

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Fred Henrique Pereira de Faria

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DE EDUCAÇÃO
SOBRE A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE
NO AMBIENTE ESCOLAR POR MEIO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rio de Janeiro

2010

FRED HENRIQUE PEREIRA DE FARIA

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DE EDUCAÇÃO
SOBRE A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE
NO AMBIENTE ESCOLAR POR MEIO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá, como requisito parcial para
a obtenção do grau de Mestre em Saúde
da Família.

Orientadora: Prof^a. Dra. Adriana
Cavalcanti de Aguiar

Rio de Janeiro

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

FRED HENRIQUE PEREIRA DE FARIA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO
SOBRE A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE
NO AMBIENTE ESCOLAR POR MEIO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família. Aprovada em ____ de _____ de 2010, pela Banca Examinadora composta por:

Prof^a. Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura (Co-orientadora)

Prof.

(Convidado)

Prof.

(Convidado)

Aos meus pais, *Maria Coeli* e *José de Faria*, sem os quais nada disso seria possível, pela dedicação, sacrifício, apoio e fé. Obrigado por sempre terem me proporcionado as condições necessárias para estudar e por saberem, sempre, estimular em mim a vontade de aprender. Não tenho palavras para agradecer a tudo que fizeram e fazem por mim.

Às *Escolas* e *Unidades Básicas de Saúde* deste país e às *Equipes de Estratégia de Saúde da Família*, por fazerem do povo brasileiro, dentro das possibilidades, um povo mais digno e humano.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, o Grande Pai de todas as realizações da vida.

Às pessoas que fizeram parte deste trabalho: aos amigos *Diego* e *Jeanne*, minhas sobrinhas *Luisa* e *Mariana*, meu irmão *José Ricardo*, e a todos os *meus familiares* e *amigos* que acompanharam esta etapa de minha vida.

Aos professores da Fisioterapia, *Adeir*, *André* e *Djalma*, pela ajuda e incentivo para a realização do Mestrado.

À minha orientadora, *Professora Doutora Adriana Cavalcanti de Aguiar*, por ter acreditado nesta pesquisa, pela intensa ajuda, dedicação e paciência.

À minha co-orientadora, *Professora Doutora Anna Tereza Miranda Soares de Moura*, pela ajuda e dedicação.

À secretária do Mestrado, *Aline*, por tudo que fez por mim desde o começo desta caminhada.

Aos *colegas de turma*, pela grande troca de experiências e pelo agradável convívio.

*“Desconfie do destino e acredite em
você. Gaste mais horas realizando que
sonhando, fazendo que planejando,
vivendo que esperando porque,
embora quem quase morre esteja vivo,
quem quase vive já morreu.”*

(Luis Fernando Veríssimo)

RESUMO

A expansão da Estratégia Saúde da Família e a progressiva ampliação da cobertura, que alcança, atualmente, 5.272 municípios (51,66% da população nacional), com 30.996 equipes, colocam um desafio para as iniciativas de avaliação e de melhoria contínua de sua qualidade, o que inclui fortalecer as ações de promoção da saúde. Uma prioridade é avançar na relação entre os setores saúde e educação. Como as escolas constituem importante equipamento social para a construção de uma sociedade democrática, seu ambiente é um espaço potencial de transformações sociais e de constituição de conhecimentos e valores. Os escolares, além de serem multiplicadores, levando as informações para toda a sociedade em que vivem, acabam por adquirir hábitos para toda a vida. É nesse contexto que este estudo teve como objetivo investigar a percepção de profissionais de saúde e educação sobre a importância da promoção da saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, em escolas públicas do município de Juiz de Fora/MG. O estudo foi qualitativo, realizado por meio de uma pesquisa exploratória. O método de coleta de dados foi a entrevista presencial individual, com roteiro semiestruturado. A pesquisa foi realizada em 10 Unidades de Saúde da Família sorteadas aleatoriamente e nas escolas públicas das áreas adscritas a essas unidades. Os sujeitos da pesquisa foram os diretores das escolas (ou profissional indicado por esse) e um profissional de cada Unidade de Saúde da Família indicado pelo chefe da unidade como o mais envolvido com atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos nas escolas. Os resultados indicam que os entrevistados consideram de extrema importância a abordagem da promoção da saúde no ambiente escolar e o desenvolvimento de hábitos saudáveis. Contudo, apesar do desejo por parte dos profissionais da realização de ações conjuntas entre escolas e Unidades de Saúde da Família, ainda não existe um planejamento adequado para que isso ocorra. Geralmente, as ações de promoção de saúde realizadas nas escolas pesquisadas são promovidas por iniciativas individuais, o que acaba por comprometer, tanto os resultados, quanto a continuidade dos projetos. Ao limitar sua ação a atender os problemas de saúde já instalados e que necessitam tratamento, os profissionais das Unidades de Saúde da Família ficam assoberbados e têm dificuldade de investir na promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde da família. Saúde escolar. Atenção primária à saúde. Promoção da saúde.

ABSTRACT

The expansion of the Family Health Strategy and the gradual expansion of the coverage, which reaches, currently, 5272 municipalities (51.66% of the national population), with 30,996 teams, become a stimulus and an additional challenge to the initiatives of assessment and continuous improvement of its quality. One priority is to advance the relationship between health and education sectors. Moreover, as the school is an important social tool for the construction of a democratic society, its environment is a potential space of social changes and constitution of knowledge and values. The school besides being multipliers taking the information to the whole society where they live, acquire habits for life. Based in this context, this study aimed to investigate the views of health and education professionals about the importance of health promotion, through the Family Health Strategy, in public schools in the city of Juiz de Fora/MG. The qualitative study was conducted through exploratory research. The method of data collection was the personal interview, with a semistructured script. The survey was conducted in 10 of the Family Health Units and in the public school areas ascribed to such units. The study subjects were school principals (or designated by that professional) and one professional in each Family Health Units indicated by the leader of the unit as the most involved with the activities of health promotion and disease prevention in schools. The results indicate that respondents consider extremely important to approach health promotion in the school environment and developing healthy habits. However, despite the desire by professionals carrying out joint actions between schools and Family Health Units, seems to lack adequate planning for this to occur. Generally, the actions of health promotion at local schools surveyed are promoted by individual initiatives, which ultimately undermine both the results, as the continuity of projects. By limiting their action to address the health problems already installed and they need treatment, the professionals of the Family Health Units are overwhelmed and have difficulty investing in health promotion.

Keywords: Family health. School health. Primary health care. Health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	- Ações Integradas de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
CF/88	- Constituição Federal Brasileira de 1988
DST	- Doenças sexualmente transmissíveis
EJA	- Educação de Jovens e Adultos
EPS	- Escola Promotora de Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
IOM	- <i>Institute of Medicine</i>
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	- Ministério da Educação
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial da Saúde
POF/IBGE	- Pesquisa de Orçamentos Familiares
PENSE	- Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSE	- Programa Nacional de Saúde Escolar
PSF	- Programa Saúde da Família
PSE	- Programa Saúde na Escola
SPT/2000	- Saúde para todos no ano 2000
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUDS	- Sistema Único e Descentralizado de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
USF	- Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – A) <i>Folder</i> do PSE fechado.....	41
B) <i>Folder</i> do PSE aberto (frente).....	41
C) <i>Folder</i> do PSE aberto (verso).....	42
Figura 2 – Cartaz do PSE.....	42
Figura 3 – Gráfico demonstrando o número de municípios atendidos pela ESF entre 2002 e 2010 no estado de Minas Gerais.....	43
Figura 4 – Gráfico apresentando o número de equipes de ESF no estado de Minas Gerais no período compreendido entre os anos de 2002 e 2010.....	44
Figura 5 – Quadro apresentando as unidades de saúde do município de Juiz de Fora/MG.....	44
Figura 6 – Gráfico demonstrando a evolução do número de equipes de ESF no município de Juiz de Fora/MG no período compreendido entre 2002 e 2010.....	45
Figura 7 – Quadro apresentando os aspectos demográficos dos entrevistados nas escolas.....	50
Figura 8 – Quadro apresentando os aspectos demográficos das entrevistadas nas USF.....	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	15
2.2 POLÍTICAS NACIONAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	17
2.2.1 Estratégia Saúde da Família e Promoção da Saúde Escolar.....	19
2.3 A SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR NO CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DA ESF.....	22
2.3.1 Fatores de Risco à Saúde em Crianças e Adolescentes.....	25
2.4 INICIATIVAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	28
2.4.1 Experiências.....	31
2.5 INTERSETORIALIDADE E AS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE...	33
2.6 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).....	38
2.7 SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG.....	43
3 OBJETIVOS.....	46
3.1 GERAL.....	46
3.2 ESPECÍFICOS.....	46
4 METODOLOGIA.....	47
4.1 QUESTÕES ÉTICAS.....	47
4.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.....	47
4.3 REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	48
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	49
5 RESULTADOS.....	50
6 DISCUSSÃO.....	69
7 CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES.....	82
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	83
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO NAS ESCOLAS.....	84
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	85

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo a saúde vem sendo muito discutida e seu conceito já passou por varias definições por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e por autores, assim tornando-se cada vez mais complexa e abrangente.

O conceito estabelecido pela OMS na carta de princípios, divulgada em 7 de abril de 1948, reconheceu o direito e a obrigação dos Estados na promoção e proteção da saúde, definindo-a como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de enfermidades”. Mais tarde, em 1974, *Marc Lalond* descreveu que o campo da saúde abrangia a biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. Nos dias atuais é mais evidente que a saúde é complexa, não dependendo apenas de questões biológicas, mas também do modo de vida e dos hábitos dos indivíduos, de suas condições sociais, educacionais, culturais, ambientais e econômicas. Como consequência, muito se discutiu e ainda se discute sobre a maneira mais adequada de proporcionar saúde a uma sociedade (SCLAR, 2007).

Na década de 70, o Brasil, que vivia sob o regime militar e privilegiava um modelo setorial na saúde centralizado no empresariamento subsidiado e na construção de custosos hospitais, não participou da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS, em 1978. Contudo, o país redimiou-se no ano seguinte, constituindo um dos 134 países que ratificaram e subscreveram a meta “Saúde para todos no ano 2000” (SPT/2000). A principal estratégia para atingir tal meta seria o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), dentro de uma organização sistêmica do setor da saúde (CAMPOS, 2005).

Sendo assim, mudanças no pensamento em relação à saúde, extrapolaram o modelo biomédico (Engel, 1977), voltando-se para realização da promoção da saúde levando em consideração a prevenção de doenças e fatores de risco, levou a criação de programas e políticas que buscam promover a saúde, por meio da APS (SCLAR, 2007).

No Brasil, iniciativas concretas de estruturação da APS incluíram as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982, o Sistema Unificado e Descentralizado

de Saúde (SUDS), e; finalmente, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), devidamente inserido na Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88), fruto do movimento da chamada Reforma Sanitária Brasileira (ALEIXO, 2002).

Um dos grandes fatores que impulsionaram a operacionalização do SUS, foi a criação do Programa Saúde da Família (PSF) que teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, objetivando estimular a implantação de um novo modelo de APS que resolvesse cerca de 85% dos problemas de saúde (DA ROS, 2006). Esse programa passou de uma iniciativa de extensão de cobertura, instalado principalmente na região Nordeste e em alguns municípios do Sudeste, para o maior programa assistencial desenvolvido em escala em todo o Brasil, carregando significativo potencial para estruturar, de forma consistente, a APS no âmbito nacional (ALEIXO, 2002).

Uma vez que o termo “programa” faz alusão a uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, o PSF passou a ser denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), constituindo-se em uma estratégia de reorganização da APS que não prevê um tempo para finalizar suas ações (SOBRINHO; CANELLA; SERAPIÃO, 2008).

A ESF atua na promoção da saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito, integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para o alcance desse objetivo, faz-se necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade (DA ROS, 2006). Assim, a união e interrelação entre diversas profissões no contexto da ESF toma nova proporção em relação à divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe. Todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde (ARAÚJO, 2007).

A expansão da ESF e a progressiva ampliação da cobertura, que alcança, atualmente, 5.272 municípios (51,66% da população nacional), com 30.996 equipes, tornam-se um estímulo e um desafio adicional para as iniciativas de avaliação e de melhoria contínua de sua qualidade (BRASIL, 2010; CAMPOS, 2003).

Já em 30 de março de 2006, “considerando a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para a promoção da saúde em consonância com os princípios do SUS”, foi aprovada a Política Nacional de

Promoção da Saúde (PNPS) que tem como objetivo “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes”, incluídos aí, as formas de trabalhar, de moradia, ambiente, educação, lazer, cultura, bem como, acesso a bens e serviços especiais (BRASIL, 2006b, p. 13). A promoção da saúde é reconhecida como uma das estratégias de produção da saúde, articulada a outras políticas e tecnologias desenvolvidas pelo SUS.

Dentro da perspectiva de trabalho da ESF encontra-se o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo decreto presidencial nº. 6.286, em 05 de dezembro de 2007. O PSE surgiu da atuação conjunta do MS com o Ministério da Educação (MEC), com vistas a ampliar as ações de saúde aos alunos e alunas da rede pública de ensino. O programa tem como finalidade contribuir para o fortalecimento de ações que vinculem saúde e educação, facilitando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens brasileiros (BRASIL, 2005).

Como premissa, o PSE considera que cada população possui características e cultura distintas, as práticas em saúde na escola devem levar em consideração os diferentes contextos em que são realizadas, respeitando o saber popular e o formal, na construção de propostas que façam sentido para os sujeitos que vivem em integrantes da comunidade escolar e dos profissionais de saúde no planejamento e funcionamento do PSE (BRASIL, 2007).

Anteriormente várias iniciativas foram tomadas para promover a saúde dentro das escolas como no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), criado em 1984, que até o ano de 2005 realizou milhares de atendimentos, triagens de acuidade visual, consultas oftalmológicas, cedendo kits de primeiros socorros, pastilhas de flúor, etc. (BRASIL, 2007). Pode-se observar a oferta de ações que visam promover a saúde em escolas sendo realizadas em diversos municípios, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em escolas e no âmbito familiar. A título de exemplo, pode-se citar a saúde bucal, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), campanhas de vacinação, propagandas que incentivam hábitos saudáveis do MS, campanhas para controle de hipertensos e alimentação saudável nas escolas (CYRINO; PEREIRA, 1999). Os resultados obtidos são importantes para a saúde e com a parceria da ESF, por meio do PSE, o

Governo Federal espera atingir resultados ainda melhores devido ao fato de o programa aproximar os setores da saúde e da educação, bem como, pelo significativo potencial tanto da escola, com seu grande e heterogêneo público, como pela diversidade de profissionais da ESF. Vale ressaltar, que, além dos profissionais já inseridos na equipe básica da ESF, os municípios estão incorporando profissionais de diversas carreiras, como proposto pela Portaria nº 154 de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (LALUNA et al., 2008).

Como a escola constitui importante equipamento social para a construção de uma sociedade democrática, seu ambiente é um espaço potencial de transformações sociais e de constituição de conhecimentos e valores (BRASIL, 2007). É nesse contexto que este estudo se propôs a investigar a percepção dos profissionais da saúde e da educação sobre a importância da promoção da saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, em escolas públicas do município de Juiz de Fora/MG.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Conforme descrito por Aleixo (2002), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida em 1978 pela OMS na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, reuniu cerca de 134 países e resultou na chamada “Declaração de Alma-Ata”. Nessa declaração, devidamente aprovada pela 32ª Assembléia da OMS em 1979, prescreveu a APS como a principal estratégia para atingir o objetivo maior de promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos, dentro da meta de SPT/2000. Dentre as atividades ou ações básicas de saúde que compõem a APS, o autor citou: 1) educação para a saúde e sobre os métodos de prevenção da doença; 2) atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico; 3) imunização; 4) combate às enfermidades endêmicas locais; 5) tratamento das doenças e traumatismos comuns, e; 6) provisão dos medicamentos essenciais. Contudo, o autor citou a OMS (1995), que prescreveu que essas ações devam ser desenvolvidas levando-se em consideração alguns princípios básicos, a saber: 1) integração ao sistema nacional de saúde; 2) associação dos setores sociais e econômicos; 3) redistribuição dos recursos disponíveis em direção aos desassistidos; 4) eficiente organização do sistema do serviço e das ações básicas, secundárias e terciárias de saúde em relação à suficiência e qualidade, e; 5) maior participação e controle por parte da sociedade.

