

A saúde do escolar cuidada por práticas governamentais: reflexos para a aprendizagem

Health of school children cared by government practices: Reflections for learning

Morgana Christmann¹

Silvia Maria de Oliveira Pavão¹

Resumo

Educar e cuidar são tarefas indissociáveis e indispensáveis em uma sociedade com diferentes realidades sociais e que necessita de subsídios concretos para a saúde de sua população, em especial a escolar. Torna-se imperativo discutir e compreender o Programa Saúde na Escola como uma ferramenta na aprendizagem, desenvolvimento e crescimento da criança em idade escolar a partir das conceituações de saúde e educação a fim de se repensarem práticas pedagógicas na saúde e na educação. O objetivo deste estudo é valorar o papel de articulação entre saúde e educação na escola por meio do Programa Saúde na Escola na perspectiva do cuidado integral. O estudo qualitativo do tipo documental teve por material de análise documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Educação, e a análise foi realizada por meio da análise de conteúdo. A articulação entre saúde e educação é essencial e motivo pelo qual o Programa Saúde na Escola é uma estratégia que favorece a educação para saúde e em saúde.

Palavras-chave: Aprendizagem. Educação. Saúde do escolar.

Abstract

Educating and caring are inseparable and indispensable tasks in a society with different social realities and in need of specific health assistance, particularly schoolchildren. It is imperative to discuss and understand the Programa Saúde na Escola as a tool for the learning, development and growth of schoolchildren from the concepts of health and education to rethink teaching practices in health and education. The objective of this study is to value the role of health and education at school through the Programa Saúde na Escola from the perspective of comprehensive care. This qualitative and documental study analyzed official documents from the Ministério da Saúde e da Educação. The analysis was conducted through content analysis. The connection between health and education is essential in the contemporary society, which is why the School Health Program is a strategy that promotes education and health.

Keywords: Learning. Education. Health of schoolchildren.

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação. Av. Roraima, 1000, Prédio 16, Sala 3169, Cidade Universitária, Camobi, 97105-900, Santa Maria, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M. CHRISTMANN. E-mail: <fisiomorganac@gmail.com>.

Introdução

A educação e a saúde como direitos garantidos em lei (Brasil, 1988, 2007) têm uma íntima e estreita relação, já que para haver saúde é necessária a educação de modo reversivo e sucessivo. Cuidar, como característica atribuída à condição humana, é uma tarefa compartilhada entre os diversos setores sociais, dentre eles a escola, que tem papel fundamental nesse ato. De acordo com Melo e Ferreira (2009), cuidar e educar são tarefas indissociáveis, e é com base nesse pressuposto que este artigo é estruturado.

A saúde é entendida como um estado de bem-estar em que fatores como educação, alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, acesso a bens, serviços e lazer são fatores determinantes de sua condição (Brasil, 1990a, 1990b). Tendo isso em vista, pensar a educação dos escolares requer estender o olhar para suas condições de saúde, já que estas interferem no pleno desenvolvimento intelectual, como elucidado por Brasil (2001), Cardoso *et al.* (2008), Barbosa Filho *et al.* (2012).

No cenário da assistência, um dos níveis de atenção à saúde, as crianças que apresentam doenças ou problemas de saúde recorrentes que não se caracterizam como doença crônica têm amparo legal para atendimento pela classe hospitalar e adaptação escolar. Além disso, estão assistidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) (Brasil, 2007), o qual trabalha a prevenção das doenças e direciona a atenção à saúde para os órgãos competentes, a saber: Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS).

O Programa Saúde na Escola, instituído no ano de 2007, lança um olhar sobre a prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida das crianças e dos adolescentes matriculados nas escolas que aderiram ao programa. A articulação entre saúde e educação proposta pelo PSE é uma importante ferramenta de promoção de saúde como estratégia para a melhoria da qualidade de vida da população em geral (Brasil, 2007).

Nesse sentido, torna-se imperioso refletir sobre o conceito ampliado de saúde e seus determinantes e sobre a relação entre saúde e educação como estratégia fundamental de melhoria das condições de saúde e também como fator determinante da qualidade de vida e de aprendizado da criança e do adolescente em idade escolar. Diante do exposto, questiona-se a importância da articulação entre saúde e educação por meio do PSE para a aprendizagem da criança e do adolescente.

É importante observar que a compreensão de saúde neste artigo abarca mais do que doenças, sejam elas do tipo agudas ou crônicas; refere-se às questões relacionadas aos determinantes da saúde que estão envolvidos no desenvolvimento da criança e do adolescente.

Tomando como base os conceitos de saúde, educação e aprendizagem, este artigo tem como objetivo valorar o papel da articulação entre saúde e educação na escola por meio do PSE na perspectiva do cuidado integral, bem como apresentar reflexões sobre a contribuição desse programa como uma ação governamental para o aprendizado dos escolares.

Método

A pesquisa qualitativa desenvolvida e aqui apresentada caracteriza-se como do tipo documental, delimitação que permite explorar documentos oficiais que auxiliam a reflexão sobre o tema proposto. A pesquisa documental é caracterizada pela utilização de documentos como fonte de coleta e análise de dados. Podem ser utilizados publicações oficiais, documentos, vídeos, filmes, revistas, artigos e livros nos quais se busca identificar informações sobre determinado fato de interesse da pesquisa, partindo das hipóteses iniciais (Ludke & André, 2001).

