

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA OU COM A ESCOLA?****HEALTH EDUCATION IN OR WITH THE SCHOOL?****EDUCACIÓN EN SALUD ¿EN LA O CON LA ESCUELA?**

Ana Wlândia Silva de Lima¹, Vita Guimarães Mongiovi², Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus³,
Luciane Soares de Lima⁴

RESUMO

Objetivo: analisar de que forma as ações de saúde desenvolvem-se no ambiente escolar. **Método:** revisão integrativa nas bases LILACS, IBECs, BDENF, MEDLINE e COCHRANE. O período de busca e coleta dos dados foi realizado em setembro de 2016. **Resultados:** de um total de 24.774 publicações, 20 atenderam aos critérios de inclusão e à análise do rigor científico. O *corpus* da pesquisa formou-se por meio dos resumos das publicações processados no *software* Iramuteq. Formaram-se dois *subcorpus* e quatro classes representados no dendograma da Classificação Hierárquica Descendente e nomeados a partir da Análise de Conteúdo. **Conclusão:** as ações dividiram-se em dois modelos quantitativamente proporcionais e opostos em forma e conteúdo. A maioria ainda se centra no modelo biológico e prescritivo, entretanto, modelos construtivistas envolvendo a comunidade escolar fazem-se presentes. **Descritores:** Saúde na Escola; Educação em Saúde; Colaboração Intersectorial; Relações Interprofissionais; Formação Profissional; Comunicação Interdisciplinar.

ABSTRACT

Objective: to analyze how health actions take place in the school environment. **Method:** integrative review in LILACS, IBECs, BDENF, MEDLINE and COCHRANE databases. The search and data collection period was carried out in September 2016. **Results:** out of a total of 24,774 publications, 20 met the criteria for inclusion and analysis of scientific rigor. The research corpus was formed through abstracts of publications processed in Iramuteq software. Two subcorros and four classes were represented in the dendogram of the Descending Hierarchical Classification and named from the Content Analysis. **Conclusion:** the actions were divided into two models, quantitatively proportional and opposite in form and content. Most still focus on the biological and prescriptive model; however, constructivist models involving the school community are present. **Descriptors:** School Health; Health Education; Intersectoral Collaboration; Interbranch Relations; Vocational Education; Interdisciplinary Communication.

RESUMEN

Objetivo: analizar de que forma las acciones de salud se desarrollan en el ambiente escolar. **Método:** revisión integrativa, en las bases LILACS, IBECs, BDENF, MEDLINE y COCHRANE. El período de búsqueda y recolección de datos fue realizado en septiembre de 2016. **Resultados:** de un total de 24.774 publicaciones, 20 atendieron a los criterios de inclusión y el análisis del rigor científico. El corpus de la investigación se formó a través de los resúmenes de las publicaciones, procesados en el *software* Iramuteq. Se formaron dos sub-corpus y cuatro clases representadas en el dendograma de la Clasificación jerárquica descendente y nombradas a partir del Análisis de Contenido. **Conclusión:** las acciones se dividieron en dos modelos cuantitativamente proporcionales y opuestos en forma y contenido. La mayoría todavía se centra en el modelo biológico y prescritivo, sin embargo, modelos constructivistas involucrando a la comunidad escolar se hacen presentes. **Descriptores:** Salud en la Escuela; Educación para la Salud; Colaboración Intersectorial; Relaciones Interprofesionales; Formación Profesional; Comunicación Interdisciplinaria.

^{1,2}Mestres (doutorandas), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/PPGENF/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: anwladia@gmail.com, ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4109-888X>; E-mail: vitamongiovi@gmail.com, ORCID ID <https://orcid.org/0000-0001-9836-8273>; ^{3,3}Doutoras, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/PPGENF/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: wandenf@yahoo.com.br ORCID ID <https://orcid.org/0000-0001-7531-2605>; E-mail: luciane.l.wandreley@gmail.com, ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-4598-8959>

INTRODUÇÃO

A inserção da saúde na escola não aconteceu de forma articulada às necessidades e preceitos das diretrizes da educação. Considera-se como um marco da saúde na escola o Sistema Frank criado, em 1779, pelo médico alemão Johann Peter Frank. O Sistema Frank resultou em um código elaborado posteriormente por Franz Anton Mai que dava grande ênfase na disciplinarização da educação em saúde. A primeira “lei” referia-se aos deveres de um oficial de saúde propondo atuação nas instituições de ensino, instruindo tanto as crianças, quanto os professores a respeito da manutenção e prevenção para uma vida saudável e prestando, aos adolescentes, esclarecimentos sobre os cuidados que deveriam ter com excessos sexuais.¹

Trata-se do mais antigo e conhecido referencial de proposição de saúde na escola que originou, na Europa, a Polícia Médica.¹ No Brasil, semelhantemente, a saúde escolar ou higiene escolar surgiu com enfoque voltado para o controle de doenças epidêmicas.² Planejou-se em três linhas: a da polícia médica, a do sanitarismo e a da puericultura. Linhas de atuação voltadas ao modelo biológico de controle de doenças, higiene dos espaços e vigilância dos sintomas.¹⁻²