Entre 1978 e 2000, houve uma verdadeira saga em âmbito mundial na tentativa de atingir a meta de SPT/2000. Entretanto, reconhecer a evidência do não cumprimento da meta não implica abandonar o propósito superior de SPT. É possível compreender a SPT/2000 como a primeira fase do projeto SPT, sendo que a segunda fase já teve seu início antes mesmo de o ano 2001 começar, em uma espécie de continuidade da meta. Cabe prosseguir e ampliar seus objetivos, visando o alcance da melhoria contínua do setor de saúde (ALEIXO, 2002).

No Brasil, com a implantação da ESF, foram definidos os princípios operacionais que deveriam ser cumpridos pelos municípios. Dentre eles, o MS

destacou: 1) a participação dos gestores, profissionais de saúde, das organizações comunitárias e da população em geral; 2) a aprovação por parte do Conselho Municipal de Saúde; 3) a elaboração de um projeto de implantação; 4) a identificação de áreas prioritárias; 5) a composição das equipes; 6) a cobertura assistencial por equipe de saúde da família; 7) o mapeamento e o diagnóstico das áreas e microáreas de atuação; 8) a implantação e alimentação de sistema de informação; 9) o processo de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais; 10) o planejamento local das atividades; 11) a programação das atividades, incluindo um elenco de metas de desempenho e cobertura pré-estabelecidas; 12) a organização de métodos e rotinas de trabalho, e; 13) a educação permanente (BRASIL, 2000).

No entendimento de Costa e Pinto (2002), as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde que ocorreram no fim da década de 70 e início da década de 80 foram inspiradas pelo referencial proposto em Alma Ata, e geraram aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos. Com o desenvolvimento do SUS, esse referencial foi sendo substituído pela instituição da ESF, incluindo incentivos financeiros aos municípios, como o Piso da Atenção Básica (1998), o que resultou no fortalecimento da APS e da ESF em âmbito municipal.

Campos (2005) relatou que a qualidade é um objetivo perseguido por gestores, profissionais e usuários em vários países do mundo, inclusive no Brasil. Apontou quatro conceitos relacionados às funções da APS nos sistemas de saúde, como: 1) continuidade e vínculo entre equipes e usuários; 2) integralidade da atenção em seus aspectos de coordenação e abrangência dos cuidados prestados; 3) enfoque familiar e comunitário, e; 4) acessibilidade – deve prover a acessibilidade e aceitabilidade para os seus usuários sem distinção. A tecnologia aplicada deve ser adequada e estar associada a equipes multiprofissionais qualificadas. Além disso, precisa ter capacidade para reconhecer as necessidades de saúde e dar respostas apropriadas. A APS qualificada precisa ainda de adequada disponibilidade de recursos financeiros e materiais para atender tanto às necessidades, como as expectativas dos usuários relacionadas ao conforto, aos valores humanitários, ao estabelecimento de vínculos de confiança e segurança com a equipe.

Segundo Giovanella (2006), contextos econômicos restritivos e propósitos de contenção de gastos em saúde foram os fatores que impulsionaram as reformas organizacionais dos serviços de APS implantadas em diversos países da União Européia na década de 90, visando promover a coordenação dos serviços prestados entre os diversos níveis de atenção e resultando em novos arranjos organizacionais. De forma análoga, uma das mudanças organizacionais que estão ocorrendo no âmbito da ESF é a redefinição das funções do clínico geral como condutor dos cuidados ao paciente. Para a autora, a realização da coordenação por esse profissional envolve o gerenciamento da provisão de serviços por outros prestadores no próprio nível primário de atenção, como, por exemplo, enfermagem domiciliar e social; bem como a coordenação dos serviços prestados por especialistas em nível secundário ou hospitalar.

2.2 POLÍTICAS NACIONAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ao longo do tempo o Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Na Portaria de nº. 687, de 30 de março de 2006, o MS aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006b), considerando a necessidade de implementação de diretrizes e ações para a promoção da saúde em consonância como os princípios do SUS.

Na Constituição Federal de 1988, o estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 2006b, p. 16).

A saúde não depende unicamente das ações realizadas pelo setor saúde, mas sim, dos esforços conjuntos intersetoriais no compromisso com a melhoria da qualidade dos serviços prestados às comunidades, bem como, da atenção aos princípios e políticas específicas, visando sempre a garantia dos alicerces do SUS.

Assim, faz-se necessário superar a cultura administrativa fragmentada e pouco focada nos interesses e necessidades da sociedade e, conseqüentemente, aumentar a efetividade das políticas públicas existentes. É nesse contexto que se fundamenta a elaboração da PNPS, cujas formas de construção e implementação necessitam da interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade, gerando uma significativa alteração na forma como se organiza, planeja, realiza, analisa e avalia o trabalho em saúde no país (BRASIL, 2006b).

A PNPS visa promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes; sendo que seus objetivos específicos se destacam e podem ser aplicados com ênfase na promoção da saúde em âmbito escolar, pois, são (BRASIL, 2006b):

V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde. VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde. VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis. VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais. IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática; X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde. XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País (BRASIL, 2006b, p. 19-20).

A capacidade dos profissionais em identificar necessidades de saúde e realizar a ação mais apropriada deve ser considerada tanto aos que utilizam os serviços, como também aos que não o demandaram (IOM, 1994). Nesse sentido, um grande desafio dos profissionais de saúde é identificar as necessidades que estão presentes na comunidade, cabendo a identificação de indivíduos ou grupos que não buscaram assistência em um dado período de tempo como um critério de urgência em APS, devendo haver prioridade na realização dessa identificação.

2.2.1 Estratégia Saúde da Família e Promoção da Saúde Escolar

A ESF possui 30.996 equipes em todo país, fazendo-se presente em 5.272 municípios (BRASIL, 2010). As equipes trabalham de modo interdisciplinar em um território adscrito, desenvolvendo ações que vão desde a prevenção de doenças e assistência à saúde às ações de promoção da saúde, quando se mobiliza e potencializa os recursos da comunidade para resolver os problemas vivenciados pela mesma.

Para Aleixo (2002), a ESF, que possui significativo potencial para estruturar a APS no Brasil, tem caminhado a largos passos. Porém, a percepção de “massa e volume” da estratégia, proporcionada pelo grande número de equipes e municípios participantes, não é garantia de sucesso. A associação da ESF com outras políticas e programas poderá fortalecer seu potencial de oferecer um primeiro contato qualificado, com o SUS, ampliando o leque de ações disponibilizadas, bem como sua acessibilidade e resolubilidade.

Uma vez que a família tem grande influência na proteção da saúde ou na manifestação de doenças, é necessário que os profissionais da ESF disponham de recursos para acompanharem famílias, inclusive as que necessitam de atenção especial: “é evidente a importância do envolvimento da família na prática dos cuidados de saúde, tanto para a prevenção primária quanto para o diagnóstico e tratamento eficazes” (FALCETO; BUSNELLO; BOZZETTI, 2000, p. 259). É de fundamental importância na ESF a adequada formação dos profissionais, sendo que a principal modalidade de capacitação em escala nacional proposta pelo MS, a partir de 2000, tem sido os cursos de especialização, com carga de 360 horas. Os primeiros cursos de especialização em Saúde da Família iniciaram suas atividades em 1995 ou 1996, com o mérito de agregar enfermeiros e médicos em uma proposta pedagógica conjunta. Desde então, no entanto, o problema da adequação do perfil de recursos humanos para ESF não foi resolvido (ALEIXO, 2002).

Mesmo assim, a ESF adquiriu, no decorrer dos anos 90, e principalmente no início do século XXI, uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de APS no Brasil (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Destaca-se a importância do trabalho em equipe para obtenção dos impactos desejáveis sobre os

diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação multiprofissional pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, uma abordagem mais abrangente dos indivíduos/famílias é facilitada pela associação de olhares dos distintos profissionais que integram as equipes. Para que a ESF inicie um processo de construção de novas práticas, os autores consideraram imprescindível a articulação, por parte dos profissionais envolvidos, de uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe.

Partindo da importância de os profissionais da saúde estarem aptos a trabalhar sob a lógica da promoção da saúde, Besen et al. (2007) investigaram a compreensão sobre educação em saúde de cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos inseridos em ESF no município de Florianópolis. Levando em consideração a necessidade do fortalecimento da capacitação da comunidade no controle sobre os determinantes de sua saúde, procuraram identificar se os profissionais participantes do estudo trocam informações ou promovem discussão com a população sobre a proposta da ESF. Observaram que a formação dos profissionais de saúde constitui-se em um problema, pois os entrevistados demonstraram-se despreparados para o trabalho na lógica da promoção da saúde requerida pela ESF. As narrativas privilegiaram uma educação em saúde voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos. Os autores reiteraram a importância e necessidade da educação permanente e da reestruturação da graduação, de modo a aproximar as práticas da educação em saúde da realidade social.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), ao criar o setor de avaliação da qualidade da APS, denominada "Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família", o país reiterou o compromisso de tentar alcançar os pilares da integralidade e da equidade das ações e serviços de saúde que se direcionam aos indivíduos, às famílias e à comunidade; desejo de todos aqueles que buscam uma condição de vida digna, justa e humana. Inicialmente, foi elaborado e disponibilizado um instrumento de autoavaliação da qualidade de gestão, das coordenações e das equipes de saúde da família, objetivando servir de guia para que os profissionais façam um juízo de valor a respeito do nível de qualidade

alcançado no trabalho na APS. A etapa seguinte, ainda em andamento, é o desafio na busca de consolidar não só o sistema de APS no país, como a reorganização do modelo assistencial, em consonância com os princípios do SUS.

No entendimento de Gil (2006), a ESF, embora tenha crescido sobremaneira no país, tem que ultrapassar uma grande barreira para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais: sua consolidação nos grandes centros urbanos. Nas palavras da autora:

Vive, com isso, um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. Em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe). O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema (lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência) (GIL, 2006, p. 1179).

No que tange à promoção da saúde escolar e do diálogo entre instituições de saúde e de educação, uma interessante oportunidade decorre da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (COSTA, 2008). Eles foram criados com intuito de dar um suporte à ESF com profissionais aptos a apoiarem as ações das equipes que, em sua maioria não conta com a colaboração de profissionais como fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos, nutricionistas, entre outros. A partir da autorização para a implementação do NASF, pelo Ministério da Saúde, os municípios podem dar início ao projeto de criação do mesmo, para atender a população local, reconhecendo que seu objetivo é agrupar profissionais de diversas áreas no atendimento à população. Em associação com as equipes de ESF, os profissionais do NASF ajudarão a ampliar o número de atendimentos realizados nos pontos de atenção básica. Existem duas modalidades de NASF a serem implantados, o NASF 1 e o NASF 2, sendo que:

O NASF 1 deve ter, no mínimo, cinco profissionais de diferentes áreas, de acordo com as mencionadas acima – um núcleo não poderá ter dois nutricionistas, por exemplo. Cada núcleo deverá estar vinculado a, no mínimo, oito e, no máximo, 20 equipes do SF¹. Excepcionalmente, em municípios da região Norte com até 100 mil habitantes, o NASF 1 poderá estar vinculado a, no mínimo, cinco equipes do SF. Cada NASF 1 implementado (após aprovação do projeto do município no Conselho Municipal de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite do estado) receberá do Ministério da Saúde R\$ 20 mil mensais para a manutenção (COSTA, 2008, p. 1).

Em relação à segunda modalidade, Costa (2008) afirmou:

O NASF 2 deve ter, no mínimo, três profissionais de diferentes áreas, estar vinculado a, no mínimo, três equipes do SF e só poderá ser implementado um núcleo por município. Esse município precisa ter densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com os dados do IBGE de 2007. Por mês, o ministério repassará R\$ 6 mil a cada NASF 2 implementado (COSTA, 2008, p. 1).

Pode-se perceber, ainda que seja recente a relação entre o NASF e a ESF, a significativa importância dos profissionais mencionados para o sucesso de suas ações e para o sucesso da parceria entre os setores Saúde e Educação no âmbito escolar.

2.3 A SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR NO CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DA ESF

Cyrino e Pereira (1999) descreveram a experiência do Programa de Saúde Escolar de Botucatu/SP, iniciado no final de 1985, a partir da reivindicação de uma escola estadual da periferia da cidade. A intenção era, a princípio, diagnosticar a situação de saúde e educação dos escolares, bem como, reconhecer as necessidades do corpo docente da referida escola e delinear uma proposta de ação com a participação de todos os envolvidos (professores, alunos e familiares). Inicialmente, formou-se uma equipe de profissionais das áreas saúde/educação, com a preocupação de compreender os problemas que envolvem a saúde da

¹ SF representa Saúde da Família, entendida neste estudo como ESF.

criança ingressante no sistema escolar e de construir propostas capazes de responder a esses problemas. A composição interdisciplinar da equipe (saúde mental, educação, saúde pública) facilitou a construção do trabalho coletivo voltado para diferentes práticas que pretendiam renovar-se pela incorporação de uma visão mais ampla dos problemas que envolvem as crianças das camadas populares em seu processo de escolarização. Segundo os autores, o programa foi se ampliando e aderindo a novas metas com o passar do tempo. Ressaltaram que, obviamente, o programa enfrentou conflitos e dificuldades na incorporação dessas novas metas, porém, não se deixou estagnar e foi construindo novas áreas de atuação, principalmente, associado ao trabalho interdisciplinar.

Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000) estudaram a frequência de vários comportamentos de saúde entre estudantes secundários de escolas estaduais e particulares da cidade de São Paulo, SP. Para isso, realizaram um estudo de corte transversal, com o sorteio de dez escolas estaduais e a seleção de sete particulares. Em cada escola selecionada, quatro salas foram aleatoriamente sorteadas, partindo da sétima série do ensino fundamental até o último ano do ensino médio. Para a coleta de dados, utilizaram um questionário de autopreenchimento, podendo observarem que uma significativa parcela dos entrevistados aderem comportamentos de risco à saúde, principalmente na faixa etária de 15 a 18 anos. Nas escolas públicas, os comportamentos mais frequentes foram: 1) andar de motocicleta sem capacete, com 70,4%; 2) não utilização de preservativos na última relação sexual, com 34%; 3) andar armado (4,8%) e tentar suicídio (8,6%, nos últimos 12 meses). Em contrapartida, em escolas privadas, o uso de substâncias psicoativas foi o comportamento de risco com os maiores índices, alcançando 25% (pelo menos um episódio de uso de álcool), 20,2% (algum inalante no último ano) e 22,2% (consumo de maconha no último ano). Em geral, os participantes da pesquisa que se inseriram no gênero feminino relataram menos comportamentos de risco, com exceção de tentativas de suicídio e de controle de peso por métodos não saudáveis.

Soares, Salvetti e Ávila (2003) realizaram um estudo objetivando reconhecer as concepções vigentes sobre os problemas e necessidades de saúde dos adolescentes moradores no distrito administrativo Raposo Tavares/SP. Para tanto, entrevistaram 12 coordenadores pedagógicos de instituições escolares e dois

coordenadores do Centro de Proteção ao Adolescente e do Centro de Juventude do referido distrito. Além disso, constituíram 21 grupos focais, com cerca de oito adolescentes cada um, e apresentaram a tais grupos um roteiro que indagava sobre: 1) sua situação de saúde atual; 2) os principais problemas relacionados à saúde dos adolescentes do bairro; 3) as causas desses problemas, e; 4) o que consideravam necessário para ter uma vida saudável. Constataram que o processo saúde-doença estava menos relacionado aos fatores biológicos propriamente ditos (problemas respiratórios, dentários e de pele, entre outros), do que a um conjunto de problemas sociais que têm repercussões sobre a saúde dos adolescentes de maneira mais ampla (drogas, violência, problemas comportamentais e gravidez na adolescência). Ao avaliarem as necessidades de saúde, apareceram referências à falta de ações intersetoriais e à necessidade de políticas sociais voltadas para a educação e para os espaços de convivência no bairro. Concluíram que o tratamento qualitativo dos dados complementou a análise quantitativa sobre a natureza dos problemas de saúde dos adolescentes da área, confirmando a existência de uma necessidade de proteção social a grupos de jovens pobres, moradores de espaços periféricos, pertencentes a famílias que estão submetidas às condições de reprodução social características da periferia do capitalismo. Ressaltaram que a tarefa que se coloca para a escola, bem como para o setor saúde, é sem dúvida a de superar as práticas isoladas, procurando promover um trabalho em conjunto, intersetorial.