Na pesquisa documental é indispensável esgotar todas as possibilidades de diferentes materiais, os quais serão utilizados na constituição de um *corpus* satisfatório acerca do tema de pesquisa (Cellard, 2010). Para desenvolver as reflexões do presente estudo, foi utilizado como material de coleta

de dados o Decreto nº 6.286, de 25 de dezembro de 2007, que institui o PSE e suas portarias, assim como a Política Nacional da Atenção Básica do ano de 2012 (Brasil, 2007, 2012a). A análise dos referidos documentos legais foi realizada por meio da Análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011). Nesse sentido, a análise dos documentos foi determinada *a priori*. A definição do *corpus* seguiu as regras de *exaustividade* seguida pela de *não seletividade*. As regras são justificadas ao considerar a legislação vigente no período e o objeto primário de análise (saúde/ escola).

Para tratamento dos resultados e interpretação, foi realizado o processo de *codificação*; para a análise categorial, optou-se pela *classificação e agregação*, com escolha por quatro categorias: (1) conceitos de saúde, educação e aprendizagem, (2) Programa Saúde na Escola, (3) panorama nacional do Programa Saúde na Escola, (4) promovendo a saúde do escolar e a aprendizagem.

Deve-se considerar, no plano de análise da documentação legal, que no processo de análise categorial foi utilizada uma variação da *análise de asserção avaliativa* a fim de se extraírem aspectos considerados positivos e negativos da legislação em análise e as consequências para a aprendizagem na escola (Bardin, 2011).

Resultados e Discussão

Constituído o *corpus* e extraídas as categorias, foi possível delinear o PSE e, por fim, apresentar suas contribuições tanto na saúde quanto na aprendizagem na escola, considerando o conceito ampliado de saúde na perspectiva do cuidado integral.

Definindo conceitos de saúde, educação e aprendizagem

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como o estado de 'completo' bem-estar físico, mental e social, vislumbrando a transcendência da saúde em relação à doença (Czeresnia *et al.*, 2013). Entretanto, esse conceito mostra-se restrito e utópico,

pois se entende que o completo bem-estar físico, mental e social está distante de ser alcançado, como mostram as desigualdades socioeconômicas dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, principalmente, bem como a distinta percepção que cada indivíduo tem sobre seu bem-estar.

O processo da Reforma Sanitária Brasileira, que teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, possibilitou a reestruturação do conceito de saúde e a ampliação do olhar para os fatores sociais envolvidos com as condições de saúde da população. A Constituição de 1988 refletiu no conceito de saúde o ambiente político de redemocratização do país, apresentando a saúde como um dever do Estado, e atribuiu o nível de direito igualitário para todas as pessoas. No texto da constituição

[...] 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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p.37).

De acordo com Batistella *et al.* (2008), o grande mérito dessa concepção de saúde está no fato de explicitar os determinantes sociais da saúde e da doença, que muitas vezes eram negligenciados nas concepções que privilegiavam a abordagem individual e subindividual. Uma revisão da Lei 8080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, no ano de 2013, refere que a saúde reflete as condições sociais e econômicas de um país e que esta tem como:

[...] determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 2013a, *online*).

Esse conceito ampliado de saúde compreende a necessidade do acesso aos diversos serviços públicos por parte da população. No entanto, alcançar a saúde e qualidade de vida em sua plenitude, sob a

égide do sistema econômico capitalista em que o país vive, é tarefa de cada pessoa: cada um tem inteira responsabilidade sobre seus fracassos e sucessos, eximindo o Estado de assumir encargos que seriam de sua alçada.

Para Dalmolim *et al.* (2011), o conceito de saúde é amplo, dinâmico e complexo e está em constante transformação já que envolve as relações econômico-sociais da população em sua definição, e, da mesma forma, a percepção de cada um sobre a sua situação de vida e saúde.

Já o cuidado, que está imbuído no conceito de saúde, é entendido como um ato que vai além de tratar uma lesão ou doença; é compreendido como uma forma de relacionamento com o outro, no qual a atenção dispensada e zelo são mais profundos. De acordo com Boff (1999, p.33), cuidar representa “uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro, que caracteriza responsabilizar-se plenamente pelo cuidado prestado ao outro”. Essa tarefa pode ser ou é desempenhada pela quase totalidade dos educadores, sendo também prevista na legislação em análise. Esse é um aspecto positivo uma vez que está contemplado tanto na legislação como na política, mas talvez não sejam observadas as consequências desse cuidado na saúde e na aprendizagem dos escolares.

Com base no conceito de saúde, o cuidado integral é entendido como um eixo indispensável das ações de atenção à saúde, visto que a integralidade da assistência é um dos princípios básicos do SUS. Dessa forma, o cuidado integral abrange todas as ações necessárias à efetividade da atenção à saúde e de seus determinantes.

A integralidade da Atenção Básica como um dos princípios norteadores do SUS, quando efetiva, é uma forma de garantir o atendimento para todas as necessidades do usuário. Entretanto, a integralidade não se caracteriza apenas pelo acesso integral, mas também pelo acolhimento, fator indispensável no cuidado em saúde e determinante também na qualidade do serviço e saúde.

Promover saúde de forma integral, equitativa e universal não deixa de ser um processo educacional

que se inicia na infância (em casa, na escola), onde todos os atores sociais estão envolvidos (profissionais, pais, filhos, sociedade, poder público). Por isso, saúde e educação são conceitos estreitamente articulados e merecem atenção das pesquisas na atualidade, principalmente para repensar o cuidado em saúde.

A educação, por sua vez, abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), a educação é tarefa compartilhada entre estado, família, escola e sociedade, sendo obrigação do estado garantir o sistema, e dever da população frequentá-lo, aderir-lhe (Brasil, 2013b).