Ao longo do século XX, com o avanço tecnológico e discussões a respeito da ampliação do conceito de saúde e promoção de saúde com a Carta de Ottawa, em 1986, e, particularmente no Brasil, com a Reforma Sanitária, concebem-se novas propostas para a saúde escolar, dentre elas, a Escola Promotora de Saúde (EPS).³ Esta contraria os modelos tradicionais de programas de saúde escolar que, ao longo de décadas, se caracterizam por enfoques verticais, assistencialistas, normativos e medicalizantes.³⁻⁴

Outra importante experiência intersetorial implantou-se em 2004: o Projeto Saúde e Prevenção na Escola (SPE), um marco na integração dos sistemas de educação e saúde, privilegiando-se a escola como espaço para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens objetivando a promoção da saúde sexual e reprodutiva.⁵

Essas experiências descritas tornaram-se referências para a construção da atual Política de Atenção à Saúde Escolar no Brasil, pelo decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, por meio do Programa de Saúde na Escola (PSE), com a perspectiva de construírem-se ações que integrem a comunidade escolar para a participação ativa em programas e

projetos interinstitucionais entre saúde e educação. Inclui-se, nas diretrizes do PSE, a proposta de articulação intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional para além das ações assistenciais de saúde por meio do eixo III do programa que preconiza a formação continuada dos profissionais de saúde e da educação em relação às ações educativas de temas transversais de forma colaborativa.⁶

Espaço relevante à promoção da saúde, a escola tornou-se lócus de diversas ações da área da saúde. Destaca-se, porém, que as mudanças promovidas nas atitudes de vida e de autocuidado, por parte dos escolares, são temporárias. Os professores se queixam de que o setor de saúde desenvolve ações isoladas e pontuais não condizentes com as necessidades da comunidade escolar que precariamente participa das decisões sobre os temas e as ações de educação em saúde na escola.¹

OBJETIVO

- Analisar de que forma as ações de saúde desenvolvem-se no ambiente escolar.

MÉTODO

Revisão integrativa em que se utilizou da sistematização de análise de Cooper.⁷ Desenvolveu-se o estudo seguindo as seguintes fases: 1) formulação do problema; 2) coleta de dados; 3) avaliação dos dados; 4) análise e interpretação e 5) apresentação dos resultados.

Fase 1 - Como pergunta de estudo e objetivando-se desencadear o desenvolvimento da pesquisa, definiu-se a seguinte questão norteadora: de que forma as ações de saúde desenvolvem-se na escola? Fase 2 - Objetivando-se o resgate de produção científica que respondesse à questão norteadora, escolheram-se as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde da Bireme: Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), BBO, Index Psicologia e COCHRANE. Realizaram-se cruzamentos com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os respectivos termos do *Medical Subject Headings* (MESH) com o operador booleano “and”: 1º Promoção de Saúde *and* Saúde Escolar/*Health Promotion and School Health*; 2º Educação em Saúde *and* Saúde Escolar/*Health Education and School Health*; 3º Saúde da Família *and* Saúde Escolar/*Family Health and School Health*; 4º Saúde Escolar *and* Programa Saúde na

Escola/*School Health and School Health System*. O período de busca e coleta dos dados foi realizado em setembro de 2016.

Para essa primeira busca, localizou-se um total de 24.774 artigos nas bases de dados selecionadas.

Bases de dados/Bibliotecas Cruzamento Desc	Promoção da Saúde and Saúde Escolar	Educação em Saúde and Saúde Escolar	Saúde da Família and Saúde Escolar	Saúde Escolar and Programa Saúde na Escola	Total
	n	N	n	N	N
MEDLINE	5659	13.302	600	0	19561
	856	1477	103	909	3345
LILACS					
COCHRANE	289	448	2	0	739
BDENF	70	154	11	74	309
IBECs	68	123	7	190	388
BBO	91	154	6	35	286
Index - Psicologia	29	100	2	15	146
Total	7062	15758	731	1223	24774

Figura 1. Distribuição das publicações localizadas nas bases de dados selecionadas abrangendo ações de educação em saúde na escola segundo o cruzamento dos descritores. Recife (PE), Brasil, 2016.

Fase 3 - Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos. Critérios de Inclusão: artigos que abordassem ações de saúde desenvolvidas na escola por programas institucionais de saúde na escola e/ou pela Estratégia de Saúde da Família e/ou por Instituições de Ensino Superior; ter como sujeitos estudantes da educação básica, professores, comunidade escolar (profissionais da escola e familiares dos alunos) e/ou a escola como cenário; artigo original nos idiomas português, inglês ou espanhol; artigo com resumo e texto completo disponível na íntegra; ano de publicação livre.

