Equipes de Programa de Saúde da Família - PSF;
- 07 Equipes de Saúde Bucal;
- 01 Equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF;
- 01 Clínica de atendimento Especializado::

- 01 centro de atenção psicossocial.
- 01 centro de reabilitação, com Psicólogo, Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo.
- 01 unidade hospitalar (Instituição Particular Conveniada com o SUS).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que surgiu como uma alternativa ao modelo de atenção hegemônico, centrado em ações curativas.

Os dados apresentados mostram a íntima relação entre as condições de vida e o perfil epidemiológico da população. Revelam também que a atenção à saúde no município de Iturama, ainda é segmentada e pouco resolutiva. Ressalte-se que para grande parte da população do município - principalmente aquelas pessoas com baixos rendimentos, empregos informais ou desempregados - o SUS é a única possibilidade de atenção à saúde.

Com esse novo modelo do sistema de saúde organizado de forma regionalizada e hierarquizada, os municípios assumiram a competência de gerir as políticas de saúde em seu território. No esforço para consolidar esse processo de descentralização, os municípios buscam parcerias com o estado e a união para novas ações de prevenção a processo de adoecimento.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 - Fundamentações do Programa de Saúde na Escola

O Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, como proposição de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e na educação de jovens e adultos (EJA), no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família.

Em nosso processo de construção do Projeto Saúde na Escola de Iturama realizamos pesquisas relativas as propostas de intervenções solicitadas em para nossa ação. Quando enfatizamos a *DETECÇÃO PRECOCE DE DOENÇAS CRÔNICAS e AVALIAÇÃO NUTRICIONAL*, foi pautada em estudos acadêmicos realizados onde umas citações do trabalho científico realizado pelos Doutores **Alberto A. Rosa e Jorge P. Ribeiro**, faz a seguinte referencia: "Há evidências indicando que a hipertensão arterial do adulto possa ter seu início na infância ou na adolescência" ... "Uma boa estratégia é procurar caracterizar a população em risco de desenvolver hipertensão, possibilitando assim o surgimento de medidas preventivas ainda nos primeiros anos de vida". Ainda aprofundando mais este estudo encontramos o trabalho publicado pelo professor de educação **Antonio Francisco Reis Junior** que faz a seguinte citação "Dentre os fatores de risco relacionados à hipertensão um deles é o histórico familiar, indivíduos que possuem familiares hipertensos têm uma grande predisposição para esta doença"... "Outro dado preocupante é a obesidade, estudos identificaram uma forte relação entre o peso corporal e a hipertensão. A obesidade quase triplica o risco de desenvolvimento desta patologia".

Outras ações serão realizadas visando à consolidação de uma qualidade de vida as crianças e adolescentes do município de Iturama, sendo elas: *Realização de*

Triagem Psicossocial, Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas, Saúde Sexual, Prevenção DST/AIDS e Saúde Reprodutiva e Saúde Bucal.

3.2 - Mapeamento da Rede de Saúde – Estratégia Saúde da Família

Tabela População residente por faixa etária e sexo no ano de 2011

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	126	121	247
1 a 4	557	580	1.137
5 a 6	340	320	660
7 a 9	557	595	1.152
10 a 14	1.130	1.174	2.304
15 a 19	1.119	1.110	2.229
20 a 39	4.277	4.524	8.801
40 a 49	1.663	1.743	3.406
50 a 59	1.149	1.240	2.389
60 ou mais	1.398	1.474	2.872
Total	12.316	12.881	25.197

Fonte: SIAB/Fevereiro/2011

Dados do IBGE/2010 o município possui 34.440 mil habitantes. porém o município possui 73.16 de cobertura de Estratégia de Saúde da Família. pautado nestes dados. priorizaram-se as escolas com maior índice de vulnerabilidade e os PSFs com maiores índices populacionais e com melhor estrutura física para implantação do referido Programa.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITURAMA / CNPJ: 18.457.242/0001-74
 Av. Alexandrita, 1314 - Jardim Eldorado / CEP: 38280-000 - Iturama - MG
 Fone: PABX (34) 3411-9500 - Fax: (34) 3411-9600
 Website: www.iturama.mg.gov.br / E-mail: iturama@iturama.mg.gov.br