A educação é compreendida como a capacidade de criar, intervir, dialogar, transformar o homem em ser autônomo e livre (Freire, 1996). As tarefas de educar, tanto na família como na comunidade e na escola, nesse contexto em que se imbricam estado e as instituições que o constituem, implicam a organização de práticas que estejam pautadas também no conceito de cuidado, que remete estruturas governamentais e sujeitos partícipes à essência do ser humano, e, portanto, a práticas de cuidado humanizadas.

Em relação a essas práticas em que se identificam dificuldades ou problemas no aprender do escolar que podem repercutir na saúde, Fernandez (2001) explica que na produção desses problemas intervêm fatores socioeconômicos, educacionais, emocionais, intelectuais, orgânicos e corporais, sendo, portanto, uma realidade complexa, alienante e imobilizadora que exige de um grupo de pais, professores, profissionais da área da saúde e da própria sociedade um olhar que transcenda o explicitado nas práticas de cuidado na educação e na saúde. Nesse contexto, parece não estar presente na legislação e na política a atenção individualizada, aquela que permite uma compreensão de subjetividades que se constituem no âmago das relações sociais e na qual a instituição escola tem um preponderante papel.

Nessa conjuntura, e para atender a essas subjetividades, é fundamental definir o que é problema e dificuldade de aprendizagem e o que é problema de saúde. De acordo com Fernandez (2001), problema e dificuldade de aprendizagem definem-se por um conjunto de fatores que interferem na aprendizagem. Os fatores intervenientes abarcam as dimensões socioambientais, individuais e culturais. Já o termo problema de saúde comumente é referido como a presença de doença. No entanto, aqui ele é entendido em seu sentido amplo, que envolve os determinantes de saúde anteriormente citados.

Tendo por base essas conceituações, a estreita relação entre saúde e educação está previamente elucidada, mas não esgotada, já que a educação é um fator determinante da saúde e uma forma de buscar por meio individual (no contexto socioeconômico capitalista) a prevenção de agravos à saúde como responsabilidade do estado (garantida em lei) e também do próprio ser humano. Alguns desses fatores estão contemplados na legislação, por vezes, em um único artigo: “contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos” (Brasil, 2007, *online*). Entretanto, considerados os oito anos da publicação do decreto, ainda se evidencia a necessidade de tratar essas questões e de um redimensionamento, principalmente pela natureza essencialmente dinâmica que envolve a educação e a saúde.

Programa saúde na escola

Muitas das questões de saúde precisam ser tratadas com certa pontualidade ou especificidade: esse é o caso, por exemplo, das epidemias. O contexto das epidemias de varíola e de febre amarela no Brasil, por volta dos anos de 1850, trouxeram diferentes necessidades para o País, já que, em meio ao processo de industrialização, novas estratégias de saúde pública precisaram ser desenvolvidas para conter as epidemias e garantir melhores condições de saúde para que os trabalhadores continuassem a produzir.

As crianças, nesse cenário, estavam mais vulneráveis a essas doenças assim como a outras,

como diarreia, sarampo, tétano, coqueluche e difteria, que acabavam por levar à morte, pois não existiam tratamentos adequados, nem mesmo condições de higiene. Por esse fato, diferentes estratégias para a higiene do escolar começaram a ser lançadas com o objetivo de prevenção e de aquisição de novos hábitos (Figueiredo *et al.*, 2010).

Mais tarde, já no século XX, a evolução técnico-científica vem proporcionar novas experiências para repensar a saúde do escolar, tendo sido criada a Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), que teve o conceito de saúde definido na Carta de Ottawa (Organização Pan-Americana de Saúde, 1986). Essa carta preconizava que os indivíduos deveriam ser capacitados para ter maior controle sobre sua saúde, desde a prevenção até a reabilitação, ou seja, atribuía a cada um a responsabilidade sobre sua saúde (Figueiredo *et al.*, 2010).

Já a Regional Escolas Promotoras de Saúde, que precedeu o PSE, tinha como objetivo articular os setores da saúde, educação e sociedade, atribuindo a eles a tarefa de identificar as necessidades e os problemas de saúde, definindo estratégias e abordagens de enfrentamento conjunto, tendo como base o conceito de integralidade da atenção e cabendo à sociedade a parceria com os setores de saúde para seu enfrentamento (Figueiredo *et al.*, 2010).

O Programa Saúde na Escola surgiu no contexto da redefinição das políticas de saúde para Atenção Básica com o Pacto pela Saúde (2006) e com expansão do então chamado Programa de Saúde da Família (PSF) (Brasil, 2006). Nessa conjuntura, a Política Nacional de Atenção Básica foi desenvolvida pela necessidade de se revisarem e adequarem as políticas de saúde no Brasil, haja vista as transformações sociais com base nas estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde, seguindo as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade da atenção (Brasil, 2006).

O Programa Saúde na Escola é uma política intersetorial e foi instituído pelo Decreto nº 6.286/07, tendo por objetivo “contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde”, assim como fortalecer

a articulação entre saúde e educação para a formação integral dos estudantes, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública básica de ensino (Brasil, 2007, *online*). O público-alvo dessa política são estudantes da Educação Básica, Educação Infantil, gestores, profissionais da educação e saúde, estudantes de cursos de educação tecnológica da rede federal de ensino e da Educação de Jovens e Adultos (EJA).

O Programa Saúde na Escola é uma estratégia de integração e articulação permanente entre saúde e educação, e a busca pela qualidade de vida da população é um grande objetivo compartilhado pelas duas grandes áreas consideradas fundamentais para a população brasileira. Sua execução é atribuição da comunidade escolar e das equipes de Saúde da Família (eSF).