Critérios de exclusão: dissertações, teses, manuais, editoriais, artigos reflexivos e relatos de experiência ou de revisão de literatura integrativa e ou sistemática. Nessa fase, selecionaram-se artigos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, fez-se o descarte de artigos duplicados identificando-se um total de 41 artigos. Com estes 41 artigos, realizou-se a avaliação do rigor metodológico por meio do formulário CASP adaptado (*Critical Appraisal Skills Programme*).⁸

No instrumento, dez perguntas avaliam a existência e a clareza das seguintes questões nos estudos: 1.objetivo; 2.desenho metodológico; 3.procedimentos técnicos-metodológicos; 4.amostragem; 5.coleta de dados; 6.relação pesquisador e participantes; 7.aspectos éticos; 8.procedimentos de análise; 9.resultados e discussão e

10.contribuições e limitações da pesquisa. A cada questão do *checklist*, atribui-se uma resposta com a respectiva pontuação: sim - um ponto; em parte - zero ponto; não - zero ponto. As duas primeiras questões devem ter resposta positiva para dar continuidade à avaliação. Os artigos incluídos pontuam entre seis e dez pontos, caso contrário, considera-se o estudo com baixo rigor metodológico excluindo-o da revisão.

Por meio desse procedimento de análise, selecionaram-se 20 artigos com pontuação CASP igual ou superior a seis como a amostra final, conforme a figura 2.

Fase 4 - Análise e interpretação dos dados: nessa fase, utilizou-se o *software* de análise textual IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Trata-se de um *software* gratuito com fonte aberta disponibilizada gratuitamente em (www.iramuteq.org). Desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud que, semelhante ao ALCESTE, utiliza-se de algoritmo para a construção das análises estatísticas dos textos. O *software* possibilita diversas análises textuais, dentre elas, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O programa possibilita análises textuais como lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras) e análises multivariadas (CHD e análise de similitude).⁹⁻¹⁰

Cruzamento Bases de dados/Bibliotecas	Promoção da saúde <i>and</i> Saúde Escolar	Educação em Saúde <i>and</i> Saúde Escolar	Saúde da família <i>and</i> Saúde Escolar	Saúde Escolar <i>and</i> Programa Saúde na Escola	Total
	N	n	n	n	N
MEDLINE	5	2	0	0	7
LILACS	2	6	4	15	27
BDENF	0	0	0	1	1
IBECS	0	0	0	6	6
Total	7	8	4	22	41
Seleção CASP*	3	5	1	11	20

Figura 2. Distribuição das publicações selecionadas após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e análise do CASP. Recife, (PE), Brasil, 2016.

*Critical Appraisal Skills Programme

O *corpus* textual deste estudo compõe-se dos resumos da amostra final. Inicialmente, converteram-se os artigos do formato *Adobe Reader* para o formato do *Microsoft Office World* por meio do programa online *smallpdf.com* inserindo-se, posteriormente, no *software* para o seu processamento.

Para cada resumo, denominou-se um texto ou UCI (Unidade de Contexto Inicial). Após o reconhecimento da UCI, na análise, o programa a converte em segmentos de texto ou UCE (Unidade de Contexto Elementar) que se constitui na enunciação da palavra dando origem à unidade de texto ou UC (Unidade de Contexto) sobre a qual realizam-se os cálculos estatísticos. As linhas de comando que precederam e codificaram cada texto compõem-se das variáveis: identificação do artigo (n), descritor, ano de publicação e local do estudo. Dentre as análises possíveis, utilizaram-se de: 1) estatísticas descritivas; 2)

Classificação Hierárquica Descendente (CHD) apresentada em forma de dendrograma e 3) Unidade de contexto (*corpus* colorido) representativa de cada classe.

RESULTADOS

Fase 5 - sistematização da revisão integrativa. Descrevem-se a amostra, a estatística do *corpus*, a CHD representada no dendrograma, a análise e a interpretação das classes e excertos representativos de cada uma.

Descrição da amostra

Observou-se que a maioria dos estudos selecionados se desenvolveu no Brasil nos quais privilegiaram-se a abordagem quantitativa e a temática da alimentação saudável. O ano de publicação, entre 2005 a 2013, o critério *CASP*, entre seis e oito, e o idioma prevalente, o português, conforme a figura 3.

Características	(n)	Identificação do artigo
Nível de evidência (rigor metodológico)		
CASP = 8	5	26, 27, 33, 35,39
CASP = 7	8	22,35,29,30,34,36,39,41
CASP = 6	7	23,24,38,31,32,37,38
Tipo de abordagem metodológica		
Quantitativa	15	22,23,24, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 38,39, 40
Qualitativa	3	28,29,41
Quanti-qualitativa	2	23, 30
País de Origem		
Brasil	13	23,24,25,26,27,28,29,30,31, 32,33, 36,40
Espanha	3	28,29,30
Portugal	2	34, 35
Chile	1	22
Colômbia	1	37
Temática		
Saúde alimentar	5	23,26,28,30,35
Saúde bucal	4	22, 24,27,39
Saúde sexual/DST/AIDS	2	29,40
Tabagismo, álcool e drogas	2	35,38
Violência doméstica	2	33,40
Educação postural	2	25, 32
Bullying	1	34
Saúde do professor	1	30
Ação Intersectorial	1	37
Total	20	

Figura 3. Distribuição quantitativa das características da amostra analisada. Recife (PE), Brasil, 2016.