Leonello e L'Abbate (2006) analisaram, por meio de uma pesquisa descritiva, o modo como a educação em saúde tem sido abordada no currículo de graduação em Pedagogia da Universidade Estadual de Campinas. Analisaram documentos (ementas disciplinares), realizaram entrevistas semiestruturadas com coordenadores do curso e investigaram a compreensão dos graduandos em relação à educação em saúde por intermédio de um questionário. Em relação ao currículo, observaram que, das 73 disciplinas analisadas, apenas duas trabalham, de modo explícito, a educação em saúde na escola. As respostas dos alunos revelaram que 65% desses não percebem tal abordagem no currículo, porém 85% consideram a atuação do pedagogo indispensável para o desenvolvimento do tema no ambiente escolar. Concluíram que há uma real necessidade de maior articulação entre os responsáveis pelos setores da educação, da saúde e representantes da

comunidade, no sentido de ampliar a reflexão sobre as temáticas da educação e da saúde e, sobretudo, a relação entre os dois campos na formação de pedagogos.

No entendimento de Mafra (2008), a escola compreende um ambiente muito favorável para promoção da saúde e formação de sociedades saudáveis, bem como, ideal para o adequado desenvolvimento das pessoas e das famílias. Sendo assim, realizou um estudo visando conhecer as práticas pedagógicas realizadas em um núcleo de educação infantil e relacioná-las com a promoção da saúde. Para tanto, utilizou a entrevista semiestruturada com professoras, além de análise dos documentos norteadores das práticas pedagógicas, e de observação informal durante as visitas e entrevistas. Identificou que a instituição pesquisada desenvolve uma série de ações de promoção da saúde e que a intersetorialidade é praticada por meio da relação do núcleo com a UBS local, da relação que elas estabelecem com os pais de alunos, das atividades que desenvolvem com as crianças em vários espaços da comunidade, da priorização da criação de ambientes saudáveis para estimular um convívio interpessoal agradável e de solidariedade entre as próprias educadoras. A maioria das educadoras percebe a saúde como resultado de ações que ultrapassam os limites da doença e da prevenção, e que as crianças devem estar bem emocionalmente para poder se desenvolver, aprender e aperfeiçoar habilidades. Sendo assim, a autora concluiu que os conceitos da promoção da saúde estão sendo articulados com as diretrizes da Educação Infantil naquela instituição, e que a divulgação desses conceitos pode fortalecer a articulação entre o educar e o cuidar.

2.3.1 Fatores de Risco à Saúde em Crianças e Adolescentes

Os seres humanos estão expostos a diversos riscos para saúde no decorrer de sua vida, os quais podem se iniciar na infância e ocasionar doenças na vida adulta.

De acordo com Oehlschlaeger et al. (2004), muitos são os fatores que expõem crianças, adolescentes e adultos à doenças no Brasil e no mundo, sendo

um deles, o sedentarismo, que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acomete 80,8% de adultos no Brasil.

Apesar da informação de que hábitos saudáveis na infância, inclusive a prática de atividades físicas, podem ser levados para a vida adulta, (HALLAL et al., 2006), poucos estudos brasileiros investigaram o nível de sedentarismo em crianças e adolescentes. Um deles foi realizado por Fonseca, Sichieri e Veiga (1998), em Niterói/RJ, com adolescentes entre 14 e 15 anos, classificando 85% dos meninos e 94% das meninas como sedentários. Já o estudo de Hallal et al. (2006), realizado em Pelotas, apontou 22% dos meninos e 55% das meninas como sedentários.

Outro fator que vem crescendo cada vez mais no Brasil e no mundo é a obesidade. De acordo com estudos do IBGE, está aumentando cada vez mais o número de pessoas obesas no Brasil. Há cerca de 17 milhões de obesos no país, o que representa 9,6% da população. Segundo a OMS, há 300 milhões de obesos no mundo e, destes, 1/3 situa-se nos países em desenvolvimento; o que torna a obesidade um dos 10 principais problemas de saúde pública do mundo, de acordo com a OMS, que a classifica como epidemia (SICHIERI; SOUZA, 2008).

Além disso, essa desordem tem crescido entre crianças e adolescentes. Segundo dados da última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE), realizada em 2002/03 pelo MS, 16,7% dos adolescentes entre 10 e 19 anos tem excesso de peso e, destes, 2,3% sofrem de obesidade. A causa pode estar ligada a mudanças de hábitos alimentares, com aumento no consumo de alimentos industrializados, e um estilo de vida mais sedentário. Com a elevação do peso das crianças, aumentam as chances de o país obter uma população adulta obesa e o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e outros problemas.

Segundo Silva et al. (2005), o alto índice de hipertensão e obesidade encontrado no país pode justificar-se por maus hábitos como o sedentarismo e má alimentação, sendo estes, iniciados desde a infância na escola. Portanto torna-se muito importante um trabalho feito na escola para a prevenção e educação a fim de prevenir esta doença, uma vez que, cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao SUS para receber atendimento na atenção básica, representando um alto custo social.

O diabetes mellitus é uma doença considerada pela OMS como uma epidemia mundial e está associada ligada aos maus hábitos iniciados desde a

infância. Para 2025, a previsão é de que a população de diabéticos duplique: 380 milhões (SBD, 2009). Portanto é muito importante a conscientização e educação para que alunos e familiares possam prevenir o desenvolvimento dessa doença e ter no futuro uma vida com melhor qualidade.

Além dessa doença sistêmica, o estresse pode se apresentar em várias pessoas e em diversas fases da vida, desde a escolar até a vida adulta. Também pode ser observado em professores escolares e alunos nas escolas. O estresse pode ser causado por diversos fatores e situações como, por exemplo, cobranças no trabalho, violência, vestibular, sedentarismo. De acordo com o *site* Estudo de Doenças Raras (2009), alguns estudos já realizados também citam o estresse dos professores denominando-o *burnout*. O *burnout* de professores relaciona-se estreitamente com as condições desmotivadoras no trabalho, o que afeta, na maioria dos casos, o desempenho do profissional.

Outro fator que merece atenção é o relacionado à postura. O estudo realizado por Zapater et al. (2004), na cidade de Bauru, em uma escola municipal, ressaltou os riscos aos quais estão expostos os alunos enquanto permanecem sentados nas escolas. Segundo a pesquisa, os estudantes ficam sentados por volta de quatro a cinco horas diárias por um período de aproximadamente oito anos, sendo que o aconselhável é que não permaneçam nessa posição por mais de 45 a 50 minutos ininterruptos. Nesse sentido, a postura, que muitas vezes é inadequada, acaba por acarretar danos à boa saúde geral desses indivíduos. Nota-se assim, que os alunos estão constantemente expostos aos riscos de desenvolverem problemas posturais.

Em suma, o que se observa é que são muitos os fatores de risco a que estão expostos os alunos inseridos nas escolas e ao longo de suas vidas. Daí a importância da realização de ações para a melhoria da qualidade de vida e educação em saúde desses indivíduos, tendo impacto tanto nos escolares em si, como em toda a sociedade que o cerca, na geração presente e futura.

2.4 INICIATIVAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para MacDonald (1998), a promoção de saúde consiste em um processo abrangente e contínuo, onde prevenção, educação e participação de diferentes setores da sociedade encontram-se interligados para a elaboração de estratégias que permitam a efetividade da educação para a saúde. Nesse contexto, a promoção ultrapassa as atividades e as decisões individuais para tornar-se uma atividade coletiva. A abordagem reducionista do modelo biomédico, em geral, não leva em consideração outros fatores que influenciam a saúde, tais como o ambiente físico e social onde os problemas ocorrem. Considerando que a saúde envolve inúmeras variáveis relativas ao indivíduo e ao meio ambiente, o autor relatou que sua interpretação exige um enfoque mais amplo, não sendo, portanto, apropriado o enfoque referido. O movimento de promoção da saúde foi lançado, não para se opor a outros modelos reducionistas, mas, sim, para preencher essa lacuna e propor uma abordagem mais estruturalista ao modelo biomédico, em que a prevenção e o tratamento das doenças, bem como a adoção de comportamento e estilo de vida saudável requerem medidas no âmbito econômico, ambiental, sociocultural e legislativo para sua efetivação.

De acordo com a Carta de Ottawa:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 1986, p. 1).

No entendimento de Buss (2000), apesar de o termo “promoção da saúde” ter sido usado a princípio, por Leavell e Clark, em 1976, para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, seu significado foi mudando, passando a representar, com o tempo, um enfoque político e técnico em torno do processo

saúde/doença/cuidado. A promoção da saúde tem sido entendida, por vezes, como reação à acentuada medicalização da vida social e, por outras, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas. De acordo com o autor, as políticas públicas saudáveis, a governabilidade, a gestão social integrada, a intersectorialidade, as estratégias dos municípios saudáveis e o desenvolvimento local são mecanismos operacionais concretos para a implementação da estratégia da promoção da saúde e da qualidade de vida. A mudança da legislação e a introdução de inovações nos programas de agentes comunitários de saúde e na ESF, bem como, a ampliação do piso assistencial básico, podem ocasionar, no caso brasileiro, um extraordinário impulso à qualidade de vida e às condições de saúde, sob a ótica da promoção da saúde.

A promoção da saúde resgata a concepção da saúde como produção social e busca desenvolver políticas públicas e ações de âmbito coletivo que extrapolem inclusive o enfoque de risco. Embora os sete princípios elaborados pela OMS para o desenvolvimento da promoção da saúde (concepção holística, intersectorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade) estejam razoavelmente desenvolvidos, permanece a dificuldade de traduzi-los em práticas coerentes, a ponto de as raras práticas que privilegiam a “nova promoção de saúde” se encontrarem ainda dispersas e desarticuladas (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Atentos a essa lacuna, Sícoli e Nascimento (2003) analisaram experiências públicas de intervenção no nível local com o objetivo de descrever o modo pelo qual esses princípios se encontravam operacionalizados. Para isso, realizaram uma pesquisa, a partir de dados secundários (já descritos), abordados pela técnica de análise documental. Os dados foram obtidos no banco de dados do “Programa Gestão Pública e Cidadania”, o qual está voltado a abranger e disseminar práticas e experiências públicas de governo nos âmbitos municipal, estadual ou regional, procurando premiar “o que está indo bem na administração pública”. A descrição e análise de cinco experiências-caso foram realizadas com base em um roteiro inspirado no questionário do Programa Gestão Pública e Cidadania, e nas próprias definições dos sete princípios da promoção de saúde. Ao tentarem estabelecer um diálogo entre as definições de cada princípio e as cinco experiências-caso, os autores evidenciaram as diferentes extensões da

operacionalização de cada um dos princípios nos projetos. Além disso, sugeriram que os sete princípios podem ter relevâncias distintas para a operacionalização da promoção de saúde, sendo suficientemente universalizáveis e operacionalizáveis, tendo sido encontrados em iniciativas de natureza diversa. Os autores entenderam que o setor Saúde pode ter, além das atribuições “tradicionais”, um papel de destaque para a operacionalização da intersectorialidade, sensibilizando outros setores e viabilizando a pactuação de metas e objetivos comuns, voltados a impactar positivamente sobre as condições de vida cotidianas e seus determinantes socioeconômicos e ambientais.

Identificar o entendimento e a percepção que educadores de uma escola pública paulistana têm quanto às temáticas “Educação em Saúde” e “Promoção da Saúde na Escola” e quanto às práticas desenvolvidas no ambiente escolar para promover saúde, foi o objetivo do estudo de Santos e Bógus (2007). Observaram que as práticas educacionais são heterogêneas, porém, houve predominância de uma concepção especialista, na qual o professor de Ciências é considerado o mais habilitado a desenvolver práticas de educação em saúde. Também observaram, em geral, tendência à visão assistencialista, que se baseia na preocupação com o cuidado pontual, sem, muitas vezes, considerar condições histórico-sociais da comunidade escolar. Quanto ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção da saúde, a maioria dos professores se excluiu do processo de planejamento e execução, atribuindo esse papel ao diretor e ao coordenador pedagógico. Embora a maioria tenha relatado não participar de entidades civis, houve referência ao estabelecimento de um sistema de parceria com a comunidade e com instituições da sociedade civil como algo importante para a construção de ações sob o enfoque da promoção da saúde. Concluíram que, para que as instituições de ensino caminhem na direção de EPS, faz-se necessária a formação de equipes com o envolvimento da comunidade, de acordo com a proposta da escola e sua respectiva inserção nos projetos políticos pedagógicos.

2.4.1 Experiências

Conforme descrito por Ayres (2004), há uma tendência mundial à superação de modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa e na intervenção medicamentosa, em favor daqueles orientados ativamente em direção à saúde. É nesse contexto que a promoção da saúde tem sido descrita como novo e promissor paradigma, uma vez que enfatiza a integralidade do cuidado, a prevenção, o compromisso com a qualidade de vida e a adoção da participação comunitária como integrante do planejamento e avaliação dos serviços.

A promoção da saúde tem se destacado dentre as formas de se pensar e fazer sanitários desenvolvidas como resposta aos novos desafios sociais, políticos e culturais, ao esgotamento do paradigma biomédico e à mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas. A promoção da saúde, para Carvalho (2004) tem crescente influência nas políticas públicas de distintos países, tendo em vista sua constante contribuição para a renovação do pensamento sanitário contemporâneo, que busca contrapor-se ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo que dominou o setor por um longo tempo. Ao levar em conta diversos determinantes da saúde e doença, a promoção da saúde amplia o alcance das atividades de saúde para além dos parâmetros tradicionais, produzindo uma síntese inovadora de conceitos originários de campos disciplinares como a Sociologia, a Psicologia, a Ciência Política, a Economia, a Epidemiologia e a Ecologia, além de introduzir novas ideias, linguagens e conceitos sobre a saúde e sobre a maneira de produzi-la. Em suas palavras, o autor ressaltou que, para a realidade brasileira:

[...] a incorporação das premissas e estratégias de promoção à saúde no SUS deve ter como parâmetro a necessidade de superarmos as raízes estruturais da iniquidade na saúde, o que passa, necessariamente, por dar respostas aos desafios de: a) garantir o acesso a bens e serviços de saúde de qualidade; b) produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis e c) contribuir para a democratização do poder político (CARVALHO, 2004, p. 677).

Após a citação dessa nova perspectiva de saúde por Lalonde, houve significativa repercussão e desencadeamento de uma série de iniciativas lideradas pela OMS, começando com a Assembleia de Alma Ata, em 1977, na então União Soviética, da qual resultou a “Declaração de Alma Ata”. Essa declaração, além de preconizar a SPT/2000 e a importância da atenção básica como recomendação chave, ressaltava a necessidade da participação comunitária e da interação intersetorial para a saúde. Foi então, com base nesses elementos, que a OMS lançou um programa formal de Promoção de Saúde em 1984, durante a “*Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts and Principles*”, o qual motivou a realização da “Primeira Conferência Internacional em Promoção da Saúde”, no ano de 1986, em Ottawa no Canadá, da qual resultou a “Carta de Ottawa”. Esse documento cita cinco áreas de ação que fornecem os fundamentos para a provisão de promoção da saúde, incluindo: 1) desenvolvimento de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambiente sustentável; 3) fortalecimento da participação comunitária; 4) desenvolvimento de habilidades individuais e; 5) reorientação dos serviços de saúde (SOUZA; GRUNDY, 2004).

No caso brasileiro, no ano de 1998, o MS, associado à Organização Pan-Americana de Saúde, lançou um programa promoção de saúde que encoraja e divulga as atividades por meio de seu periódico denominado “Promoção da Saúde”. Os projetos desenvolvidos no programa incluem o movimento dos Municípios Saudáveis, as EPS, Hospitais Saudáveis e os Eco-Clubes. Sob o ponto de vista científico, essa proposta representa um enorme desafio, particularmente em âmbito nacional, onde práticas que requerem participação e conscientização social para a redução das desigualdades socioeconômicas e, conseqüentemente desigualdades na saúde, põem em risco interesses políticos individuais que se sobrepõem ao desenvolvimento coletivo. Contudo, o crescimento da epidemiologia social e a construção de capital social parecem expandir as possibilidades no campo da saúde pública em direção a uma população mais saudável (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Na opinião de Heidmann et al. (2006), a promoção da saúde pode, na realidade, ocasionar contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico no setor Saúde, sendo necessário, para isso, intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que, em

conjunto, possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e proporcionar um desenvolvimento social mais equitativo. Os autores ressaltaram a importância da realização do trabalho em conjunto com as cinco estratégias de promoção à saúde, a saber: 1) políticas públicas; 2) criação de ambientes saudáveis; 3) reforço da ação comunitária; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais, e; 5) reorientação dos serviços de saúde. Contudo, citaram que a maior dificuldade na obtenção de uma adequada promoção da saúde consiste na significativa desigualdade social com deterioração das condições de vida da maioria da população, associada ao aumento dos riscos para a saúde e diminuição dos recursos para enfrentá-los. Assim, a busca por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida e deve estar presente nas principais estratégias de promoção da saúde, sendo que a incorporação das premissas de promoção da saúde deve direcionar-se à superação das iniquidades sociais e de saúde, o que requer autonomia e respeito dos sujeitos que, por meio de uma relação de diálogo, possam melhorar o acesso dos serviços de saúde e adquirir o direito à saúde e à cidadania.