As ações de saúde desenvolvidas pelo PSE compreendem atenção, promoção, prevenção e assistência, articuladas com a educação pública básica e de acordo com os princípios do SUS. Entre as ações desenvolvidas destacam-se avaliação clínica, nutricional, oftalmológica e bucal, prevenção quanto à violência nas suas diversas formas e quanto ao uso de drogas e álcool, prática de atividade física, hábitos saudáveis e educação permanente em saúde (Brasil, 2007, *online*).

O momento-chave da atuação do PSE em esfera nacional ocorre anualmente com a Semana Saúde na Escola, durante a qual diversas atividades de educação em saúde são desenvolvidas concomitantemente em todas as escolas cadastradas no PSE. Essas atividades incluem palestras sobre violência, uso de álcool e drogas, gravidez na adolescência, alimentação e obesidade, prática de atividade física, entre outros temas diagnosticados pelas equipes de saúde da família como fundamentais a serem abordados para cada região (Brasil, 2007, *online*).

Considerando que o repasse de recursos financeiros das esferas federal e estadual para o PSE ocorre por meio do cadastro do município na ESF, as ações são desenvolvidas de forma pactuada entre as escolas e a UBS, seguindo as áreas de abrangência da

ESF, que favorece a criação de núcleos de atuação. Os requisitos para a adesão ao PSE são possuir um projeto municipal que elucide a situação da saúde e uma agenda de educação e saúde, elementos fundamentais para a implementação das ações compartilhadas no território municipal, bem como para a existência da ESF no município.

A Estratégia de Saúde da Família é uma estratégia da Política Nacional da Atenção Básica, criada no ano de 1994 e revisada constantemente. A ESF está pautada nos princípios de equidade, integralidade e universalidade, inseridos no contexto de descentralização das ações de saúde e controle social da gestão, princípios que norteiam as ações no âmbito do SUS (Brasil, 2012a).

As equipes interdisciplinares da ESF atuam no desenvolvimento de estratégias de prevenção, cuidados básicos de saúde e reabilitação e buscam a promoção de saúde por meio do atendimento domiciliar. A ESF tem como base de apoio a UBS e, esta por sua vez, tem um território de abrangência pré-estabelecido e em grandes centros urbanos atende no máximo 12 mil habitantes quando há a ESF. Assim, cada eSF é responsável por 4 mil habitantes num regime de 40 horas semanais de trabalho (Brasil, 2012a).

A eSF é formada prioritariamente por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em saúde bucal, técnico ou auxiliar de enfermagem, agente de saúde e outros profissionais que a UBS julgar necessários de acordo com a realidade da população atendida. Um importante avanço da Atenção Básica desde sua criação foi permitir que essas equipes fossem modeladas de acordo com as diferentes populações e realidades do Brasil (Brasil, 2012a).

Além disso, em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atua de forma integrada ao ESF e foi desenvolvido com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica. O NASF é formado por uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais como psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, educador

físico, assistente social e todo aquele que a gestão municipal julgue necessário para atender sua população, avaliado pela situação epidemiológica de cada município (Brasil, 2011).

Pelo seu caráter preventivo, voltado à promoção de saúde, o NASF é uma importante estratégia que amplia o contato com os diversos setores da sociedade, inclusive a escola. Os profissionais que atuam no PSE e NASF podem desenvolver atividades de promoção de saúde conjuntas permanentes em prol da saúde da população jovem, almejando a melhoria da qualidade de vida da comunidade em geral.

Panorama nacional do Programa Saúde na Escola

Construir e implantar um programa que seja abrangente, efetivo e eficaz na sua proposta não são tarefas fáceis, ainda mais em um país como o Brasil, caracterizado pela grande extensão territorial e populacional, com muitas desigualdades sociais. A população brasileira, de acordo com o último censo, é de 190 755 799 habitantes e está distribuída em uma extensão de 8.515.767 049 km² (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Essa população está disseminada em 5 564 municípios, e a maior densidade demográfica localiza-se na região do Vale do Paraíba e no litoral do país.

Em relação à educação e à adesão ao PSE, no ano de 2012, eram apenas 2 945 municípios participantes, entretanto, em 2013, esse número saltou para 4 684 municípios, o que abrange boa parte da comunidade escolar brasileira (Brasil, 2014). A ESF, em 2004, abrangia 4 498 municípios; hoje, depois de dez anos, perfaz um total de 5 352 municípios (Brasil, 2012b).

Esses dados são relevantes, pois a atuação do PSE tem como referência as regiões de abrangência das equipes de saúde da família, agindo de forma conjunta com a UBS, referência municipal. As estratégias desenvolvidas pelas equipes e também pela UBS com qualidade e abrangência são uma forma eficaz de reduzir as filas por atendimento nos hospitais;

todavia, essa possibilidade só é efetiva quando há uma gestão de recursos adequada e um repasse suficiente por parte das três esferas de governo para a implementação das políticas.

A escola é um importante local de ação dessas políticas que refletirão, mesmo que em longo prazo, em estratégias de prevenção à saúde. Portanto, é fundamental traçar estratégias de educação e saúde nas escolas de modo a atuar principalmente na prevenção dos agravos à saúde e também no direcionamento dos casos que necessitam de cuidados especiais.

A escola, por ser um local onde a aprendizagem se materializa para o aprendente, tem por função desenvolver o pensamento crítico que atente para os cuidados com a saúde. Cuidar da saúde requer desenvolver ambientes favoráveis e, para tanto, é necessária uma educação que preveja a crítica e desenvolva uma possível solução. Esse ato é um exercício permanente que deve ser oferecido pela escola.