Estatística da amostra

O *corpus* textual refere-se aos 20 resumos dos artigos selecionados, processados no *software* IRAMUTEQ, que se dividiram em 115 UCI das quais consideraram-se (70) 61% para CHD e analisaram-se 4120 palavras com frequência igual ou maior que três.

Na primeira partição do *software*, identificaram-se dois *subcorpus*: o I, que correspondeu a 51,4% das UC e sofreu uma segunda partição, formando-se as classes I e IV, e o *subcorpus* II, com 48,6% das UC. E também houve uma segunda partição na qual formaram-se as classes III e II, nesta ordem. Os *subcorpus* e as classe apresentam-se na classificação hierárquica descendente (CHD)

na forma gráfica de um dendograma (Figura 1).

Nomearam-se os *subcorpus* e as classes dedutivamente por meio das relações hierárquicas das palavras em cada classe representadas na CHD.

Verificou-se que a CHD das palavras e o valor do χ^2 representam o nível de associação da destas com a classe e o *subcorpus*. Dessa forma, e por meio da análise léxica de cada palavra, permitiu-se caracterizar as ações de educação em saúde representadas por cada uma das quatro classes e dos dois *subcorpus*.

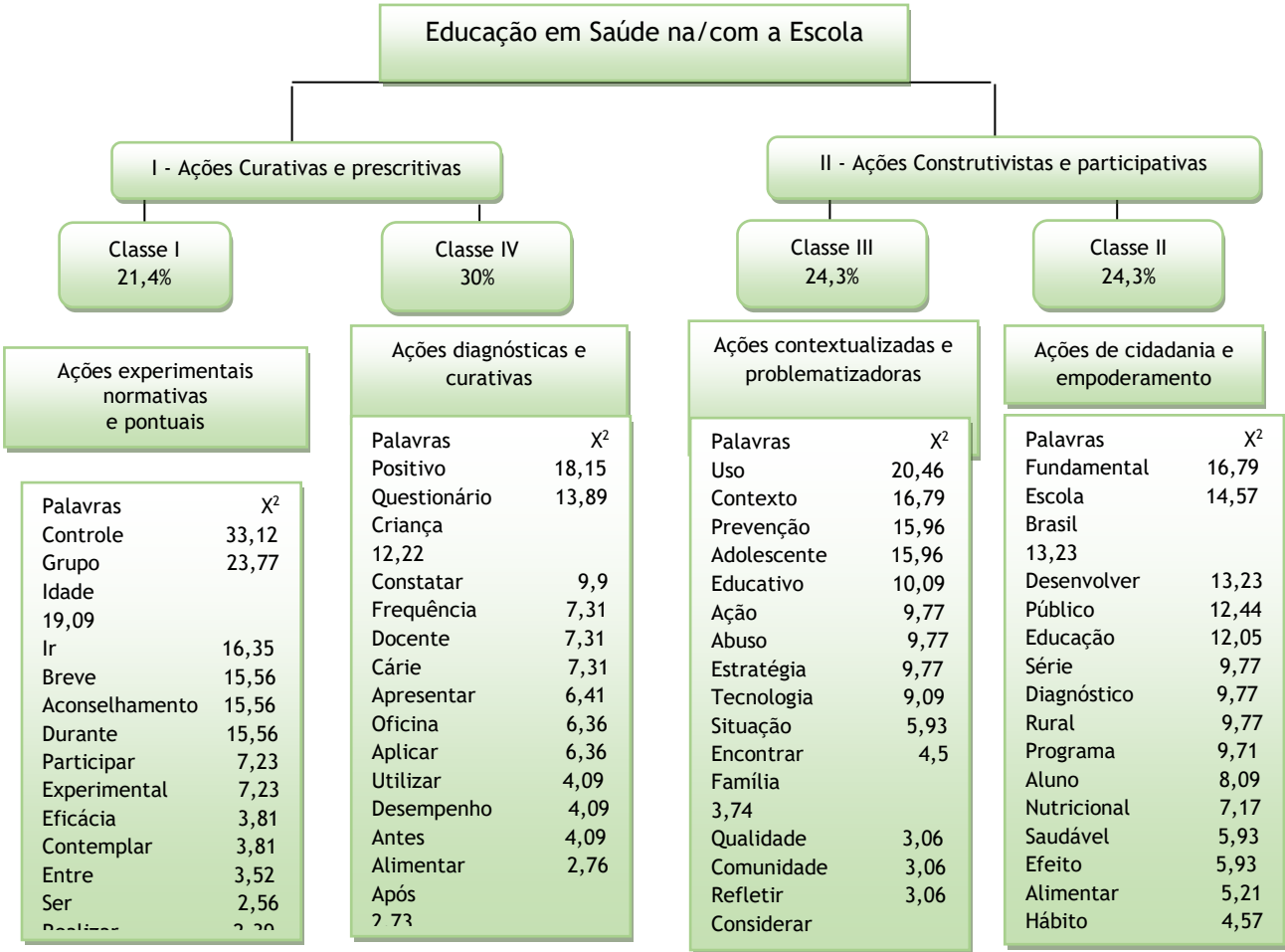


Figura 4. Dendograma da classificação hierárquica descendente. Recife (PE), Brasil, 2016

Subcorpus I - Classe I

Esta classe constituiu-se por 21,4% do *corpus* de estudo. Nos excertos, evidenciou-se que as ações de prevenção objetivaram medir seu impacto e eficácia. Essas ações instrumentalizavam-se por meio de folhetos, objetos e materiais educativos utilizando-se de palestras para socializá-las durante os encontros. Nos estudos, evidenciam-se mudanças de comportamento para hábitos mais saudáveis no período de intervenção, porém, estas mudanças não se prolongaram por muito tempo. O envolvimento da escola deu-se basicamente para compor os grupos de intervenção e controle. Os estudos desenvolveram-se por docentes de Instituições de Ensino Superior.

Os objetivos do estudo foram medir a eficácia do aconselhamento apoiado por folheto educativo e estudar a progressão de fumar, uma maior eficácia não foi observada no grupo da intervenção que usou o folheto. (Artigo 22)

Após um período de descontinuidade de 2,5 anos, no ano letivo de 2002 e 2003, programas de selante de fissura e verniz fluoretado não mostram influência significativa na qualidade da saúde bucal. (Artigo 23)

Subcorpus I - Classe IV

A classe IV concentrou o maior percentual de *corpus*. As palavras remetem a intervenções diagnósticas na população infantil e nos professores. Nos estudos selecionados, identificam-se ações de aplicação e prescrição de tratamentos,