2.5 INTERSETORIALIDADE E AS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE

De acordo com Junqueira (2000), o SUS é um projeto político, cujo ponto fundamental para sua implementação efetiva é o envolvimento dos diversos setores da sociedade em uma relação intersetorial a partir de uma abordagem das necessidades sociais e integrais das pessoas, para planejamento e realização de respostas integradas. Para a elaboração de um sistema que abranja vários setores visando à promoção da saúde, uma dificuldade é a diversidade cultural e a diversidade de problemas que uma sociedade ou região apresentam. A cultura pode variar regionalmente e os problemas também podem variar de uma comunidade para outra. Uma forma de abordar a diversidade regional é por meio da intersetorialidade que, nas palavras de Campos, Barros e Castro (2004):

[...] é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersectorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004, p. 747).

Já a Política Nacional da Saúde (BRASIL, 2006b) tratou a intersectorialidade como:

[...] a articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propicie (BRASIL, 2006b, p. 10).

As ações intersectoriais surgem, contemporaneamente, como uma possibilidade de se enfrentar de forma mais integrada às necessidades da população, que são complexas, buscando reflexos de saúde a partir de intervenções na cadeia de determinação social do processo saúde/doença. Utiliza-se como base, o princípio de que não é possível promover a saúde com o setor agindo isoladamente. Nesse sentido, Domingues (2006) buscou identificar a percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em uma região de São Paulo, sobre trabalho intersectorial. Para isso, realizou uma análise das discussões realizadas em uma oficina sobre o tema. Constatou que, apesar da percepção sobre a influência das precárias condições de vida e trabalho na saúde da população atendida, os trabalhadores não identificaram a intersectorialidade como estratégia, apresentando esporádicos relacionamentos intersectoriais permeados por relações de poder e frágil participação social. O autor sugeriu, então, a reavaliação do processo de capacitação desses trabalhadores visando a transformação gradual das relações de poder em autoridade compartilhada e sensibilização dos atores sociais sobre a importância do trabalho intersectorial.

Relacionando a escola com o setor Saúde, Brasil (2006b) descreveu que:

Nos dias de hoje está estabelecida e oficializada a interseção da educação com vários outros saberes e ciências, em especial com a área de Saúde. A intersectorialidade possibilita releituras da realidade a partir de um novo olhar, de outro setor, e essa troca pode provocar mudanças e suscitar mudanças em ambos os setores. Ao rever a interação entre os setores de Educação e Saúde, ressalta-se o processo de humanização dos serviços de atenção à saúde como importante contribuição para o fortalecimento da promoção da saúde. O partilhar de conhecimentos específicos entre profissionais da saúde e educação permite a construção de uma nova praxis na promoção da saúde do escolar (BRASIL, 2006a, p. 7-8).

Santos (2005) avaliou um projeto intersectorial desenvolvido por uma escola e uma UBS da cidade de Campinas, em 2004, visando identificar, a partir dos discursos dos atores sociais envolvidos, as aproximações e limitações de suas práticas com as respectivas propostas políticas oficiais de Educação e Saúde. Com base na análise das respostas obtidas nas entrevistas, a autora não observou uma ação interdisciplinar entre os serviços de saúde e educação na perspectiva de promoção da saúde, relatando que a relação é mais de soma de funções e não de articulação dos saberes e práticas. Os principais responsáveis pelas atividades educativas em saúde foram os profissionais da UBS, pois, os professores não demonstraram se considerarem corresponsáveis pelo trabalho educativo. Segundo os entrevistados, houve significativas melhoras de relacionamento entre os serviços após a implantação do projeto intersectorial, principalmente em relação aos aspectos operacionais e administrativos. Contudo, a autora constatou que professores e pais pouco participaram da construção do projeto, ocupando duas funções principais: apontar problemas relevantes e receber as ações educativas. Assim, observou deficiência em um cumprimento fundamental do SUS: a participação popular, que salienta a importância do planejamento e execução das práticas de saúde com, e não sobre, a comunidade.

Finalizando, a autora sugeriu três ações a serem realizadas para a melhoria dos resultados do projeto, sendo: 1) estimular e garantir a participação da comunidade no desenvolvimento do projeto intersectorial, por meio do compartilhamento de tarefas, não só entre os profissionais da saúde, mas com todos os interessados; 2) promover momentos de discussão a respeito dos conceitos de educação e saúde entre todas as pessoas envolvidas com o projeto, incitando cursos de capacitação dos profissionais, favorecendo a atualização e estímulo dos trabalhadores, e; 3) ampliar os temas de saúde abordados com a comunidade

escolar, bem como diversificar as estratégias pedagógicas, buscando, assim, experimentar novas possibilidades, contribuindo para a ampliação e aprimoramento das atividades educativas em saúde (SANTOS, 2005).

A escola se apresenta como uma ampla região de diversidade cultural, constituindo-se no ambiente em que crianças, adolescentes e jovens estão em plena formação de sua maturidade, na formação para se tornarem cidadãos, e também nas habilidades físicas, cognitivas, de coordenação motora, lateralidade, etc. Nessa fase também, irão aprender hábitos saudáveis, ou não, e a educação para a saúde. Os hábitos na infância e adolescência serão levados para a vida adulta como apresentado por um estudo realizado em estudantes de um curso médico que realizavam um estágio de internato em pediatria e tocoginecologia no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (ALVES et al., 2005), onde o resultado mostrou que práticas de atividades esportivas na adolescência contribuem para atividade física de lazer na vida adulta. Além disso, é também nessa fase que crianças e adolescentes podem adquirir hábitos que podem levar a fatores de risco como: sedentarismo, alimentação inadequada, más posturas, etc.

As escolas apresentam um público heterogêneo e constituem, portanto, um ótimo cenário para a elaboração de intervenções para que esta população adquira hábitos de vida mais saudáveis visando a promoção da saúde. Porém, é importante que essas intervenções sejam organizadas com a participação dos setores da Educação e Saúde. Juntos, esses setores podem realizar diversas formas de ações na escola. Educação e Saúde são a chave para o aprimoramento dos seres humanos e a escola é um ambiente privilegiado, pois, não é somente formado por crianças, adolescentes e jovens, mas também, pelos familiares dos estudantes, professores e outros funcionários.

Na discussão da intersetorialidade na promoção da saúde destaca-se a formulação do conceito e iniciativas de Escolas Promotoras de Saúde. No entendimento de Pelicioni e Torres (1999), a Escola Promotora de Saúde (EPS), também chamada de escola saudável, visa contribuir para o desenvolvimento das potencialidades físicas, psíquicas e sociais dos escolares da educação básica, utilizando-se, para isso, ações pedagógicas de prevenção e promoção da saúde e da conservação do meio ambiente, dirigidas à comunidade.

De acordo com Navarro (1999), para que uma escola possa se engajar no seguimento da filosofia das EPS precisa promover mudanças nas seguintes dimensões: 1) curricular – tanto alunos como professores devem ser capazes de associar, cada vez mais facilmente, os conteúdos das disciplinas à vida, procedendo a infusão de temas de saúde em todo o currículo; 2) psicossocial – aumentar o prazer de trabalhar na instituição e o sentimento de pertença a essa organização, sendo desejável o estabelecimento de um ambiente de solidariedade e entreajuda que possibilite evitar conflitos e sanar precocemente os que inevitavelmente surgirem; 3) ecológica – preservação e melhoria de todos os espaços onde se processa a vida escolar, dando particular atenção, por parte da escola, à higiene das cantinas e aos alimentos e refeições que ali são servidos, e; 4) comunitária e organizacional – integração da escola na vida da comunidade de que faz parte e aproveitamento dos recursos para uma melhoria dos resultados, implicando, assim, intervenções no sentido da escola para a comunidade e vice-versa.

Silveira (2000) definiu a EPS como a escola que se coloca a serviço da promoção da saúde e atua nas áreas de ambiente saudável, oferta de serviços de saúde e educação em saúde.

A criação de uma EPS não é um processo fácil, tendo em vista que diversos fatores dificultam sua implementação e execução de seus princípios, a saber: 1) fraca participação do setor da saúde; 2) ausência de cursos de formação para professores na área de saúde; 3) falta de tempo dos professores para se dedicarem à implementação de projetos de educação para a saúde, e; 4) pouco envolvimento dos pais nas tomadas de decisão da escola (CARVALHO, 2001),

Para Gomes (2009), uma vez que o estado de saúde está direta e intimamente relacionado aos comportamentos das pessoas, deve-se procurar os melhores meios para promover a adoção de comportamentos saudáveis ou alteração de condutas prejudiciais. Nesse contexto, citou como meio mais adequado e promissor, para a promoção da saúde e a Educação para a Saúde de toda a comunidade acadêmica e da comunidade envolvente, as EPS. Em suas palavras:

Através dos programas de Educação para a Saúde deve-se preparar o aluno para cuidar de si no que diz respeito a normas de higiene pessoal e ambiental, regras de segurança doméstica, de lazer, etc. Deve-se ainda preparar os alunos para que, ao deixar a escola, seja capaz de cuidar da sua própria saúde e da dos seus semelhantes e, sobretudo, adoptar um estilo de vida que comporte o objetivo do que hoje em dia chamamos de saúde positiva e que não é senão, o desenvolvimento de todas as suas possibilidades físicas, mentais e sociais (GOMES, 2009, p. 85).

O autor caracterizou uma EPS como “uma escola que procura constantemente um estilo de vida, de aprendizagem e de trabalho propício ao desenvolvimento da saúde” (GOMES, 2009, p. 87).

2.6 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

No documento publicado pelo MS em associação com o MEC, intitulado “Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais” (BRASIL, 2007), foi apresentado o PSE, instituído pelo decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, como proposição de uma política intersetorial entre MS e MEC na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público, no âmbito das escolas e/ou das UBS, realizadas pelas equipes de ESF. A implantação do PSE ocorre por meio da adesão dos municípios que tiverem implantado equipes de ESF, sendo que o sucesso baseia-se na responsabilidade e no compromisso entre os entes federados e na articulação, em todas as esferas, dos setores Saúde e Educação.

A fim de que seja garantido o funcionamento do PSE, é preciso avaliar as condições de saúde de crianças, adolescentes, jovens e adultos que estão na sala de aula; momento esse, que deve ser oportunamente agendado e acordado com a direção da escola, pois constitui-se em importante fator de aproximação e encontro entre a equipe de saúde e a comunidade escolar. O PSE prevê a realização de três atividades conjuntas, as quais são ações estratégicas a serem desenvolvidas pelos profissionais das equipes de ESF, onde: 1) avaliação clínica e psicossocial; 2) avaliação nutricional, e; 3) avaliação da saúde bucal. Além disso, são necessárias

avaliações auditiva e oftalmológica, bem como, identificar hábitos alimentares inadequados dos estudantes, com a intenção de fornecer aos mesmos, a oportunidade de obterem óculos ou aparelhos de audição quando necessitarem. Associado a isso encontra-se o reconhecimento do desenvolvimento de distúrbios alimentares, problemas de saúde geral, doenças bucais, e ainda, fatores que possam agravar quadros de doenças sistêmicas. Assim, algumas ações são estratégicas para a promoção da saúde na escola: 1) promoção da alimentação saudável; 2) promoção da atividade física; 3) educação para a saúde sexual e reprodutiva; 4) prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas, e; 5) promoção da cultura de paz e prevenção das violências e acidentes (BRASIL, 2007).

O PSE tem como objetivo principal expandir as ações de saúde realizadas em escolas públicas, desde o ensino fundamental até o ensino médio, bem como, escolas federais de educação profissional e tecnológica, e Educação de Jovens e Adultos (EJA). Nesse sentido, o PSE iniciou o ano de 2008 incorporando dois milhões de alunos das escolas priorizadas, sendo que o público-alvo do programa constituiu-se de 1242 municípios prioritários do MEC para o Plano de Desenvolvimento da Educação, dos quais, 647 possuíam ESF e, por isso, o cruzamento pode ser realizado. Além disso, cerca de 2.050 escolas, situadas nos municípios do Programa Mais Educação, estariam sendo contempladas. O MS estima que, até o ano de 2011, cerca de 26 milhões de alunos serão atendidos pelas equipes de ESF nas escolas da rede pública (BRASIL, 2008a).

Dentre os componentes básicos do PSE, o primeiro, “avaliação das condições de saúde” relaciona-se à atenção clínica, sendo realizada avaliação clínica e psicossocial, da atualização do calendário de vacinas, da detecção precoce da hipertensão arterial sistêmica, da avaliação oftalmológica, auditiva, nutricional e da saúde bucal. No segundo componente, “promoção da saúde e prevenção”, estão inseridas iniciativas:

(1) de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, buscando a melhora nutricional dos escolares; (2) promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas, estimulando-os a fazê-los como uma escolha, uma atitude frente à vida; (3) educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, ações de prevenção de gravidez na adolescência chegarão a 87 mil escolas em 3,5 mil municípios; (4) prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; e, (5) promoção da Cultura de Paz e das violências (BRASIL, 2008a, p. 1).

A “educação permanente e capacitação dos profissionais e de jovens”, que se constitui no terceiro componente, deve consistir na formação e desenvolvimento dos profissionais que atuarão nos territórios do PSE, levando seus objetivos e metas às populações em que se inserem. O quarto e último componente é o “monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes”, e consiste em avaliações periódicas a serem realizadas para a manutenção e aprimoramento do Programa, por meio da análise dos indicadores de sucesso do mesmo, o que inclui a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) e o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica). As atribuições do MEC no PSE incluem o desenvolvimento e distribuição de materiais impressos e equipamentos para o desenvolvimento das ações previstas como, por exemplo, publicação e distribuição de materiais do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, aquisição e distribuição de equipamentos médicos, elaboração de materiais impressos e disponibilização do *kit* do Projeto Olhar Brasil. Já o MS, visando apoiar os municípios no desenvolvimento das ações de atenção básica à saúde previstas no PSE, propôs a criação do Incentivo PSE, uma parcela extra do incentivo mensal às equipes de ESF que atuarem no programa. Além dos incentivos financeiros, fica a cargo do MS publicar almanaques para distribuição aos alunos das escolas atendidas pelo PSE, e Cadernos de Atenção Básica para as 5.500 equipes de ESF que atuarão junto a essas escolas. Em associação, os Ministérios devem publicar os *folders* e cartazes para a divulgação da campanha nas comunidades onde o PSE esteja inserido (Figuras 1 e 2) (BRASIL, 2008a).

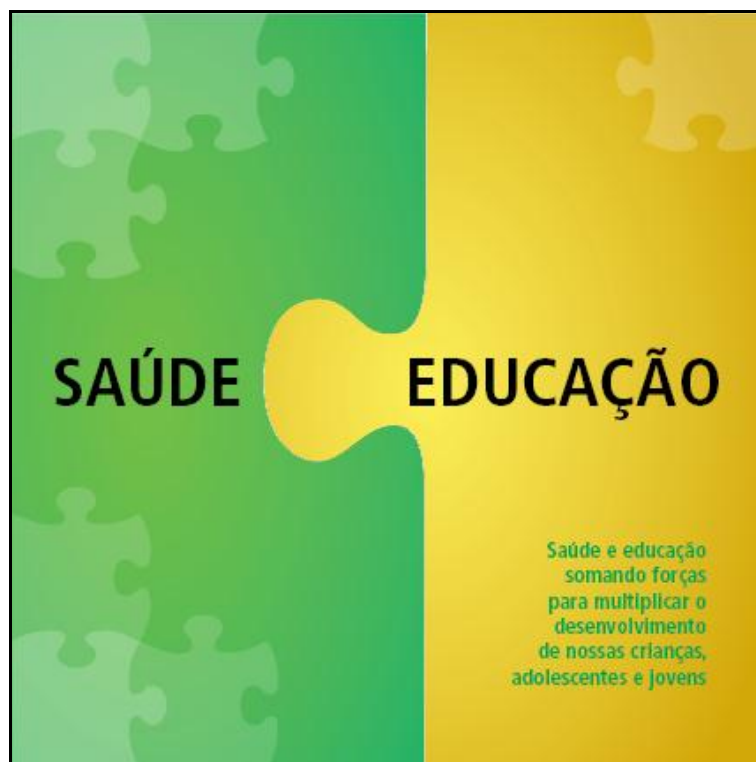


Figura 1A – *Folder do PSE fechado.*
 FONTE: Brasil (2008c).