Freire (1996) afirma que a escola tem como função formar cidadãos críticos e reflexivos, sobretudo quanto ao mundo que os rodeia. Essa formação fomenta também práticas de autocuidado e promoção de saúde na medida em que cada pessoa passa a entender sobre si, sobre seu corpo e como ele se comporta tanto em termos fisiológicos (sintomas, sentimentos e sensações) quanto sociais, pois o corpo humano reflete aquilo que vive na sociedade, até mesmo por meio das doenças, e, portanto, compreender de forma crítica a relação homem/sociedade e como ela reflete no corpo humano é uma forma de prevenir agravos de saúde.

De acordo com Mont'Alverne e Catrib (2013), as Escolas Promotoras de Saúde tem como função primordial desenvolver uma visão integral do ser humano dentro do contexto de vida social, familiar e comunitária, de modo que relações construtivas e harmônicas sejam capazes de desenvolver aptidões e atitudes para a promoção de saúde, autonomia e criatividade.

Dessa forma, o PSE é um valoroso articulador entre a saúde e a educação, já que desenvolve tanto

atividades de educação em saúde quanto de observação da situação de saúde das crianças e dos adolescentes. Porém, as ações do programa não devem ser desenvolvidas de forma isolada e pontual, mas inter-relacionadas e permanentemente, pois a saúde é um fator constante na vida da população.

Apesar do reconhecimento acerca de sua contribuição para a saúde dos escolares, um contraponto quanto à presença da área da saúde na escola é a maciça medicalização da educação no Brasil. Para Meira (2012), o mal-estar individual causado por problemas comuns à vida humana tem-se tornado passível de tratamento medicamentoso, o que põe em risco a vida humana na medida em que busca por meio de remédios resolver os problemas da vida.

Todavia, importa referir que esse processo de medicalização dos problemas não se restringe apenas à escola, mas à sociedade como um todo, e uma possível solução para esse impasse é redirecionar a prática terapêutica para a aquisição de hábitos de vida saudável tanto do ponto de vista da saúde física quanto intelectual. No entanto, seria isso possível no contexto capitalista, regido pelo lucro obtido com a maior prescrição de medicamentos? Essa é outra discussão pertinente que precisa de espaço para se efetivar.

Articular ações permanentes e integrais é um desafio para o PSE, já que as atividades atribuídas a ESF são amplas e diversas (exemplo: acompanhamento integral da comunidade em sua área de abrangência com visitas domiciliares), o que exige uma equipe articulada e eficiente nas suas atividades para atender a demanda. Essa íntima e eficiente articulação se faz necessária à medida que as ações do PSE não podem ser pontuais, como já foi antes de sua criação; sua atuação com base na integralidade, equidade e universalidade deve abranger a totalidade das crianças e adolescentes e lhes proporcionar melhores condições para o cuidado com a saúde.

Essa necessidade de cuidado pôde ser verificada no ano de 2012 quando foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), na qual foi avaliada a presença dos diversos fatores de risco na população adolescente por meio da análise

de alunos matriculados no 9º ano (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013). Essa pesquisa compreendeu a evolução da situação de saúde das crianças, já que o PSE atuava desde o ano de 2007 e o ESF estava implantado desde o ano de 1994, ambos desenvolvendo estratégias de prevenção dos agravos à saúde da população de todas as faixas etárias, inclusive das crianças e adolescentes, o que demonstra a abrangência e a eficiência desses programas governamentais sociais.

Entre os fatores e determinantes de saúde pesquisados pela PENSE estão as características físicas da população adolescente, os aspectos socioeconômicos, a prática de atividade física, os hábitos alimentares, o uso de drogas, a saúde sexual, a violência e a saúde bucal e mental (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013).

A educação, por sua vez, compreende um processo de conscientização e integração da sociedade. Ela é, em sua práxis, uma estratégia fundamental para a elevação dos níveis de saúde (União Internacional de promoção da Saúde e Educação para a Saúde, 1998). As ações de cuidar e educar são tarefas que devem ocorrer de forma simultânea, e cuja abordagem na escola, família e sociedade permite que a criança construa, de todo, sua identidade e autonomia. Esta é uma tarefa desafiadora, que exige da escola preparo e da família e sociedade apoio (Melo & Ferreira, 2009).

O Programa Saúde na Escola é um grande aliado de ambas as áreas, sendo considerado no processo de análise avaliativa um programa positivo com um desafio a superar: manter sua abrangência e desenvolver atividades integrais que abranjam não apenas a criança e o adolescente, mas toda comunidade escolar.

Promovendo a saúde do escolar e a aprendizagem

A aprendizagem é um processo contínuo. Os problemas de aprendizagem podem surgir em qualquer momento e estão relacionados às atividades de estudo ou a quaisquer outras que exijam o ato

contínuo de aprender (Bartholomeu *et al.*, 2006). Desse modo, as dificuldades relacionadas à aprendizagem do aluno não estão relacionadas necessariamente à presença de uma doença, como já exposto, mas também a fatores externos que podem interferir diretamente no seu desenvolvimento (Meira, 2012).

Nesse sentido, os problemas que dizem respeito à saúde do escolar devem ser vistos sob duas perspectivas: das alterações orgânicas do corpo humano e sua relação com a aprendizagem e dos fatores determinantes de saúde, citados anteriormente, e as dificuldades de aprendizagem.