condutas terapêuticas, avaliação de desempenho escolar, de hábitos alimentares e saúde bucal, capacitação de pais e professores para atuarem como modelos a serem copiados por filhos e alunos. Essas ações diferiram-se da classe I por não ter trabalhado com grupos de controle.

A aferição da cárie e gengivite se deu por exame clínico bucal no início e ao final do estudo. O padrão alimentar foi obtido pela aplicação de um questionário, a doença cárie foi constatada em 58,5% das crianças. (Artigo 24)

A intervenção se baseou no pressuposto de que as crianças precisam ser reforçadas de modo frequente, contingente, intenso, diferenciado e sistemático e que os pais precisam agir como modelos adequados para seus filhos, sendo treinados para manter e instalar comportamentos. (Artigo 25)

Subcorpus II - Classe II e III

Nessas duas classes, apresentaram-se propostas semelhantes nas quais o envolvimento dos participantes foi a condição para a sua execução. Concentraram-se ações envolvendo a comunidade escolar considerando o contexto onde a escola estava inserida. Destacam-se duas estratégias educativas construtivistas: a educação popular e o círculo de cultura de Paulo Freire em que os participantes se envolveram em temáticas de seu interesse atuando de forma reflexiva, valorizando seu conhecimento e proporcionando envolvimento na identificação de suas necessidades.

Na classe III, desenvolveram-se ações voltadas à saúde do adolescente discutindo-se questões de gênero e sexualidade. Ainda foram realizadas ações pedagógicas junto aos professores para o enfrentamento de problemas de violência familiar percebidos na sala de aula.

Realizamos oficinas de Promoção da Saúde, a partir da abordagem dialógica freireana, círculo de cultura, com intuito de contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão dos adolescentes no ato de cuidar-se e serem protagonistas. (Artigo 27)

Na classe III, concentraram-se estudos onde desenvolveram-se a percepção do papel social da escola e a valorização da comunidade proporcionando reconhecimento e autoestima. Apontaram-se necessidades de ações intersetoriais que aproximassem escola e comunidade. Os excertos seguintes dos estudos destacados no *corpus* colorido exemplificam essa classe.

Ação educativa problematizadora a partir de elementos do contexto...refletiam o

cotidiano e valorizava o trabalho...a identidade cultural...criar um programa de educação alimentar e nutricional fortalecendo a autoestima das famílias. (Artigo 29)

Procuraram alternativas de solução à problemática encontrada através da participação comunitária, a educação em saúde e a construção de alianças entre comunidade educativa, setor saúde, educação e autoridades municipais. (Artigo 30)

DISCUSSÃO

Nesta revisão, as ações de saúde desenvolveram-se de duas formas em proporção quantitativa, entretanto, seguindo modelos pedagógicos que se contrapõem em forma e conteúdo.