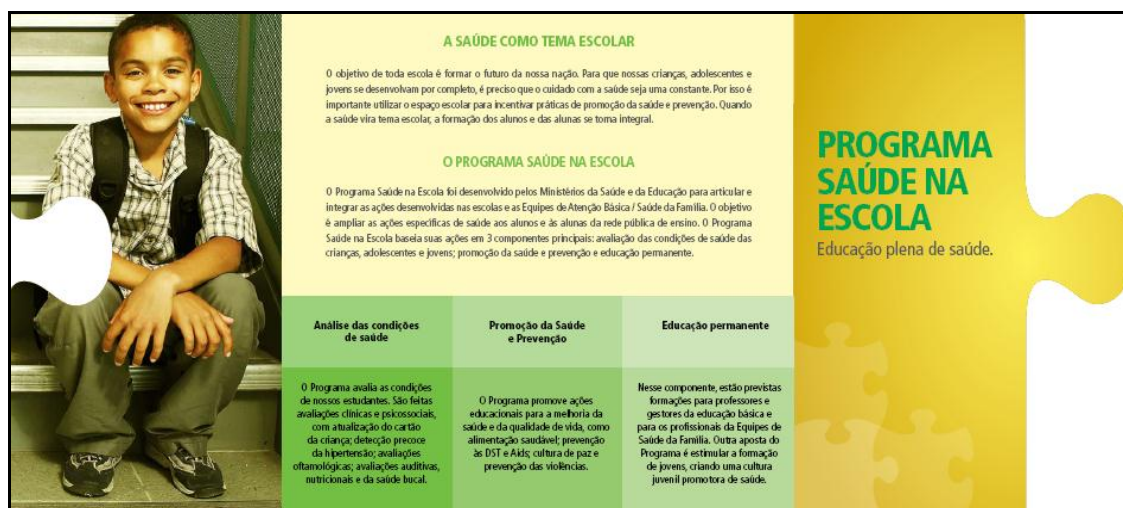


Figura 1B – *Folder do PSE aberto (frente).*
 FONTE: Brasil (2008c).

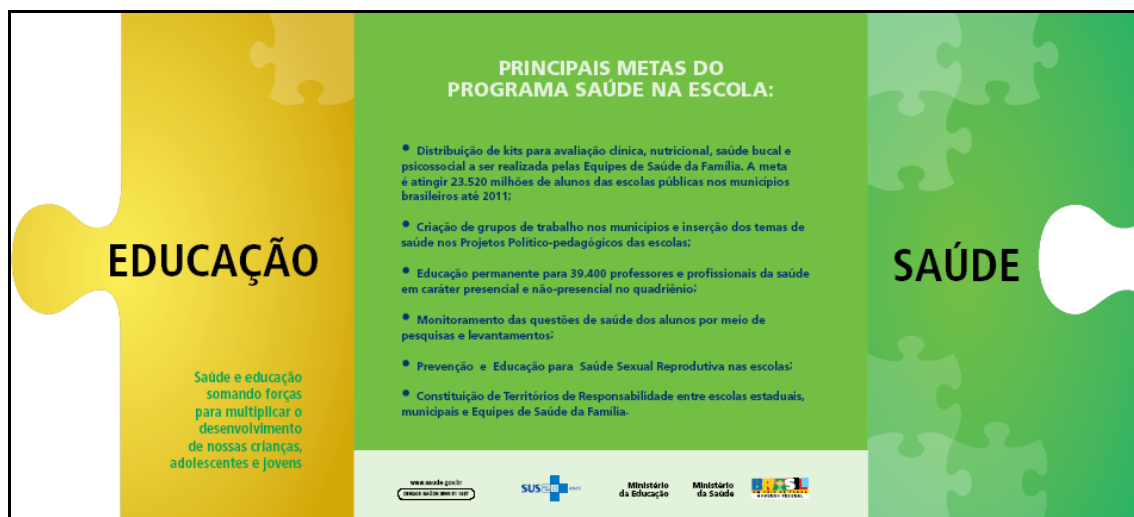


Figura 1C – Folder do PSE aberto (verso).
 FONTE: Brasil (2008c).



Figura 2 – Cartaz do PSE.
 FONTE: Brasil (2008c).

O PSE visa contribuir para o fortalecimento de ações que associando a saúde com a educação, possam auxiliar na eliminação dos problemas que dificultam o pleno desenvolvimento de crianças e jovens brasileiros. Contudo, para que os objetivos sejam alcançados, é de fundamental importância o compromisso entre os entes federados em um processo progressivo de articulação intersetorial. O PSE obteve um percentual de adesão de 86,73% no ano de 2008 – para início das ações em 2009, o que correspondeu a um total de 608 municípios entre os 701 com possibilidade de adesão a partir dos critérios estabelecidos pela Portaria GM nº 1.861, de 04 de setembro de 2008. Ressalta-se que cada uma das ações previstas no PSE deve ser desenvolvida na escola de modo mais articulado possível, aproximando e integrando os profissionais entre si, com os educandos e com a comunidade (BRASIL, 2008b).

2.7 A ESF NO CONTEXTO DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG

No Brasil, o Estado de Minas Gerais se destaca na implementação da ESF, a qual está inserida atualmente em 837 municípios, perfazendo um total de 4.124 equipes, conforme ilustrado nas Figuras 3 e 4 (BRASIL, 2010).

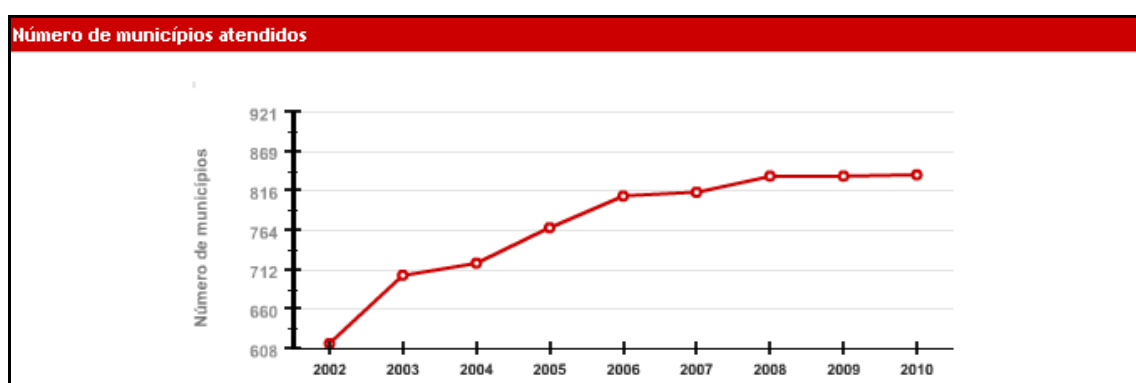


Figura 3 – Gráfico demonstrando o número de municípios atendidos pela ESF entre 2002 e 2010 no estado de Minas Gerais.

FONTE: Brasil (2010).

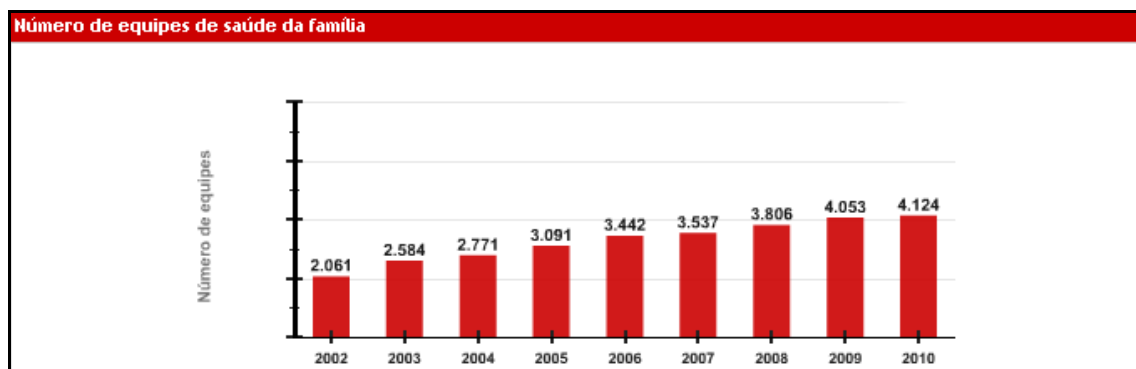


Figura 4 – Gráfico apresentando o número de equipes de ESF no estado de Minas Gerais no período compreendido entre os anos de 2002 e 2010.

FONTE: Brasil (2010).

A população do município de Juiz de Fora foi estimada pelo IBGE, no ano de 2009, com 526.709 mil habitantes, sendo este, o quarto maior município do estado e 36ª maior cidade do Brasil (levando-se em consideração sua população). Possui uma densidade demográfica de 366,5 hab/km² e IDH – 0,828 (elevado) (BRASIL, 2010). Localizada a 272 km da capital do estado, Belo Horizonte, e a 184 km do Rio de Janeiro (DNIT, 2010), o município possui renda per capita de R\$1.266,46 (BRASIL, 2010).

A constituição das unidades da rede de saúde está ilustrada na Figura 5.

TIPO E NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE	
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1
Centro de Atenção de Hemoterapia e ou Hematologia	1
Centro de Atenção Psicossocial	3
Centro de Saúde/Unidade Básica	49
Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade	177
Consultório isolado	565
Farmácia	3
Hospital Dia isolado	2
Hospital especializado	6
Hospital geral	12
Policlínica	3
Posto de Saúde	12
Secretaria de Saúde	1
Unidade de Apoio, Diagnose e Terapia (SADT isolado)	80
Unidade de Vigilância em Saúde	2
Unidade mista	4
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar – Urgência/Emergência	1
Unidade Móvel Terrestre	1
Total	923

Figura 5 – Quadro apresentando as unidades de saúde do município de Juiz de Fora/MG.

FONTE: Brasil (2010).

A ESF foi implantada em 1995 e Juiz de Fora conta atualmente com um total de 73 equipes de ESF (Figura 6) inseridas em 34 UBS, e com 19 UBS tradicionais (BRASIL, 2010).

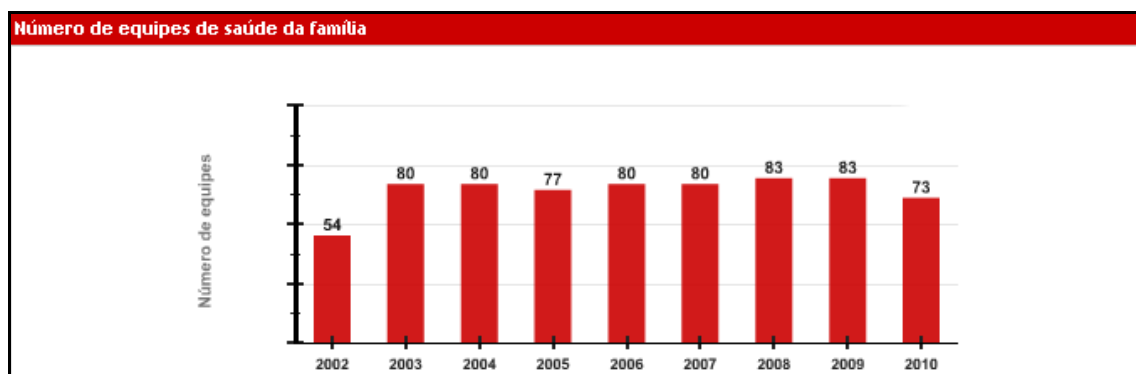


Figura 6 – Gráfico demonstrando a evolução do número de equipes de ESF no município de Juiz de Fora/MG no período compreendido entre 2002 e 2010.

FONTE: Brasil (2010).

Os NASF ainda não foram implantados no município. Por este motivo, em maio de 2010 vereadores e representantes do Conselho Municipal de Saúde e das Secretarias de Saúde e Administração e Recursos Humanos se reuniram. Os vereadores cobraram mais agilidade na criação dos núcleos, que contam com um projeto desde 2009, o qual prevê a criação de quatro NASFs, sendo três em bairros da zona norte e um na região sudeste. A previsão é que cada núcleo tenha cinco profissionais (nutricionista, psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta e educador físico) (JORNAL TRIBUNA DE MINAS, 2010).

Em relação às instituições de ensino, de acordo com a Superintendência Regional de Ensino do município, existem 59 escolas da rede estadual e 183 da rede municipal (SRE, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Investigar a percepção de profissionais de saúde e educação sobre a importância da promoção da saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, em escolas públicas do município de Juiz de Fora/MG.

3.2 ESPECÍFICOS

- Verificar entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família a percepção sobre a importância e possibilidades da parceria entre este setor e a Escola para a promoção da saúde;
- Verificar entre os profissionais que atuam nas escolas públicas a percepção sobre a importância e possibilidades da promoção da saúde na escola pela Estratégia Saúde da Família.

4 METODOLOGIA

O estudo foi qualitativo, realizado por meio de uma pesquisa exploratória, sendo explorada a opinião e percepção dos profissionais da saúde e educação relacionada a promoção da saúde escolar. O método de coleta de dados foi a entrevista presencial individual, realizada pelo próprio pesquisador por meio de um roteiro semiestruturado e as respostas foram gravadas em um aparelho gravador digital e, posteriormente, transcritas pelo próprio pesquisador.

A entrevista individual consiste em uma conversa orientada para um objetivo definido que é recolher, por meio de um interrogatório do informante, dados para a pesquisa (CERVO; BERVIAN, 1996). Devido à presença do entrevistador, a entrevista pode ser utilizada em todos os seguimentos da população, inclusive analfabetos, permitindo que o entrevistador repita e esclareça as perguntas para melhor compreensão do entrevistado, além de possibilitar a obtenção de informações mais precisas (GUIMARÃES et al., 2007).

4.1 QUESTÕES ÉTICAS

Por se tratar de uma pesquisa na área de saúde, este estudo foi aprovado em 10/06/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro, conforme determina a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e os participantes aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

O estudo foi realizado em 10 Unidades de Saúde da Família (USF, escolhidas por sorteio), e na escola pública das áreas adscritas a essas unidades.

Os sujeitos da pesquisa foram os diretores das escolas da rede pública selecionadas (ou profissional indicado por esse) e profissionais da saúde da família, preferencialmente, o(a) enfermeiro(a). O critério foi selecionar na USF o profissional indicado pelo chefe da unidade como o mais envolvido com atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos nas escolas.

Após o sorteio aleatório, foram selecionadas as UBS que foram identificadas como U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7, U8, U9 e U10. Da mesma forma, as escolas municipais adscritas foram denominadas E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 e E10. Essa denominação se deu pelo fato de constar no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que os entrevistados não seriam identificados.

4.3 REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Para que as entrevistas fossem realizadas, foi necessário obter, junto à Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora, uma autorização, devidamente assinada pela secretária, a qual exigiu informações sobre a pesquisa, bem como, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Essa autorização foi, obrigatoriamente, apresentada aos chefes das USF previamente à realização das entrevistas, sendo necessário o arquivamento de uma via em cada USF participante. Já a Secretaria de Educação do município solicitou que o assunto fosse tratado diretamente com os diretores das escolas.

As entrevistas foram realizadas em um período de três semanas, compreendido entre os dias 14 de junho de 2010 e 02 de julho de 2010, sendo feitas por um único pesquisador, o qual foi previamente treinado, por meio da realização das entrevistas com dois indivíduos não participantes do estudo.