A primeira perspectiva vincula-se à presença de doenças, sejam elas do tipo agudas ou crônicas, transitórias, permanentes ou evolutivas, de origem neurológica, psicológica ou física, envolvendo as diversas patologias dos sistemas corporais que podem interferir na aprendizagem do aluno, já que envolvem a presença de dor, desconfortos físicos e mentais, indisposição e até mesmo incapacidades.

Existem condições de saúde que comprometem a função cognitiva e que, por isso, incidem diretamente na capacidade dos alunos de aprender ou de se relacionar com outras pessoas. Entre essas condições podemos citar a síndrome de *Down*, que agrega, embora não necessariamente, *deficit* cognitivo variável com malformações diversas; a paralisia cerebral em seus diversos níveis; os traumatismos crânio-encefálicos que comprometem as regiões do lobo frontal, responsável pela aprendizagem e capacidade cognitiva, entre outras tantas diferentes doenças (Spillane, 1998).

A segunda perspectiva, que se refere aos fatores determinantes de saúde e à aprendizagem, está relacionada aos fatores considerados externos. Por esse viés, uma alimentação adequada, uma moradia com condições satisfatórias, um ambiente familiar e social adequado são fundamentais para que a criança e o adolescente possam se desenvolver. Pesquisas têm associado os problemas de aprendizagem a alterações emocionais das crianças (Bartholomeu *et al.*, 2006; Santos & Graminha, 2006), o que envolve sua relação com a família, fator fundamental no processo de desenvolvimento humano.

A desigualdade social, incluindo a disparidade de renda, a falta de acesso a bens e serviços, a marginalização, a violência, entre outros fatores que vulnerabilizam a sociedade, é um dos fatores indiretos do *deficit* de aprendizagem (Barbosa Filho *et al.*, 2012; Bissoto, 2013). A violência é um fator presente na escola a todo momento, já que está presente na sociedade como um problema crônico (Ferreira, 2009).

Para Minayo (1994), a violência é uma questão de saúde pública tendo em vista suas consequências e o crescente índice de ocorrência, e não é exclusiva da população pobre, carente, embora obviamente esta seja a população mais vulnerável; enquanto problema crônico, ela atinge, de diversas formas, todas as classes sociais (Minayo, 1994).

A conjuntura em que as crianças e os adolescentes vivem, inseridos em lares desprovidos de alimento e carinho e repletos de problemas psicossociais, pode acarretar a violência contra elas, uma vez que as frustrações advindas desse contexto podem ser descontadas nas pessoas mais próximas e vulneráveis, justamente no período em que elas estão em desenvolvimento, contribuindo negativamente para a formação da personalidade e da identidade. Tal situação poderá levá-los a desenvolver transtornos de diferentes ordens, que serão refletidos na escola (Ferreira, 2009).

Um exemplo prático e muito evidenciado de violência na escola é o *bullying*. De acordo com a literatura sobre o tema, ele é gerado por diversos fatores psicossociais, e a escola, local de maior convívio social da criança, é onde esse tipo de violência se manifesta com maior visibilidade (Fante & Pedra, 2008).

Outro ponto importante a ser elucidado é que os problemas de aprendizagem podem advir de associações entre problemas externos (ambiente, alimentação, saneamento básico, violência) e distúrbios orgânicos que podem ser consequência dos problemas externos, caracterizando uma íntima relação recíproca que resulta nas dificuldades de aprendizagem de forma indireta. Como exemplo, podemos citar a fome: crianças mal alimentadas têm um nível de concentração mais baixo, podem apresentar maior sonolência e, em casos mais graves, desenvolver desnutrição.

A desnutrição como fator gerador de dificuldade de aprendizagem, conforme elucidado pela literatura, é entendida aqui como uma situação que vai além da necessidade de uma alimentação balanceada e deve ser analisada como um problema social. Ela, por si só, não seria a causa do baixo rendimento acadêmico, o que é comprovado por pesquisas realizadas com instrumentos padronizados por órgãos nacionais e internacionais de saúde (Sawaya, 2006).

De acordo com Sawaya (2006, p.135), "a desnutrição é produzida por um quadro de exclusão social que inviabiliza o acesso de uma considerável parcela da população à alimentação adequada".Tendo isso em vista, é fundamental destacar que somente nos casos de desnutrição grave ocorre lesão no sistema nervoso central. Sob essa visão, a fome pode ser considerada um causador da falta de concentração do aluno, mas não a desnutrição (Sawaya, 2006).

Outro fator considerado pelos órgãos de saúde nacionais e internacionais é a obesidade infantil, que causa, em longo prazo, doenças cardíacas e endócrinas, entre outras, que podem ser prevenidas por programas educativos para a mudança de hábitos que pode iniciar na escola. Embora possa parecer estranho associar a obesidade a problemas de aprendizagem, estudos têm demonstrado que as crianças obesas geralmente apresentam comportamentos que costumam passar despercebidos, como alterações no humor que podem influenciar o rendimento escolar. O excesso de peso, além de causar distúrbios físicos, afeta o aspecto psicológico, gerando baixa autoestima e tendência à depressão, além de propiciar o *bullying* (Pereira & Silva, 2011).

Os problemas de aprendizagem, segundo a literatura, são decorrentes de uma série de variáveis intrínsecas e extrínsecas ao aluno, as quais se dinamizam permanente e dialeticamente. Dessa forma, examinar as dificuldades de aprendizagem exige a análise profunda dos diversos fatores, sem atribuir a

um único fator a responsabilidade pelo insucesso escolar (Carvalho, 2009).