3.3 - Rede de Escolas no município
Mapeamento da Rede Pública de Ensino

Modalidades	Nº	Gestão*	Nº Alunos	Período**			Problemas de saúde prioritários
				D	N	I	
Creche	02	M/F	292			X	Promoção da Nutrição e Alimentação saudável
Pré-escola	07	M	754	X		X	Promoção do Cuidado com a Saúde Bucal
EF 1ª a 4ª série	10	M/E	2.653	X		X	Prevenção do Uso de Drogas/Promoção da Prática da Atividade Física
EF 5ª a 9ª série	07	M/E	2.215	X	X	X	Prevenção do Uso de Drogas/Promoção da Prática da Atividade Física
Ensino Médio	4	E	1.380	X	X		Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva/Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis
EP técnico	02	E/M	252	X			Promoção da Prática da Atividade Física/Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva/Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis
EJA 1ª a 4ª série	05	M	151		X		Promoção da Nutrição e Alimentação saudável/Prevenção do Uso de Drogas/Promoção da Prática da Atividade Física/Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva/Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Promoção do Cuidado com a Saúde Bucal/Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da paz
EJA 5ª a 9ª série Semi-presencial	3	M/E	323	X	X		Promoção da Nutrição e Alimentação saudável/Prevenção do Uso de Drogas/Promoção da Prática da Atividade Física/Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva/Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Promoção do Cuidado com a Saúde Bucal/Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da paz
EJA Ensino Médio	2	M/E	486		X		Promoção da Nutrição e Alimentação saudável/Prevenção do Uso de Drogas/Promoção da Prática da Atividade Física/Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva/Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Promoção do Cuidado com a Saúde Bucal/Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da paz
Educação Especial	1	F	141	X		X	Promoção da Nutrição e Alimentação saudável/Prevenção do Uso de Drogas/Promoção da Prática da Atividade Física/Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva/Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Promoção do Cuidado com a Saúde Bucal/Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da paz

Legenda: EF= Ensino Fundamental; EP= ensino Profissionalizante; EJA= Educação de Jovens e Adultos

*Gestão: M = Municipal, E = Estadual, F = Filantrópica

**Período de funcionamento: D=diurno, N=noturno e I=Integral

Fonte: SME/FUNDEB/fevereiro/2011

3.4 – Consolidação de dados Educação e Saúde

Código da Escola	Nome da Escola	Nº de alunos	Código CNES da ESF	Nome da ESF	População Atendida
31159166	E.E. Antonio Ferreira Barbosa	1.107	S/C	Sem cobertura de PSF	
31159182	E.E. Nossa Senhora de Lourdes	859	S/C	Sem cobertura de PSF	
31159212	E.E. Tiradentes	843	2201534	PSF – Comunidade e Saúde	3.838
31159247	E.E. Dom Alexandre	426	5732018	PSF – Alexandrita Saudável	2.495
31205605	E.E. Joaquim Tiago de Queiroz	458	2201593	PSF- Ação e Saúde	4.255
31159174	E.M. José Tiago de Queiroz	394	2201615	PSF- Saúde para Todos	3.222
31159191	E.M. Santa Rosa	573	2201577	PSF – Saúde e Igualdade	3.904
31254991	E.M.Agrícola Alipio Soares Barbosa	167	S/C	Sem cobertura de PSF	
31271101	E.M. Diretora Maria Sarah	670	2201534	PSF – Comunidade e Saúde	3.838*
31271128	E.M. João Ribeiro Rosa	697	2201615	PSF- Saúde para Todos	3.838*
31271144	E.M.Maria Queiroz Barbosa	790	5654645	PSF – Humanização e Saúde	3.294
31271152	E.M. Dalva Barbosa Garrido	475	2201623	PSF- Família Saudável	4.189
31319988	Centro de Ensino Supletivo	678	S/C	Sem cobertura de PSF	
			2201534	PSF – Comunidade e Saúde	3.838*
TOTAL DE ALUNOS NA REDE PÚBLICA		8.137	TOTAL POPULAÇÃO CADASTRADA		25.197