Encontram-se, no *subcorpus* I, intervenções que se sustentam no modelo biológico, assistencialista e prescritivo presente no *modus operandi* do setor saúde, identitárias com a origem da saúde escolar, da polícia médica e do sanitarismo, nas quais interviam-se com prescrições de regras de salubridade e de hábitos saudáveis medicalizando-se as ações da saúde na escola.^{1,12} As ações utilizaram-se, principalmente, de dados clínicos e a quantificação de sinais e sintomas com o interesse na avaliação da eficácia dos procedimentos. Observaram-se, ainda, ações baseando-se em pressupostos saudáveis e de normalidade com prescrição de regras, comportamentos e modos de viver. Esse modo de fazer tem ressonância na literatura onde a escola relata que não se sente partícipe desse modelo de educação em saúde, o que poderia explicar o fato de não se obterem mudanças permanentes nos hábitos e comportamentos de promoção à saúde da comunidade escolar.¹²

Em estudo realizado no ano de 2013, em escolas municipais do Estado de Minas Gerais, verificaram-se resultados semelhantes nos quais as ações do Programa de Saúde na Escola - PSE concentraram-se, principalmente, em avaliações clínicas realizadas pelos profissionais da Atenção Básica com pouca ou nenhuma participação da comunidade escolar na definição dessas ações.^{13,15} Tanto o profissional de saúde, quanto o professor mantêm a concepção de que está, na saúde, a responsabilidade das ações de educação em saúde na escola e os professores sentem-se destituídos dessa responsabilização.^{15,19}

Em análise sobre a saúde escolar na América Latina, observou-se essa prática do setor saúde na escola¹¹ corroborando achados desta revisão na qual a maioria dos estudos selecionados concentrou-se na América

Latina. Aponta-se, como um dos aspectos prováveis para esse fazer da saúde, a precária discussão sobre a promoção da saúde no currículo da graduação e na educação continuada dos profissionais de saúde e da educação, destacando-se que nessa última raramente contemplam-se conteúdos de saúde^{11,18-19}.

Para se contrapor a esse modelo, encontrou-se significativa quantidade de estudos na qual as ações educativas foram desenvolvidas com o envolvimento da comunidade escolar. Ainda que disparada por atores externos à escola, a utilização de metodologias problematizadoras, partindo-se do conhecimento prévio dos integrantes da escola, constituiu-se como outra forma de fazer. Um modelo metodológico no qual as intervenções não chegam prontas e padronizadas para ser aplicadas.

Foram ações onde promoveram-se discussões e reflexões de alunos, professores e familiares identificando-se necessidades e protagonizando-se seu enfrentamento. Essa forma de atuação na escola coincide com o modelo de educação em saúde da EPS⁴ tendo-se, como referências, o conceito de promoção da saúde e o conceito ampliado de saúde avançando-se para uma concepção integral do ser humano considerando seu contexto social e político.³ A EPS introduziu uma nova práxis da educação em saúde na escola na qual a comunidade escolar é partícipe da identificação de seus problemas e das estratégias de solução.¹⁷

Em estudo realizado nas escolas estaduais brasileiras em 2002, avaliando-se as ações de saúde desenvolvidas pela própria escola, verificou-se que a maioria das ações se focou nas necessidades apontadas pela comunidade escolar destacando-se questões pedagógicas de como abordar temas sociais e de saúde pelos professores em suas disciplinas.¹⁵

A escola tem competências para desenvolver ações de educação em saúde, preconizadas enquanto tema transversal nas Diretrizes Nacionais Gerais da Educação Básica, sugerindo-se, ainda, a parceria com a área da saúde. Entretanto, estudos são escassos trazendo essa análise. A articulação entre saúde e educação posta-se como um desafio prioritário na agenda da saúde escolar e ações desenvolvidas nas escolas, que não são demandadas/apontadas/discutidas com a escola, não devem prevalecer.^{13-14,18}

CONCLUSÃO

Percebe-se que as ações de educação em saúde no espaço escolar dividiram-se em dois modelos opostos. Entretanto, como visto

nesta revisão, quantitativamente proporcionais entre os dois modelos, o que projeta um avanço nas concepções metodológicas construtivistas iniciadas no início do século XX.¹⁻³

Entretanto, as ações de educação em saúde centradas no modelo biológico ainda prevalecem protagonizadas por profissionais de saúde dos serviços locais e por docentes de IES em saúde que geralmente adentram as escolas sozinhos ou em grupos uniprofissionais.

Destaca-se, ainda, que ações de saúde desenvolvidas pela própria escola são pouco conhecidas não permitindo a avaliação dessa potencialidade.