Além disso, infelizmente, as dificuldades de aprendizagem ainda comprometem crianças com problemas relacionados às emoções, à cognição, a distúrbios neurológicos, como os transtornos de ansiedade infantil, a hiperatividade, a paralisia cerebral com comprometimento cognitivo, entre outros (Carvalho, 2009). Assim, o tratamento é direcionado para a clínica médica, o que implica entender a possibilidade do uso de medicamentos para "controlar" a criança ou o adolescente, como é o caso do metilfenidato, popularmente comercializado como Ritalina².

Contudo, esse é um grande desafio para a escola e para a saúde pública devido à medicalização desenfreada e inúmeras vezes desnecessária. O uso inadequado dessa substância, bem como de outros medicamentos prescritos por vezes equivocadamente, além de causar efeitos colaterais prejudiciais à saúde, impede que a criança viva emoções e sentimentos comuns para sua idade e necessários para o desenvolvimento adequado de sua saúde mental e social (Toassa, 2012).

São diversos os fatores que interferem na aprendizagem, como a qualidade de saúde que, considerando seus fatores determinantes, é um elemento fundamental para o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem. Dessa forma, é imprescindível que a escola supere os modelos tradicionais de educação, começando pela superação da base de aprendizagem pautada por padrões de normalidade, que é uma forma equivocada de compreender a aprendizagem, já que cada pessoa tem suas individualidades e aprende por meio de recursos distintos, exigindo um olhar amplo e diversificado sobre os processos da aprendizagem.

O papel do PSE na escola é educar para uma saúde de qualidade. A partir das considerações feitas acerca da saúde e de seus determinantes e de sua

² Composto: Metilfenidato - É um medicamento psicoestimulante do Sistema Nervoso Central e que apresenta efeitos mais proeminentes na atividade mental do que na atividade motora. Atua promovendo um aumento da atenção e do controle de impulsos da criança com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (Brasil, 2012b, *online*). "É indicado como parte de um programa amplo de tratamento do TDAH, que pode incluir medidas psicológicas, educacionais e sociais" (Venâncio *et al.*, 2013, p.5).

influência sobre a qualidade da aprendizagem, é muito importante que esses fatores sejam considerados pelos órgãos governamentais e que as estratégias de ação em prol de uma saúde e uma educação de qualidade sejam repensadas. É preciso refletir sobre os fatores envolvidos com a aprendizagem para, então, formular e viabilizar as políticas de educação em geral e repensar as estratégias político-pedagógicas de forma a superar o conceito de saúde centrado na doença.

Portanto, a articulação entre saúde e educação pelo PSE consiste em uma estratégia conveniente para melhorar as condições de saúde da população, mesmo considerando as políticas dos órgãos governamentais internacionais, que mantêm também o Brasil sob a égide de ideologias dominantes do capitalismo.

Considerações Finais

Tendo em vista as considerações realizadas até o momento, é compreensível que na escola, imbuída na diversidade que nela se encontra, sejam inúmeras as crianças com dificuldades de aprendizagem, principalmente originadas por fatores socioambientais. Portanto, as políticas de educação e saúde precisam estar articuladas com as demais políticas de estado, de modo que os problemas sociais sejam minimizados para garantir as condições de aprendizagem dos sujeitos.

A articulação entre saúde e educação é essencial na sociedade tecnológica em que se vive, motivo pelo qual o PSE é uma estratégia que favorece a educação para e em saúde, auxiliando a população a conhecer e manter hábitos de vida saudáveis. É importante considerar que não se pode observar as políticas com um olhar ingênuo, pois toda política tem um intuito e o PSE, em especial, busca garantir que a população se responsabilize pela sua condição de saúde, não atribuindo ao estado a responsabilidade pelas injustiças sociais. Ações favoráveis à saúde são desenvolvidas e têm por isso seus méritos, contudo não é possível fugir do meio socioeconômico estabelecido há vários anos, pautado na influência dos órgãos financeiros mundiais. É possível,

entretanto, ter em mente a possibilidade e a necessidade de mudanças que vão além dos problemas de saúde da população.

A construção compartilhada entre os órgãos governamentais e a sociedade de um processo educativo em saúde pautado pelos princípios da integralidade implica a efetiva participação das pessoas que fazem parte desses processos. Leitura e reflexão crítica do contexto vivencial tornam-se essenciais para que as estruturas socioeconômicas que regulam e constituem as ações que possibilitam condições de vida mais humanas possam garantir linhas de ação na direção da educação e saúde de modo integrado.

O intuito de trazer à discussão esses temas foi mais do que simplesmente fazer conceituações; foi levar à reflexão sobre a articulação entre saúde e educação em relação à diversidade de problemas de aprendizagem existentes na escola e que merecem atenção e valorização por parte de professores, pais, sociedade e governo, de modo que estratégias de atenção sejam repensadas e redirecionadas. Por meio dos entrelaçamentos realizados, compreende-se que as dificuldades de aprendizagem são complexas, considerando as questões relacionadas à diversidade de fatores que regem a saúde da população.

A reflexão sobre os problemas de saúde na escola é complexa e profunda, e mais profundo é o papel da escola em meio às questões sociais que estão envolvidas na saúde e na aprendizagem. Um desafio é lançado aos professores: repensar sua formação e suas estratégias de ação em parceria com os programas governamentais para qualificar a atenção e o cuidado aos escolares. As práticas no interior das escolas e as percepções dos sujeitos podem ser geradoras de inovadoras políticas que venham a contribuir com uma sociedade mais humana, cuidada e digna.

Referências

Batistella, C. *et al.* *O território e o processo saúde doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (e-book). Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/index.php?area_id=2&id=6&arquivo=livros_sub_capitulos&livro_id=6>. Acesso em: 15 jan. 2015.