Fonte: SME/FUCNDEB/fevereiro/2011

Fonte: SIAB/fevereiro/2011

Legenda: xxxx* Números já contabilizados

4. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Atividades	2011												2012	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	
1—Elaboração do Projeto/Composição do GII:	X													
2—Apresentações do Projeto na reunião da CIB/Anexar documentação aprovada na CIB:		X												
3—Confirmação da adesão de Iturama pelo Ministério da Saúde ao Projeto Saúde na Escola:		X	X											
4—Apresentação do Projeto as escolas participantes juntamente com as Enfermeiras dos PSFs:			X											
5—Capacitação dos profissionais para realização de triagem psicossocial:			X											
6—Palestras/Oficinas / com pais:			X	X	X	X	X	X	X	X	X			
6.1— Avaliação dos encontros;				X		X		X		X		X		
7—Triagem psicossocial:			X	X										
8—Dia da Hipertensão infantil/Adolescente em todas as escolas simultaneamente:				X										
9—Acompanhamentos dos hipertensos no Projeto Saúde na Escola:				X										
10—Dia das carências nutricionais infantil /Adolescente em todas as escolas simultaneamente:					X									
11—Acompanhamento das crianças e adolescentes com carências nutricionais no Projeto Saúde na Escola:					X									
12—Palestras/Oficinas com crianças e Adolescentes sobre assuntos diversos:					X	X	X	X	X	X	X			
12.1— Avaliações dos encontros:						X		X		X		X		
13— Video Conferencia:												X	X	
14—Apresentação de trabalhos confeccionados nas oficinas:												X		
15— Consolidação de Resultados:												X		
16—Relatório circunstancial com apresentação de resultados:													X	

5. PREVISÃO DE RESULTADOS

- Envolvimento da família em ações preventivas juntamente com a educação e a saúde;
- Triagem psicossocial de todos os alunos da rede pública do município;
- Estagnar e ou diminuir os índices de carências nutricionais na infância e adolescência;
- Estagnar e ou diminuir os índices de doenças crônicas na infância e adolescência;
- Estagnar e ou diminuir os índices de gravidez na adolescência;
- Estagnar e ou diminuir os índices de uso de álcool, tabaco e outras drogas na infância e adolescência;
- Trabalho com a rede educação saúde e ação social.

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

São realizados o Monitoramento e a Avaliação do Projeto Saúde na Escola com as seguintes ações:

- Reuniões bimestrais com toda a equipe envolvida no projeto;
- Relatório dos Resultados positivos e negativos de cada fase do projeto;
- Adequação de novas atividades conforme demanda proposta em reuniões e relatórios bimestrais;
- Relatório das atividades desenvolvidas, com material fotográfico.


 JULIANO GONÇALVES DANTAS
 SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE


 RITA DE CÁSSIA DONEGÁ SALOMÃO LORENZATO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO


 CLÁUDIO TOMAZ DE FREITAS
 PREFEITO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITURAMA / CNPJ: 18.457.242/0001-74
 Av. Alexandrita, 1314 - Jardim Eldorado / CEP: 38280-000 - Iturama - MG
 Fone: PABX (34) 3411-9500 - Fax: (34) 3411-9600
 Website: www.iturama.mg.gov.br / E-mail: iturama@iturama.mg.gov.br

IDENTIFICAÇÃO DO PREFEITO

CLAUDIO TOMAZ DE FREITAS

Av. Alexandrita, 1314 Jardim Eldorado CEP. 38.280-000

Telefone (34) 34119500

Endereço Eletrônico: iturama@iturama.mg.gov.br

IDENTIFICAÇÃO DO SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE

JULIANO GONÇALVES DANTAS

Secretario Municipal de Saúde de Iturama

Rua Cidade do Prata, 415. Bairro: Centro. CEP: 38.280-000

Telefone: (34) 3415.8710

Endereço eletrônico: secsaudeiturama@netisite.com.br

IDENTIFICAÇÃO DO SECRETARIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

RITA DE CÁSSIA DONEGÁ SALOMÃO LORENZATO

Secretaria Municipal de Educação de Iturama

Av. Rio Grande, 1205. Bairro: Centro. CEP: 38.280-000

Telefone: (34) 3411.9580

Endereço eletrônico: smec@netisite.com.br

RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO

Wania Aparecida de Araujo Mendes de Oliveira

Técnico da Secretaria Municipal de Saúde

Rua Cidade do Prata, 415. Bairro: Centro. CEP: 38.280-000

Telefone: (34) 3415.8705

Endereço eletrônico: wania.saude.conv@hotmai.com

Adriana Cristina Freitas Pádua

Técnico da Secretaria Municipal de Educação

Av. Rio Grande, 1205. Bairro: Centro. CEP: 38.280-000

Telefone: (34) 3411.9580

Endereço eletrônico: smec.convenios@hotmail.com.