Conclui-se que, apesar dos avanços, a maioria das ações de educação em saúde desenvolve-se “na” escola sem o efetivo envolvimento da comunidade escolar. Contudo, registra-se o crescimento de ações do mesmo campo nas quais investe-se na inclusão da comunidade escolar permitindo-se, dessa forma, a construção de ações e projetos “com” a escola.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. Health at school: a brief history. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 Mar; 15(2):397-402. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200015>
2. Lima GZ. Saúde escolar e educação. São Paulo: Cortez; 1985.
3. Harada J, Mattos PCA, Pedroso GC, Moreira AMM, Guerra AB, Silva CS, et al. Introdução. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola Promotora de Saúde [Internet]. Brasília: SBP; 2003 [cited 2018 Mar 18]. Available from: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/cadernosbpfinal.pdf
4. Ministério da Saúde (BR), Organização Pan-Americana da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2018 Mar 21]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2018 Apr 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_prevencao_escolas.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Caderno do Gestor do PSE [Internet]. Brasília: Ministério

da Saúde; 2015 [cited 2018 Apr 02]. Available from:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf

7. Cooper HM. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Rev Educ Res.* 1982 June; 52(2):291-302. Doi: <https://doi.org/10.3102/00346543052002291>

8. Public Health Resource Unit. The Critical Skills Appraisal Programme: making sense of evidence: 10 questions to help you make sense of reviews [Internet]. England: Public Health Resource Unit; 2006 [cited 2018 Apr 18]. Available from:

<http://www.cfkr.dk/images/file/CASP%20instrumentet.pdf>

9. Reinert M. Classification descendante hiérarchique et analyse lexicale par contexte: application au corpus des poésies d'Arthur Rimbaud. *Bull Method Sociol.* 1987 Jan;13(1):53-90. Doi:

<https://doi.org/10.1177/075910638701300107>

10. Reinert M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de Gerard de Nerval. *Bull Method Sociol.* 1990 Mar; 26(1):24-54. Doi:

<https://doi.org/10.1177/075910639002600103>

11. Cerqueira MT. A construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In: Ministério da Saúde (BR), Organização Pan-Americana da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2018 Mar 21]. Available from:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf

12. Meira MEM. For a critique of medicalization in education. *Psicol Esc Educ.* 2012 Jan/June; 16(1):135-42. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572012000100014>.

13. Silva KL, Sena RR, Gandra EC, Matos JAV, Coura KRA. Health promotion in the school health programme and nursing inclusion. *REME Rev Min Enferm.* 2014 July/Sept;18(3): 614-22. Doi: 10.5935/1415-2762.20140045

14. International Union For Health Promotion and Education. Construindo escolas promotoras de saúde: diretrizes para promover a saúde em meio escolar [Internet]. Saint-Denis Cedex: IUHPE; 2009 [cited 2018 May 18]. Available from:

https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/iuhpe_hps_guidelinesii_2009_portuguese.pdf

15. Valadão MM, Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da Saúde na Escola: repercussões nas secretarias de educação do

Brasil. In: Ministério da Saúde (BR), Organização Pan-Americana da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2018 Mar 21]. Available from:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf

16. Ferreira IRC, Vosgerau DSR, Moyses SJ, Moyses ST. Normative measures of the Health in the School Program: content analysis associated with ATLAS TI software. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012 Dec; 17(12):3385-98. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200023>

17. Silva MA. Promoção da saúde na escola: brincar e construir uma nova práxis. In: Ministério da Saúde (BR), Organização Pan-Americana da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2018 Mar 21]. Available from:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf

18. Faria FHP, Aguiar AC, Moura ATMS, Souza LMBM. Perceptions of professionals in family health and in education about health promotion in the school environment. *Rev APS* [Internet]. 2013 Apr/June [cited 2018 May 12]; 16(2):158-64. Available from:

<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1828/716>

19. Besen CB, Souza Netto M, Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde Soc.* 2007 Jan/Apr; 16(1):57-68. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000100006>

20. Ministério da Educação (BR), Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 1998 [cited 2018 Apr 02]. Available from:

<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/ttransversais.pdf>

21. Ministério da Educação (BR), Secretaria de Educação Básica, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Conselho Nacional da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2013 [cited 2018 Mar 03]. Available from:

<http://portal.mec.gov.br/docman/julho-2013-pdf/13677-diretrizes-educacao-basica-2013-pdf/file>