Barbosa Filho, V.C.; Campos, W.; Lopes, A.S. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: A systematic review. *Revista de Saúde Pública*, v.5, n.46, p.901-917, 2012. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/18.pdf>>. Cited: Feb. 10, 2014.

Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

Bartholomeu, D.; Sisto, F.F.; Rueda, F.J.M. Dificuldades de aprendizagem na escrita e características emocionais de crianças. *Revista Psicologia em Estudo*, v.1, n.11, p.139-146, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a16>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

Boff, L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

Bissoto, M.L. Educação inclusiva e exclusão social. *Revista de Educação Especial*, v.26, n.45, p.91-108, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Pccli/Downloads/5434-33312-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC*, ano 2, n.2, 2012a, Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.

Brasil. Casa Civil. *Constituição da República Federativa do Brasil (1988)*. Brasília: Assembleia Legislativa, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 3 maio 2013.

Brasil. Casa Civil. Lei nº 8080, 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 24 abr. 2014.

Brasil. Casa Civil. Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 jan., 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10172.htm>. Acesso em: 24 abr. 2014.

Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. *Programa saúde na escola*. Brasília: Casa Civil, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007>. Acesso em: 9 jul. 2008.

Brasil. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 set., 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm>. Acesso em: 24 abr. 2014.

Brasil. Lei 12.796, de 4 de abril de 2013, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN). Brasília: Câmara dos Deputados, 2013b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/l12796.htm>. Acesso em: 23 maio 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final. In: *Conferência Nacional de Saúde*, 8., 1990. Brasília: MS, 1990b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 jun. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica: serie E: legislação em saúde*. Brasília: MS, 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. *Semana saúde na escola começa hoje em todo o País*. Brasília: MS, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/semana-de-mobilizacao-acontece-em-todo-o-pais>>. Acesso em: 14 maio 2014.

Brasil. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 24 abr. 2014.

Cardoso, V.; Reis, A.P.; Lervolino, S.A. Escolas promotoras de saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v.18, n.2, p.107-115, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n2/01.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2014.

Carvalho, R.E. *Removendo barreiras para a aprendizagem: educação inclusiva*. 8.ed. Porto Alegre: Mediação, 2009.

Cellard, A. A análise documental. In: Poupart, J. et al. (Org). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2010. p.295-316.

Czeresnia, D. Maciel, E.M.G.S. Oviedo, F.A.M. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

Dalmolim, B.B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Revista Anna Nery*, v.15, n.2, p.389-394, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a23.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

Fante, C.; Pedra, J.A. *Bullyinh escolar: perguntas e respostas*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Fernandez, A. *Os idiomas do aprendente: análise das modalidades ensinantes com famílias, escolas e meios de comunicação*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

Ferreira, C.L.L. Vulnerabilidade e violência na escola: como contornar situações difíceis. In: Pereira, A.D.A. et al. (Org.). *Interfaces da educação para a saúde na escola*. 4.ed.

Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2009. p.135-149. (Série Saúde).

Figueiredo, T.A.M.; Machado, V.L.T.; Abreu, M.M.S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Revista Ciências e Saúde Coletiva*, v.15, n.2, p.397-402, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a15.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2014.

Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Atlas do censo demográfico de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>. Acesso em: 23 jun. 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf>. Acesso em: 23 maio 2014.

Lüdke, M.; André, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 2001.

Melo, F.R.L.V.; Ferreira, C.C.A. O cuidar do aluno com deficiência física na educação infantil sob a ótica das professoras. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v.15, n.1, p.121-140, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v15n1/09.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

Meira, M.E.M. Para uma crítica da medicalização na educação. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, v.16, n.1, p.135-142, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/14.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

Minayo, M.C.S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Caderno de Saúde Pública*, v.10, (Supl.1), 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02>>. Acesso em: 23 maio 2012.

Mont'Alverne, D.G.B.; Catrib, A.M.F. Promoção a saúde e as escolas: como avançar. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*, v.26, n.3, p.307-308, 2013. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/issue/view/326>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

Organização Pan-Americana de Saúde. *Carta de Ottawa*. 1986. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2014.

Pereira, C.M.; Silva, A.L. Obesidade e estilos de vida saudáveis: questões relevantes para a intervenção. *Revista Psicologia*, v.12, n.2, p.161-182, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862011000200001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 1 jul. 2014.

Santos, P.L.; Graminha, S.S.V. Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento acadêmico. *Revista Estudos de Psicologia*, v.11, n.1, p.101-109, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2006000100012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 8 fev. 2014.

Spillane, J. *Exame neurológico na prática clínica de Bickerstaff*. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

Sawaya, S.M. Desnutrição e baixo rendimento escolar: contribuições críticas. *Estudos Avançados*, v.20, n.58, p.133-146, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v20n58/13.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.

Toassa, G. Sociedade Tarja Preta: uma crítica à medicalização de crianças e adolescentes. *Fractal: Revista de Psicologia*, v.24, n.2, p.429-434, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v24n2/a15v24n2.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

União Internacional de promoção da Saúde e Educação para a Saúde. *Diagnóstico das ações de educação em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: UIPES, 1998. Disponível em: <<http://openlink.br.inter.net/vllima.orka/diagno.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

Venâncio, S.I.; Paiva, R.; Toma, T.S. *Parecer técnico-científico: uso do metilfenidato no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/pdfs-em-geral/ptc_metilfenidato.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.

Recebido em 8/4/2015, rerepresentando em 2/7/2015 e aprovado em 5/8/2015.