Assim, o pesquisador agendou, previamente, por telefone, um encontro com os supervisores das USF sorteadas ou, com profissionais indicados por este, quando foi o caso. Durante esse encontro, os profissionais participantes das USF foram questionados sobre as escolas que pertenciam à área de abrangência da unidade, sendo assim, selecionadas as escolas que participaram da pesquisa. O processo de agendamento com os profissionais das escolas foi o mesmo descrito

para as USF, com o diferencial de ter sido realizado pessoalmente e não por telefone. Assim, quando da disponibilidade do profissional a ser entrevistado, o que ocorreu em quatro escolas, realizou-se a entrevista já na primeira visita.

Ressalta-se que as 10 USF previamente sorteadas se disponibilizaram prontamente para a realização das entrevistas, assim como as escolas adstritas, não havendo necessidade de um novo sorteio das USF ou seleção de outras escolas. Em geral, as entrevistas foram realizadas em locais escolhidos pelos próprios profissionais, onde os mesmos se consideraram à vontade para tal; sendo, em maioria, uma sala com menor movimento tanto nas USF (sala do supervisor), quanto nas escolas (sala dos professores ou secretaria).

Em muitas USF participantes a escola “divide o muro” com a unidade. Em geral, as unidades possuem características semelhantes em relação à infraestrutura, se diferenciando, em maior parte, pela organização e estado de conservação. A maioria das unidades pesquisadas atendem entre 7 e 10 mil pessoas, contando assim, com uma a três equipes; com exceção da U8 que atende cerca de 25 mil pessoas e conta com quatro equipes e da U10 que atende cerca de 15 mil pessoas e possui duas equipes. Já as escolas apresentam diferenças em suas estruturas físicas, sendo que algumas se apresentam mais conservadas, bem como possuem quadra de esportes e demais estruturas, enquanto outras não.

Em geral, as regiões onde se inserem as USF e as escolas pesquisadas apresentam características semelhantes, com maior parte da população inserida nas “classes sociais” C, D ou E².

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados apontando a frequência de respostas e comparando o grupo das escolas com o das unidades de saúde, visando apreender convergências e dissensos entre os dois tipos de instituição. Foi realizada uma análise temática (BARDIN, 2002) das principais ênfases das narrativas acerca da interface entre saúde e educação.

² Classe E (de R\$0 a R\$1.020); Classe D (de R\$1.021 a R\$2.040), e; Classe C (R\$2.041 a R\$5.100) (IBGE, 2009).

5 RESULTADOS

A caracterização dos entrevistados (Questão 1 de ambos os questionários) foi aglutinada em quadros (Figuras 7 e 8) para melhor visualização:

ESCOLA	ENTREVISTADO	SEXO	TEMPO	FORMAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO
E1	Diretora	F	18 anos	Geografia	Geografia Humana
E2	Coordenadora Pedagógica	F	2 anos	Pedagogia	Psicopedagogia
E3	Coordenadora Pedagógica	F	3 anos	Pedagogia	Psicopedagogia
E4	Vice-diretora	F	2 anos	Pedagogia	Psicopedagogia
E5	Vice-diretora	F	22 anos		Magistério
E6	Vice-diretora	F	4 anos	Pedagogia	Gestão Escolar
E7	Coordenadora Pedagógica	F	8 anos	Pedagogia	Mestre Educação
E8	Diretor	M	10 anos	Pedagogia	Psicopedagogia
E9	Vice-diretora	F	4 anos	Pedagogia	Relações de Sociedade e Estado
E10	Supervisora Pedagógica	F	3 anos	Pedagogia	Psicopedagogia

Figura 7 – Quadro apresentando os aspectos demográficos dos entrevistados nas escolas.

UBS	ENTREVISTADO	SEXO	TEMPO	FORMAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO
U1	Técnica de Enfermagem	F	7 anos	Educação Física	Saúde da Família
U2	Técnica de Enfermagem	F	3 anos	Técnico em Enfermagem	-
U3	Enfermeira	F	2 anos	Enfermagem	Saúde da Família
U4	Médica	F	6 anos	Medicina	Saúde da Família, Dermatologia e Medicina do Trabalho
U5	Assistente Social	F	3 anos	Ciência Social	Serviço Social aplicado à Saúde e Planejamento, Admin. do Sistema de Saúde
U6	Técnica de Enfermagem	F	4 anos	Técnico em Enfermagem	-
U7	Enfermeira	F	4 anos	Enfermagem	Saúde da Família e Unidade de Terapia Intensiva
U8	Enfermeira	F	6 anos	Enfermagem	Saúde da Família e Saúde Mental
U9	Enfermeira	F	2 anos	Enfermagem	Saúde da Família
U10	Enfermeira	F	4 anos	Enfermagem	Saúde da Família

Figura 8 – Quadro apresentando os aspectos demográficos das entrevistadas nas USF.

As entrevistas com profissionais de saúde inicialmente questionaram se houve abordagem de temas e práticas relacionadas à saúde escolar na formação do entrevistado. A maioria das profissionais das USF respondeu que os temas foram abordados, porém de forma não muito específica: “De alguma forma a gente ouviu, mas não é assim muito aprofundado não. A gente viu muito saúde voltada para o adolescente, criança, mulher, para o idoso, mas pra escola não estou lembrando assim especificamente não” (U4).

Já a assistente social da U5 respondeu positivamente, mas considerou a abordagem da temática “bem precária”. Além disso, algumas entrevistadas justificaram a escassez de tal abordagem devido ao tempo de formação:

Como a gente tinha uma formação bem genérica, havia uma referência à questão escola, mas a gente não aprofundava. [...] Mas eu acredito que hoje a coisa está mais focada, já se volta mais pra algumas áreas que a gente considera fundamental para atuação do assistente social (U8).

A exceção foi uma enfermeira entrevistada, que disse:

Foram sim, muitas vezes, na minha formação como enfermeira porque eu fiz licenciatura, na minha formação em saúde da família também. O lugar que eu fiz minha especialização é [...] uma região muito carente até na escola comum, então a gente vê muito esta questão da saúde escolar na área de pediatria, na parte da criança e na saúde do adolescente (U9).

Quanto aos entrevistados das escolas, acerca da abordagem de temas e práticas relacionadas à saúde em sua formação, a maioria das respostas indicou a ausência da temática. Dois entrevistados ressaltaram que viram assuntos de saúde, mas apenas na pós-graduação.

Quanto aos vínculos entre a USF e a(s) escola(s) do território, a maioria das entrevistadas descreveu que as interações ocorrem somente em casos de necessidade: “Não é uma coisa assim, rotineira, é esporádica. A criança, principalmente quando passa mal lá, vem aqui” (U7). Uma médica entrevistada da U4 disse que “a gente faz alguma interface com a escola, né? Consultas, a criança passa mal na escola, sofre uma sutura, é aqui mesmo esta demanda, que a gente chama espontânea”.

Outros exemplos sugerem atividades conjuntas esporádicas:

No ano passado teve uma agente de saúde aqui do posto, que ela fez um trabalho toda sexta-feira. Convidou as crianças, aí passava um filme, tinha pipoca, e ela aproveitava esta oportunidade pra falar sobre algumas coisas [...]: saúde bucal, do lixo, higiene pessoal. [...] mas foi uma iniciativa da própria agente (U7).

Ainda que uma entrevistada entenda que “o posto usa a escola pra fazer palestra, reuniões educativas, reuniões de orientação também; e o posto, ele é referência para os alunos também em qualquer situação” (U2), outra reforçou o caráter assistemático da interação, observando que seria desejável maior continuidade:

Logo que nós viemos pra cá e foi implantada a saúde da família, a diretora da escola já procurou a gente. Então nós fizemos um trabalho com crianças, aqui em um sábado, trabalho de alimentação saudável, aí ensinamos, a aproveitar restos de alimentos [...]. A gente passou um dia na escola com os profissionais daqui e os profissionais da escola, chamamos os pais, fizemos brincadeiras, e tem outras como palestras como com DST para adolescentes, já foi falado do lixo, da dengue, geralmente estes assuntos que estão em foco, H1N1 [...] a gente faz uma ação na escola, mas não tem alguma coisa regular. [...] Ah! a gente achava que devia... daí a gente faz, mas não existe um cronograma um planejamento (U10).

Algumas vezes o vínculo é reforçado por alunos de uma faculdade particular do município, os quais realizam estágio dentro das USF, como uma médica entrevistada descreveu:

Fizemos semana passada uma ação educativa sobre escovação, prevenção de piolho e higiene bucal, mas também via os alunos da [Faculdade X]... eu fui com os alunos, a gente orientou a preparação, e apresentamos lá os trabalhos, ganhamos as escovinhas via prefeitura, pedi a prefeitura se poderia doar, então assim, o vínculo é esse (U4).

Uma profissional da saúde salientou a importância dos gestores no fortalecimento das relações:

A gente sempre tentou manter este vínculo, às vezes ele nem é contínuo, depende muito da direção da escola, [...] às vezes a escola está em um momento de transição, a Secretaria de Educação está com alguns problemas, já teve momento de greves, [...] então a gente, ao longo dos anos, foi tentando alguma estratégia pra melhorar (U5).

Os entrevistados na escola foram solicitados a se manifestarem sobre como entendem o papel da escola na promoção da saúde. Foram unânicos ao responderem que acham de fundamental importância. Para uma entrevistada:

[...] é muito importante sim, principalmente para nós que trabalhamos com criança (...) a temática é muito abrangente, desde o piolho, [...] hábitos de higiene; nós temos inclusive na escola formação de hábitos, que nós temos um projeto integral, que a gente trabalha formação de hábitos alimentares (E3).

A presença da saúde como conteúdo de Ciências apareceu em duas entrevistas nas escolas, porém a entrevistada da E6 não está entusiasmada com este posicionamento dos conteúdos “não temos isso no currículo, apenas que envolva a questão da saúde de maneira mais incisiva, então ela é passada pelo conteúdo de ciências, mas muito precário e não existe uma interação”.

Todas as entrevistadas nas USF relataram ser de extrema importância a promoção da saúde na escola, destacando que os estudantes são multiplicadores de ideias e informações: “você só consegue uma melhoria na saúde desde as criancinhas, porque elas são multiplicadores de ideias, elas absorvem muito mais do que os adultos” (U2); ou ainda:

Se a gente quer multiplicar alguma coisa é com a criança que tem que começar, até porque eu acredito (...) que a educação seja até mais importante do que a própria saúde, porque com educação você tem saúde, mas nem sempre com saúde você tem educação, é interdependência, é uma coisa ligada na outra (U3).

A época de introduzir conteúdos de saúde no currículo foi abordado pela entrevistada da U9, que entende que a saúde deve aparecer desde os primórdios do processo de escolarização

A formação pra saúde deve começar desde pequena, desde a criancinha novinha, quando ela começa a entender alguma coisa. No próprio maternal, ensino fundamental, já começa a mudança de comportamento [...]: adquirir bons hábitos, o convívio social que é muito importante pra saúde.

Uma médica (U4) percebeu a importância de começar com estes conteúdos o quanto antes, com base nos dados locais:

A gente, por exemplo, tem um grupo de tabagismo aqui, que em nosso levantamento, a gente percebeu que (...) 80% de nosso tabagismo, aqui em nossa região, iniciou antes dos 14 anos (...), é preciso neste tema abordar a escola. Nós temos que sair dos muros e ir para a escola e a escola tem que abrir, né? (...) Se vamos fazer um grupo aqui na USF, o adolescente não vem. Mas você sabe que ano passado (...) [a diretora da escola] trouxe uma pessoa que iria dar aula de dança de rua, conseguiu trazer um rapaz pra mostrar o grafite e a saúde então era falada (...). Traz o adolescente porque ele tinha outras coisas pra ele aprender. Foi um iniciativa muito interessante, (...), falamos de tabagismo, abordamos DST, mas brincando, de uma forma lúdica.

Contudo, apesar de reconhecerem a importância da escola na promoção da saúde, a maioria ressaltou sua frágil abordagem:

[...] poderia ser mais orientador do que é hoje em dia, [...] acho que a escola tem um papel fundamental, pois a escola é todos os dias, então se eles tivessem uma educação continuada eu acho que eles poderiam estar mudando esta visão (U1).

Apareceu também como é complexo operacionalizar as consequências de uma concepção ampliada de saúde:

Muitas vezes a gente entende a saúde como ausência de doença, não como um processo mesmo de qualidade de vida, de modo de vida, e acho que a escola tem um papel nisso. A partir do momento que você entende o conceito ampliado de saúde, saúde ligada à condição de vida, a escola mesmo tem um papel fundamental, de [...] situar estes alunos dentro da vida deles, dentro da realidade social dele. Então pra mim, trabalhar a saúde é trabalhar todos os conceitos que estas crianças vivem, o que elas sonham, o que elas planejam na vida delas [...]. As problemáticas que envolvem isso, tudo isso pra mim é trabalhar saúde, e não, igual eu já vi algumas professoras falarem: 'Vamos trabalhar saúde, é trabalhar o corpo humano, é trabalhar a questão da droga'. Você trabalha a saúde o tempo todo. Quando você trabalha, por exemplo, a inserção da família na escola, quando você trabalha a questão ambiental, quando você trabalha a questão dos serviços que estão sendo prestados pra aquela população, quando você trabalha até onde aquela escola está atendendo realmente aquela necessidade do aluno, as expectativas (U5).

Foi perguntado ainda o que os entrevistados entendiam sobre o conceito de Escola Promotora de Saúde (EPS). Alguns entrevistados nas escolas relataram seu desconhecimento, mas demonstrando interesse no mesmo, interpretando que

“trata de alguns temas voltados para a saúde, (...) a escola trata de temas transversais onde está incluída a saúde” (E4). Já um diretor respondeu:

Entendo que seja uma escola engajada nesses programas de saúde, que está junto com a comunidade [...]. Então essa escola promotora de saúde é essa escola que se preocupa com o público de maneira geral. [...] algumas ações que a escola faz são um pouco tímidas, não é uma coisa que eu possa falar que nossa escola é promotora de saúde (E8).

Quando essa mesma pergunta foi realizada às profissionais das USF apenas uma técnica de Enfermagem demonstrou ter algum conhecimento factual sobre o termo:

Acho que uma escola promotora de saúde é uma escola não voltada somente pra ensinar, mas também pra olhar o aluno como um todo, a parte do aprendizado, mas a parte também da saúde. [...] Muitas vezes, por ser uma comunidade de periferia os alunos têm uma dificuldade de aprendizado, nem tanto por deficiência escolar, deficiência mesmo até de saúde, de uma boa alimentação, visual também, com isso a escola é um meio também de melhorar a saúde destas crianças (U2).

Para além das questões conceituais, os entrevistados foram questionados sobre quais as atividades relativas à saúde são oferecidas na escola, evidenciando uma desintegração entre os setores e profissionais envolvidos.

Pode-se perceber que a escola trabalha com a questão da sexualidade como questão de saúde: “a maioria envolve alunos maiores, porque é a questão da sexualidade. Hoje em dia nós temos até aproximado mais os meninos de primeiro ao quinto ano porque os meninos do quinto ano, hoje, com 10 ou 11 anos, já estão com a sexualidade bem a florada, então a gente tem que começar a trabalhar com eles também, mas não é uma coisa regular”. Mas a temática mesmo assim se mostra difícil para os entrevistados da escola:

Ainda há um certo tabu em relação à determinadas áreas da saúde na escola tipo mesmo sexualidade. Aqui a gente ainda lida, estou falando da nossa situação, a gente ainda lida com certos problemas, ainda mais quando a gente vai abordar determinados temas como na área sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis. A gente já teve até problemas com pais, em determinados assuntos, determinados vídeos que a gente traz pra trabalhar esta questão. A gente ainda tem algum problema de transferir este assunto pra escola, que eu acharia que teria que ser encarado com a maior naturalidade possível (E5).

Ao que tudo indica, cada atividade tem sua abordagem específica e cada profissional faz aquilo que entende que lhe “diz respeito”, não havendo uma correlação ou um maior envolvimento de profissionais de várias especialidades em uma mesma atividade. Na maioria dos casos, foram citadas atividades envolvendo a presença de cirurgiões-dentistas, bem como, higiene, hábitos alimentares e educação sexual; sendo que, esses últimos, realizados pelos professores de Ciências e Biologia, o que foi justificado devido ao fato de “estarem em sua área de conhecimento”. Nas palavras de uma professora de Geografia:

Aqui na escola [...] a gente recebe muito profissional da área dental [...] tem esta preocupação nos anos iniciais, muito voltada assim... para higiene. Já nas séries finais, os professores de Ciências trabalham muito esta área de saúde, [...] a gente trabalhou, por exemplo, o que é uma alimentação correta, o que faz bem realmente pra você, o que é a obesidade. [...] Reforça também muito esta parte da sexualidade, hoje ela é muito precoce (E1).