22. Galbea J, Traver P, Navarra B, Martínez A, Galvee Z, Aliaga Y, et al. Consejo breve para la prevención del tabaquismo en escolares de 2.º a 4.º de Educación Secundaria Obligatoria de Zaragoza. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2009 Jan/Mar [cited 2018 Apr 18]; 11(41):49-6. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n41/4_origi nal3.pdf
23. Iglesias CH, Atienza MBP, Bravo M, Sánchez EP, Soto EM, Rodríguez MPG. Impact of public preventive programmes on oral quality of life of 11 to 12-yr-old school students. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007; 12:E408-11.
24. Badalotti TS, Weigert KL, Bos AJG. Effect of a health education program in the oral health profile of preschool children: an experience in the public network of Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2013 Jan/Mar [cited 2018 Mar 21];26(1):102-9. Available from: <http://www.bioline.org.br/pdf/bh13027>
25. Cia F, Barham EJ, Fontaine AMGV. Impacts of a parent intervention program: their children's academic achievement and classroom behavior. *Psicol Reflex Crít*. 2010;23(3):533-43. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000300014>
26. Xavier IALN, Santos ACO, Silva DM. Vocal health of teacher: phonoaudiologic intervention in primary health care. *Rev CEFAC*. 2013 July/Aug;15(4):976-85. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013000400027>
27. Beserra EP, Araújo MFM, Barroso MGT. Health promotion in transmissible diseases: an investigation among teenagers. *Acta Paul Enferm*. 2006 Oct/Dec; 19(4):402-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000400006>
28. Moreno-Manso JM, Sánchez MEGB, Blázquez-Alonso M. Application of a child abuse prevention programme in an educational context. *Ann Psicol*. 2014 Oct; 30(3):1014-24. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.154231>
29. Boog MCF. Nutrition education program in a rural elementary school. *Rev Nutr*. 2010 Nov/Dec;23(6):1005-17. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000600007>
30. Cárdenas LMC, Cárdenas CCS, Cely NAA. Implementación de la estrategia escuela saludable. Una alianza intersectorial. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2010 Nov [cited 2018 Apr 12];28(3):428-34. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v28n3/v28n3a13.pdf>
31. Navarrete C A, Burgos A A. Programa de higiene bucal, y su impacto en flora bacteriana. *Rev Chil Pediatr*. 2008 June; 79 (3): 267-71. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000300004>
32. Botelho LP, Zanirati VF, Paula DV, Lopes ACS, Santos LC. Promotion of a healthy nutrition for school children: learning and perceptions of an operative group. *Nutrire: Rev Soc Bras Aliment Nutr* [Internet]. 2010 Aug [cited 2018 Apr 18]; 35(2):103-16. Available from: http://sban.cloudpapel.com.br/files/revistas_publicacoes/288.pdf
33. Benini J, Karolczak APB. Benefits of a posture education program for schoolchildren in the city of Garibaldi, RS. *Fisioter Pesq*. 2010 Oct/Dec;17(4): 346-51. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502010000400012>
34. Cavalcanti LA, Carmo Júnior TR, Pereira LA, Asano RY, Garcia MCL, Cardeal MVL, et al. Effects of an intervention in schoolchildren to promote a healthful alimentary habits. *R Bras Ci e Mov* [Internet]. 2011 [cited 2018 Apr 18]; 20(2):5-13. Available from: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/2408/2247>
35. Santos NML, Maders C, Lemos VMA, Ziembowicz LF Baron. The Impact of the Preventive and Educational Program of the Viçosa Family Health Unit in Oral Health of Schoolchildren. *Rev Fac Odontol* [Internet]. 2010 Jan/Apr [cited 2018 Apr 10]; 50(2):15-9. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/viewFile/18413/17359>
36. Gabriel CG, Santos MV, Vasconcelos FAG. Evaluation of a program to promote healthy eating habits among schoolchildren in the city of Florianópolis, State of Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008 July/Sept; 8(3): 299-308. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000300009>
37. Foltran FA, Moreira RFC, Komatsu MO, Falconi MF, Sato TO. Effects of an educational back care program on Brazilian schoolchildren's knowledge regarding back pain prevention. *Rev Bras Fisioter*. 2012 Mar/Apr;16(2):129-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000023>
38. Mendes CS. Preventing school violence: an evaluation of an intervention program. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 June; 45(3):581-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000023>

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300005>

39. Barroso TMMDA, Mendes AMOC, Barbosa AJF. Prevention program of use/abuse of alcohol in school-aged adolescents: stop to think. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2013 July/Sept; 17(3):466 - 73. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300009>.

40. Yokota RTC, Vasconcelos TF, Pinheiro ARO, Schmitz BAS, Coitinho DC, Rodrigues MLCF. "Promotion of healthy eating habits by schools" study: comparison of two nutrition education strategies in the Federal District of Brazil. Rev Nutr. 2010 Jan/Feb;23(1):37-47. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000100005>

41. Gubert FA, Santos ACL, Aragão KA, Rodrigues DCP, Vieira NFC, Pinheiro PNC. Educational technology in the school context: strategy for health education in a public school in Fortaleza-CE Rev eletrônica enferm [Internet]. 2009 [cited 2018 Mar 01];11(1):165-72. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf>

Submissão: 09/01/2018

Aceito: 10/05/2018

Publicado: 01/06/2018

Correspondência

Ana Wlândia Silva de Lima

Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Universidade Federal de Pernambuco

Av. Professor Moraes Rego, 1235

Bairro Cidade Universitária

CEP: 50670-901 – Recife (PE), Brasil