A coordenadora pedagógica de uma escola exemplificou:

Montamos inclusive um projeto dentro da escola, sobre saúde e nutrição [...]. Que nós estamos tendo um nível muito grande de crianças obesas, e queremos incentivá-los a comer uma alimentação mais saudável, como frutas, legumes. A gente se preocupa muito, inclusive, até com a merenda, pois [...] um colega incentiva o outro a comer aquele tipo de alimento (E3).

Apesar das tentativas de associar escola e USF, as atividades que ocorrem são esporádicas, não mantendo frequência, nem continuidade:

a gente está tentando trazer o posto pra escola em uma parceira que a gente tem feito aqui [...] e está começando a ter alguns resultados. [...] Tem a doutora lá do posto de saúde, que ela traz acadêmicos aqui, mas uma vez por ano, não é uma coisa regular. Eles vêm com projetos, desenvolvem aqui na escola, abrangendo todas as turmas, mas ficam um dia ou dois, até pegando todas as turmas, mas é uma coisa assim separada. Isso já é projeto deles lá.

Apareceram ações integradas mais sustentáveis com a USF, como por exemplo:

A gente tem uma parceria também com o posto de saúde, com alunos que vêm fazer um trabalho interdisciplinar, eles trazem estagiários de Medicina, Odontologia, Enfermagem; já foi feito um trabalho pra prevenir a gravidez na adolescência. Nós temos uma parceria muito boa com o pessoal do posto de saúde. Assim, é uma coisa que existe extra da secretaria, mas a gente trabalha pertinho deles então dá pra fazer uma parceria legal com eles. Isso aí sempre acontece. [...] Então, assim, a gente vai tentando de todas as formas, né? Não é nada formalizado, né... com relação a isso, mas isso tá presente o tempo todo no nosso cotidiano (U9).

Ou ainda:

[...]. Este projeto que nossa escola está promovendo, chama-se Escola Aberta, e a gente fez uma parceria com o CRAS³, conselho tutelar, e UBS. [...] O CRAS é o Centro de Referência de Assistência Social, eles atendem as famílias. Levam os filhos para o atendimento fonoaudiólogo, com atendimento de aprendizagem. Primeiro eles trabalham a família pra depois pegar o filho. Primeiro dá entrevista com os pais, depois tira os filhos da escola e atende em segundo turno os filhos em atividades de acordo com a necessidade de cada família (E5).

Quando feito o mesmo questionamento às entrevistadas das USF muitas iniciativas foram citadas, porém, em uma abordagem mais individual, sendo em geral: palestras e debates com finalidade de orientação e informação, campanhas, programa de esportes, gincanas, teatro, maior integração entre os profissionais das escolas e das USF. Como exemplo, tem-se a resposta:

³ Centro de Referência de Assistência Social

Eu acredito assim, é fazer um trabalho de base nas crianças, e aí a gente pode estar falando sobre uma série de assuntos né: tabagismo, alcoolismo, drogas, alimentação, porque se você está fazendo um trabalho com alimentação saudável você até evita um trabalho de hipertensão, diabetes (U7).

Porém, outra entrevistada ressaltou que ainda é possível melhorar bastante:

Falta mesmo é um vínculo da saúde, abertura dos espaços das escolas e unidades, um com o outro, numa parceria maior, e as ações assim que eu acho, eu acho que as unidades deveriam estar mais inseridas dentro das escolas, com ações mesmo educativas, ações práticas, saúde bucal dentro da escola, atividades que a gente poderia... a gente briga tanto que não tem espaço físico aqui, mas nós saímos daqui e ir fazer nossa parte lá dentro da escola, contextualizar junto com o professor [...] com professor de educação física, por exemplo, sexualidade dentro da aula de ciências (U3).

A enfermeira da U8 citou a formação dos profissionais das escolas:

As atividades educativas, acho que são importantíssimas, as atividades pedagógicas mesmo, o ensinar, a Geografia, a História... isso aí é que são importantíssimas, mas deveria ser assim: o professor de geografia também falar das ações educativas preventivas, por exemplo, evitar acidentes, DST, [...] eu acho que a questão não deveria ficar só a cargo do professor de Biologia ou do professor de Ciências. [...] precisaria de mais preparo, mas isso é lá na formação e não depois de 20 anos trabalhando não, acho que isso tem que ser lá na formação dele, já pra ele ir amadurecendo essa ideia, pra já ir fazendo parte da vida profissional dele. [...] mas pra isso, precisaria da conscientização, do envolvimento, do órgão formador. Durante a faculdade isso ser falado desde o primeiro período e a valorização dele também.

Chamou a atenção o número reduzido de relatos de atividades que envolvam as famílias dos escolares, bem como a comunidade geral. Na maioria dos casos, as atividades citadas restringiram-se aos alunos e ao ambiente físico das escolas, com exceção da resposta da entrevistada da U5:

Eu acho que desde que a escola promova temas, debates, que tenham a ver com o contexto social dos alunos, qualquer destes temas você faz uma ligação com a questão saúde. Então você pode pegar como exemplo a questão da violência doméstica que é uma coisa que eu estou pra fazer uma parceria com a escola para discutir isso. A gente tem atendido muito casos de abuso sexual a menor, a gente tem atendido muito a questão de negligência familiar; abandono mesmo familiar! A própria questão da ausência do aluno na escola, que é uma coisa que a escola sempre quis trabalhar com a gente. Tem a questão do uso da droga, tem a questão da escola está sendo reconhecida como um espaço de vivência do aluno, a questão da sexualidade que é outra coisa também né, que a escola é danada pra pedir a gente pra discutir... a questão das doenças, de preferência de fazer muito medo nos adolescentes, pois eles estão tudo com os hormônios né? [...] Não só na escola, dentro da realidade daquela comunidade, entendeu, porque com certeza a escola daqui não é igual a do outro bairro, por mais que tenha drogas, todo mundo fala que tem problemáticas que são comuns, mas tem a especificidade de cada comunidade.

Quando formulada a questão sobre quais atividades são oferecidas nas escolas do território pôde-se constatar que são realizadas palestras, principalmente relacionadas à sexualidade e prevenção de DST, teatro, escovação dental e aplicação de flúor, e campanhas específicas como, por exemplo, de vacinação. Em geral, foi descrito que as atividades oferecidas dependem da demanda, mais uma vez demonstrando que o vínculo entre USF e escolas se dá por meio da necessidade, como exposto, por exemplo, no relato da assistente social da U5:

Depende muito da demanda [...] a própria escola detecta, a gente normalmente quando muda a direção na escola, a gente vai, conversa e coloca a nossa proposta. [...] em alguns casos, eu tenho que tomar cuidado para não me tornar a assistente social da escola, porque isso a secretária de educação tem que resolver, porque não vou tomar o lugar de uma colega suprimo isso. [...] Tanto eu procuro a escola, quanto a escola me procura, então a gente tem esta parceria boa. Eu estou falando em relação a serviço social. A nível médico, de atendimento médico, de atendimento mesmo; passou mal, adoeceu, estão sentindo alguma coisa, geralmente eles são atendidos aqui. [...] Mas no sentido mesmo de trabalhar a questão de prevenção, cuidados, escovação [...] então esta parceria logicamente pela própria proximidade física ela acaba acontecendo.

Observa-se que os profissionais das USF encontram-se sobrecarregados e, talvez, devido a isso, não consigam planejar melhor as ações a serem realizadas para a promoção da saúde nas escolas, o que também foi observado quando as entrevistadas foram perguntadas sobre como ocorre a participação da USF nas

atividades. Na maioria dos casos, a participação das USF se dá até que se atinjam as limitações dos profissionais, seja por questões de tempo ou financeiras. Além disso, fica restrita à solicitação e/ou necessidade das escolas, como exposto por uma técnica de Enfermagem:

Só quando tem a procura da escola [...]. Isso eu reconheço que é até uma falha da parte da saúde em relação à educação, é mais puxado pra esse lado de falta de profissional. O problema é mais do profissional que está aqui dentro, porque ele não consegue fazer, porque seria muito melhor esse tipo de trabalho de prevenção, de educação, do que um curativo, só que infelizmente, acho que a gente ainda não conseguiu chegar. [...] você falar aqui, 7 horas da manhã, que não tem um médico, você vê que a unidade fica vazinha. Têm várias outras profissões aqui, mas eles vêm só por causa do médico, porque quer o remédio e não quer uma aprendizagem, não quer saber, você vai explicar o porquê daquilo, né?... só quer o remédio... Você pode pegar nosso caderno ali, de demanda, que nós marcamos todas as manhãs, te garanto que 80 ou 81% são os mesmos (U6).

Assim como percebido no relato das entrevistadas nas USF, quando questionados sobre a relação entre a escola e a unidade de saúde, a maioria dos entrevistados nas escolas relataram que esta relação ocorre, geralmente, em casos específicos: “Quando a gente tem alguma necessidade a gente pede ajuda a eles, e se eles tem necessidade eles pedem ajuda a gente. A gente tem um intercâmbio muito bom” (E9).

Já uma vice-diretora observou que a proximidade geográfica poderia ser mais bem aproveitada:

Ano passado... eu achei muito interessante, porque com o alto número de pessoas com dengue aqui no bairro, aí o pessoal pegou o pessoal da escola e da comunidade pra trabalhar pra fazer mutirão no bairro, e então eu acho que teve um sucesso muito grande, [...] mas aproveitando que o posto é aqui do lado, poderia ter mais alguma coisa assim.

Outra vice-diretora por sua vez, relatou que: “algum acidente que acontece na escola eles estão lá prontos pra atender; qualquer aluno que passa mal, a gente pega algum funcionário leva até lá, ele é atendido e medicado” (E6).

Conforme relatado pelas entrevistadas nas USF, os entrevistados nas escolas também citaram a participação de uma faculdade particular no fomento ao desenvolvimento de atividades de saúde na escola, como, por exemplo, na resposta

de uma coordenadora pedagógica: “teve aquela faculdade [X] aqui, veio com os meninos, com informação, (...) fizeram orientações com as crianças”. Ou ainda uma supervisora pedagógica, que também citou a Universidade Federal de Juiz de Fora: “o pessoal vem, mede, pesa, tira pressão, conversa com as crianças, tem alguma parceria assim, né?”.

Entretanto, duas respostas chamaram bastante atenção devido ao fato de, além de citarem a precariedade da relação entre a escola e a unidade de saúde, deixaram explícito o descontentamento das entrevistadas em relação à não existência de um vínculo maior. A primeira dessas respostas é de uma vice-diretora (E6), que percebe a ação dos agentes comunitários de saúde como um elo potencial:

Não há envolvimento, nem, assim... no dia da reunião, veio o médico, veio a gerente do posto, mas eu acho que no fundo não são essas as pessoas que deveriam. Se existe o Programa Saúde da Família, nós temos agentes comunitários de saúde no bairro, esses agentes deveriam estar fazendo um trabalho dentro da escola. Porque eles conhecem, melhor que nós, cada um desses alunos, os problemas que nós enfrentamos e que eles enfrentam aqui dentro. Os agentes de saúde conhecem as famílias, por estarem visitando, tendo um conhecimento maior porque eles têm um contato maior no dia a dia e, talvez, se tivesse um trabalho conjunto, muitos problemas poderiam ser evitados, porque acabariam orientando melhor os nossos alunos.

Já a segunda, uma visão mais otimista, aparece na fala de uma coordenadora pedagógica (E7):

O pessoal da UBS é nosso parceiro, principalmente os médicos da saúde da família, os agentes, que eles estão por dentro da realidade de uma família. A gente não tem este acesso, então eles nos ajudam muito, a nossa unidade tem uma assistente social, então isto ajuda muito, é... a relação é muito boa, a gente se esbarra quando a ação requer uma integração maior. [...] Até mesmo quando a gente tem alunos que precisam de serviço de saúde, a UBS disponibiliza o que ela pode, mas quando a gente precisa de uma coisa mais complexa, aí a gente esbarra na burocracia. Eu acredito, até eu reclamei sobre isso na reunião lá na secretaria da educação, que se tivesse uma integração maior entre a saúde e educação, não a nível... questão da UBS e escola, porque está já existe, mas na questão de município mesmo, porque a escola ta com esta demanda, a escola tem alunos com esta demanda e ela precisa disso.

Ao analisar as respostas sobre quem costuma estar envolvido nas ações de realizadas em conjunto, pode-se observar o pouco envolvimento da família ou da comunidade como um todo, sendo que alguns dos entrevistados não mencionam sequer o envolvimento dos profissionais da unidade de saúde: “geralmente [quem participa são] alunos e professores” (E2). Ou, segundo a vice-diretora da E4, “de um modo geral a família não envolve não”.

Chama à atenção a resposta dada pela vice-diretora da E5, que enfatiza a descontinuidade das atividades:

[...] a gente faz trabalhos até que envolvem a comunidade e os pais, mas só em situações de emergência, não é uma coisa corriqueira. [...] Aqui tem o EJA, ele trabalha com jovens e adolescentes, [...] a escola tem que desenvolver um projeto com eles, assim, num destes projetos, ela começou com a saúde, [...] foi um projeto assim com pessoas mais velhas, envolveu a comunidade, mas é uma coisa assim, parou, acabou.

Ao serem questionadas em relação a outras atividades que envolvem pessoas da saúde e da escola (além daquelas que buscam promover a saúde), muitas entrevistadas nas USF não souberam dar exemplos, o que sugere que as mesmas acreditam que todas as ações realizadas em associação são de promoção da saúde. A única entrevistada que citou alguma atividade adicional, o fez no sentido do desejo de que seja realizada, valorizando o papel potencial dos NASF:

É lógico que se a gente pudesse contar com profissionais de outras instâncias, igual o caso dos bombeiros que não tem ligação nenhuma direta com a gente né, na prefeitura. [...] Se a gente tivesse mais recursos pra chamar outras instâncias. Os profissionais do NASF ajudariam muito (U8).

Além dessa entrevistada, outras chegaram a citar o NASF, como por exemplo:

A gente não tem o NASF ainda, [...] que vai ter o educador físico, o fisioterapeuta, o nutricionista, quem sabe a gente consiga oferecer alguma coisa mais sistematizada, até gostaria que tivesse (U4).

Outra entrevistada respondeu: “Acho muito importante o NASF, isso deveria ser implantado em todos os lugares, o projeto é muito legal” (U1).

Em relação ao que gostariam que fosse oferecido pela escola para a melhoria da saúde das pessoas, os entrevistados nas escolas foram bastante específicos, demonstrando restrito conhecimento para desenvolverem ações conjuntas com a USF. Talvez isso possa explicar o fato de só procurarem a unidade de saúde em casos de necessidade. Apesar de relatarem ser frágil a relação entre escola e unidade de saúde, os entrevistados não demonstraram nesse questionamento, embasamento técnico para citar a ocorrência de ações integradoras e intersetoriais, como exposto na resposta da professora da E1:

[...] acho que talvez alguma campanha mais direcionada e que a gente tivesse acesso aos profissionais que lidam na área, por exemplo, esta área da sexualidade precoce... seria bom que uma assistente social, uma enfermeira que lida com isso, um médico, viesse e conversasse com as meninas. Alguma coisa assim, porque são pessoas que elas dominam este conhecimento, o nosso é limitado. Assim como a gente tem muita campanha dentária, vem o profissional, explica, ensina, vê o resultado. Tinham até o tratamento que a própria prefeitura oferecia tratamento lá em baixo. Agora falta um profissional especializado que pudesse vir aqui conversar com nossos alunos.

Nota-se que apesar da necessidade de equipes multidisciplinares, o desejo da entrevistada continua a ser de profissionais que abordem casos específicos e não de profissionais que trabalhem a escola em um contexto geral.

Uma resposta que chamou à atenção foi a da coordenadora pedagógica da E2, que disse:

[...] os pais deveriam estar participando também. Não adianta a gente trabalhar só com os adolescentes. [...] A gente precisa muito, mas a gente até hoje não conseguiu uma equipe multidisciplinar na escola, um médico da família que possa vir aqui acompanhar a escola, um psicólogo, um fonoaudiólogo.

Uma vice-diretora (E5) demonstrou parecer satisfeita com o trabalho realizado na escola:

Eu acho que a gente está no caminho, é esta parceria mesmo, é trazê-los pra dentro da escola, envolvê-los mais, é eles sentirem a saúde e educação como parte da escola, e caminhar juntos nesta parceria, junto de projetos, de trabalhos, de conscientização, trabalhar com a adolescência, pois tem muitos jovens no turno da tarde e da noite, trazer mesmo estes temas pra dentro da escola. Mas estes projetos que estamos trazendo estão melhorando... está até melhorando a convivência com este posto de saúde, que antes era até pior, mas... eu estou sentindo muito mais melhoras, e o meu objetivo é isso, é um envolvimento maior mesmo pra que a gente possa ter mesmo no posto de saúde uma parceria mesmo no dia-a-dia, é isso.

Quando questionadas em relação ao que gostariam que fosse oferecido pela USF para melhorar a saúde na escola, as entrevistadas nas USF divergiram bastante na essa resposta, sendo que o único consenso geral foi a melhoria na infraestrutura. Uma enfermeira (U7) ressaltou que:

[...] a gente ainda é um modelo biomédico, a gente está muito longe de fazer o programa da saúde da família como ele está escrito no papel, de atenção primária, de promoção, a gente ainda esbarra em muitos entraves entendeu, desta questão até da formação da gente mesmo biomédica, da coisa centrada no médico, [...] então eu acho que tem que mudar este modelo, tentar ver a saúde básica não como básica.

Uma técnica de Enfermagem ressaltou que são necessárias condições objetivas para que as integrações se realizem:

O que falta é a questão de tempo, devia ter uma carga horária que pudesse integrar a saúde e a educação. A questão de profissionais; nós da saúde estamos passando por um momento muito difícil, aqui na unidade nós estamos sem muitos médicos, o enfermeiro está de férias, tiraram uns profissionais, algumas técnicas pra cobrir em outras unidades que tinham falta maior. Ainda há esse manejo de pessoas onde, às vezes, quando você consegue montar uma equipe unida, que trabalha ali, andando, caminhando juntinho, tem que sair alguém pra cobrir um outro bairro, então dificulta muito o trabalho. A gente está com um déficit de profissionais muito grande, o que tem dificultado bastante. O que falta mesmo é a disponibilidade de horário, às vezes de material, porque a gente conta com poucos recursos.

A necessidade da participação de diversos profissionais apareceu na fala de uma técnica de Enfermagem (U1) que gostaria de “Uma assistente social que pudesse ser voltada dentro do posto de saúde pra esta função também da escola,

(...) tínhamos uma assistente social, mas ela foi tirada e não foi colocada novamente, tinham muitas ações realizadas nas escolas”. Por sua vez, a assistente social da U5 relatou: “Acho que a gente precisa de uma supervisão técnica, a gente precisa realmente de algum profissional desta área de planejamento pra sentar com a equipe, fazer diagnósticos, fazer planejamento, estabelecer metas”.

Nas palavras da enfermeira da U10:

Tem falta de profissionais específicos, inclusive para determinados assuntos a gente não se sente suficientemente capaz pra estar trabalhando com determinados assuntos, [...] vão surgir problemas que vão ser levantados, questões que você precisa de profissionais, por exemplo: educação física, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, nutricionista, até assistente social... nós temos a sorte de ter uma, que já vai aposentar e a gente vai ficar sem, que a gente brinca que é um profissional em extinção na secretaria, aposentou acabou.

Ao serem questionados sobre o tipo de apoio de consideram necessário para fortalecer a parceria entre escola e unidade de saúde, os profissionais das escolas deram várias ideias. A professora da E1 respondeu:

Um pouco mais de diálogo, pois eu não vou e elas também não vêm aqui [...]. O pessoal, acredito que trabalha por demais, eu também fico envolvida o tempo todo. Uma pontezinha, pois quando a gente pede alguma coisa eles atendem, quando eles pedem a escola está sempre aberta. Falta tempo para sentar e conversar, falta diálogo.

A coordenadora pedagógica de uma escola reforçou o papel da gestão institucional para a intersectorialidade: “O apoio da Prefeitura, porque como órgão maior, ela tem que acabar com toda esta burocracia e facilitar esta integração, promover mais encontros entre os diretores, entre os diretores e os profissionais da saúde” (E2).

Já a vice-diretora da E6 entende que é necessário “fazer um trabalho, ou um projeto contínuo e conjunto. Não adianta a escola tentar implementar um projeto maravilhoso se não tiver o apoio da secretaria de saúde e da UBS e também não adianta a UBS tentar fazer coisas mirabolantes lá, se não tiver o apoio da educação”. As relações políticas foram objeto também da seguinte fala:

Fundamental é político, porque esse posto é muito carente de profissional, médico aí é uma ou duas vezes, mas atender é muito difícil, é muito pouco, eles ficam muito carentes de material básico mesmo: de seringas, coisa básica mesmo, soro, material pra curativo, e profissionais mesmo. [...] Então eu acho que falta uma boa vontade política aí (E9).

Quanto ao tipo de apoio que as entrevistadas nas USF consideram necessário para fortalecer a parceria entre escola e USF, todas ressaltaram a necessidade de infraestrutura adequada para que possam ser desenvolvidos os projetos. Uma técnica de Enfermagem (U2) respondeu que:

Acho que a Prefeitura que poderia dar este respaldo pra gente, porque o que acontece com a gente... a gente divide função, além... mesmo sendo um posto de ESF, nós ainda estamos na parte curativa, o tempo inteiro a parte curativa, eu acho que as políticas não são voltadas pra trabalhar com a prevenção, [...] nossa unidade deveria trabalhar com tudo, a gente tem 15 anos de PSF e até hoje nós continuamos trabalhando com a parte curativa [...] a gente não tem tempo de montar projeto, montar reuniões, tanto assim, nós estamos esse ano de 2010, nós não conseguimos fazer uma reunião ainda.

Já a técnica de Enfermagem da U6 citou que é importante o apoio da Prefeitura:

Que ela disponibilizasse o tempo mesmo pra gente ou um trabalho extra com recompensa, como é feito quando é necessário, como campanha de vacina que conta pra gente como folga, (...) então que a prefeitura ajudasse a promover isso, né? Desse as condições básicas de estrutura, material e a gente pudesse desenvolver, e eles nos apoiassem.

Uma vez que o sucesso do PSE baseia-se na responsabilidade e no compromisso entre os entes federados e na articulação, em todas as esferas, dos setores Saúde e Educação, foi perguntado aos entrevistados nas escolas se, em sua opinião, existe integração entre Secretaria de Saúde e Secretaria da Educação em Juiz de Fora, sendo que apenas a coordenadora pedagógica da E3 relatou acreditar que exista, quando respondeu: “Eu acredito que exista essa integração sim. Mas esta formação de ações eu acho que ta precisando expandir mais”. Enquanto apenas o diretor da E8 ressaltou haver; em suas palavras:

Só nas emergências, no caso de dengue, por exemplo, aí eles percebem que a escola que trabalha com as crianças é um importante canal de chegar na comunidade. Aí eles vêm trabalhar com a gente, aí eles nos propõem, e a secretaria de saúde vem atrás da gente. Fora isso eu acho que eles não se integram muito bem não, falta muita dessa questão temática, por exemplo, que é importante a presença de um agente da saúde dentro da escola, então porque que não disponibilizam um profissional da UBS pra isso?

Contudo, a maioria relatou desconhecer alguma interação formal entre as secretarias, sendo obtidas respostas, como: “Tem uma reunião mensal com os diretores, mas (...) tenho quase certeza que não se tem alguma integração com a secretaria da saúde” (E2). Apareceu a questão do fracasso escolar como possível evento de interesse comum:

Nós temos uma gama muito grande de alunos com déficit de aprendizagem, que poderiam estar sendo tratados com psicólogos ou mesmo psiquiatras, mas esses encaminhamentos não surtem muito efeito, porque os encaminhamentos aqui pra UBS demoram muito, às vezes, meses. Então acaba o aluno se perdendo por causa da demora. Então, se houvesse uma integração nas duas secretarias poderia agilizar esse tempo de atendimento até pra dar um suporte maior pra gente trabalhar com o aluno, porque às vezes é uma deficiência mínima e que poderia ser sanada com uma medicação ou com uma terapia e que demora seis ou sete meses pra agendar uma consulta e a coisa se perde. Eu acho que essas duas secretarias deveriam trabalhar em conjunto (E6).

O MEC e o MS têm a incumbência da divulgação do PSE, mas quando os profissionais das escolas foram perguntados se conheciam o programa, apenas uma vice-diretora da E4 citou ter recebido o material de divulgação, porém, demonstrou expressivo desconhecimento: “Pois é, tem uma parte pra gente. Uma pasta com cartazes, veio; aí a gente repassou para os professores, a gente passou também para os professores de Biologia que poderiam mais trabalhar”. O resultado não foi muito diferente para as profissionais das USF, cuja maioria relatou não conhecer o PSE. Nas palavras de uma médica entrevistada, “o Ministério da Saúde tem muito programa interessante, mas às vezes fica a distância da ponta, e nós estamos na ponta”.

A divulgação do PSE parece estar deixando a desejar: “eu fiquei sabendo deste programa por acaso um dia deste que estava mexendo no computador, aí alguém daqui deve ter usado aí eu vi, mas eu acho que tem alguém aqui que sabe”.

Ou ainda, “Eu recebi um informativo, uma folha só, eu li rapidinho, mas não sei nada não” (U3).

O que se observa é que a maioria desses profissionais, tanto das escolas, quanto das USF, não teve acesso aos meios de divulgação do PSE no município, sugerindo assim, a sua não realização de uma forma adequada ou efetiva, pelo menos por enquanto.

6 DISCUSSÃO

Com 30.996 equipes da ESF no Brasil, esta política se faz presente em 5.272 municípios. Ao trabalhar em um território específico, as equipes buscam desenvolver ações de promoção da saúde, quando mobilizam recursos da comunidade para resolver os problemas vivenciados pela mesma (BRASIL, 2007). Contudo, embora tenha crescido sobremaneira no país, a ESF tem que ultrapassar algumas barreiras para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais (GIL, 2006). Uma característica de importante relevância da ESF constitui-se na formação dos profissionais, sendo que a principal modalidade de capacitação em escala nacional proposta pelo MS, a partir de 2000, tem sido os cursos de especialização, os quais iniciaram suas atividades em 1995 ou 1996, formando um contingente ainda relativamente pequeno, mas com o mérito de integrar enfermeiros e médicos em uma proposta pedagógica conjunta (ALEIXO, 2002). Corroborando com essa afirmativa, observou-se nos relatos obtidos neste estudo, que há uma lacuna na formação dos profissionais constituintes das equipes, os quais relataram não terem tido uma preparação específica para trabalharem com a ESF.

Essa observação também corroborou com os achados de Besen et al. (2007), os quais constataram que a formação dos profissionais de saúde constitui-se em um dos problemas centrais relacionados à ESF, pois os mesmos demonstraram-se, em seu estudo, despreparados para o trabalho na lógica da promoção da saúde requerida pela estratégia. Ao contrário, a maioria das narrativas esteve permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos.

Um dos grandes problemas relatados pelos entrevistados nas USF constitui-se na falta de estruturação e/ou constante modificação dos profissionais inseridos nas equipes, devido à falta destes em outras unidades, tendo em vista que isso desfalca a equipe, ou mesmo, desestabiliza uma equipe que possivelmente já esteja trabalhando em harmonia.

Em sua opinião, a implementação do NASF no município parece ser uma alternativa viável para a solução, ou no mínimo, redução dos efeitos negativos que a

falta de profissionais capacitados gera nas USF de Juiz de Fora. Conforme descrito por Costa (2008) o NASF corresponde à iniciativa de expandir a quantidade de profissionais associados às equipes da ESF, reunindo médicos, profissionais de educação física, nutricionistas, etc. em busca de aumentar a qualidade no atendimento às comunidades. Em associação com as equipes de ESF, os profissionais do NASF poderão qualificar as ações realizadas na atenção básica. Na opinião dos entrevistados nas unidades de SF, a implementação dos NASF vai possibilitar maior sucesso na trajetória rumo à promoção da saúde.

A promoção da saúde tem sido descrita como novo e promissor paradigma relacionado à superação de modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa e na intervenção medicamentosa. Sua implementação, no entanto, não é simples.

A parceria entre escola e USF, no entanto, é bastante bem vista em ambos ambientes institucionais. Assim como para Mafra (2008), para quem a escola compreende um ambiente muito favorável para a formação de sociedades saudáveis, mediante o adequado desenvolvimento das pessoas e das famílias, os entrevistados nesta pesquisa percebem a escola como um ambiente propício para que a promoção da saúde seja desenvolvida. Sua concepção da intersetorialidade, no entanto, sugere uma associação ainda bastante forte entre saúde e assistência médica, traduzindo a penetração do conhecimento biomédico na apropriação do que seja o campo da saúde por parte dos profissionais das escolas.

A operacionalização da intersetorialidade para os profissionais de Educação e de Saúde não esteve bem caracterizada, especialmente em função da descontinuidade das iniciativas. Têm-se como exemplo corroborativo, o estudo de Santos (2005), no qual nenhuma ação interdisciplinar entre os serviços de saúde e educação na perspectiva de promoção da saúde foi observada pela autora, a qual constatou que a relação é mais de soma de funções e não de articulação dos saberes e práticas. A quem cabe a iniciativa da aproximação pode ser um fator de divergência. No estudo de Santos (2005), os principais responsáveis pelas atividades educativas em saúde foram os profissionais da UBS, pois, os professores não demonstraram se considerarem corresponsáveis pelo trabalho educativo. Corroborando com esse achado, o presente estudo observou que a maioria dos entrevistados nas escolas acredita que a abordagem de promoção de saúde deve

ser realizada pelos professores responsáveis pelas disciplinas de Ciências e Biologia, o que caracteriza o desconhecimento do potencial que o trabalho intersetorial e multidisciplinar pode realizar.

A escola é um ambiente privilegiado, pois, não é somente formado por crianças, adolescentes e jovens, mas também, pelos familiares dos estudantes, professores e outros funcionários. É nesse contexto que Silveira (2000) definiu a EPS como a escola que se coloca a serviço da promoção da saúde e atua nas áreas de ambiente saudável, oferta de serviços de saúde e educação em saúde. Já na opinião de Pelicioni e Torres (1999), a EPS, também chamada de escola saudável, visa contribuir para o desenvolvimento das potencialidades físicas, psíquicas e sociais dos escolares da educação básica, utilizando-se, para isso, ações pedagógicas de prevenção e promoção da saúde e da conservação do meio ambiente, dirigidas à comunidade. Neste estudo, observou-se o quase total desconhecimento dos profissionais entrevistados nas escolas sobre o conceito de “Escola Promotora de Saúde”, o que talvez possa ser justificado pelos diversos fatores que dificultam a criação das EPS, como citado por Carvalho (2001): 1) fraca participação do setor da saúde; 2) ausência de cursos de formação para professores na área de saúde; 3) falta de tempo dos professores para se dedicarem à implementação de projetos de educação para a saúde, e; 4) pouco envolvimento dos pais nas tomadas de decisão da escola.

Além disso, o desconhecimento pode justificar-se pelo desinteresse desses profissionais, como explicitado no estudo de Santos e Bógus (2007), no qual puderam observar que, quanto ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção da saúde, a maioria dos professores se excluiu do processo de planejamento e execução, atribuindo esse papel ao diretor e ao coordenador pedagógico. Os autores concluíram que, para que as instituições de ensino caminhem na direção de EPS, faz-se necessária a formação de equipes com o envolvimento da comunidade, de acordo com a proposta da escola e sua respectiva inserção nos projetos políticos pedagógicos.

Em suma, o que se observa é que, apesar de serem muitos os fatores de risco a que estão expostos os alunos das escolas brasileiras, para vários professores os temas da nutrição, da sexualidade, das drogas.... continuam ocupando lugar de destaque.

Dada a importância da realização de ações para a melhoria da qualidade de vida e educação em saúde desses indivíduos, tendo impacto tanto nos escolares em si, como em toda a sociedade que o cerca, na geração presente e futura, foi lançado o PSE (BRASIL, 2008a), que pretende contribuir para o desenvolvimento de crianças e jovens brasileiros (BRASIL, 2008b). Ainda que o PSE proponha a formação capacitada dos profissionais que atuarão nos territórios, os profissionais das USF entrevistados relataram não terem formação específica para trabalhar com a ESF, e tanto os profissionais das escolas como os próprios profissionais das USF demonstraram pouca intimidade da sua formação com ao tema da saúde na escola. Para que os objetivos do PSE sejam alcançados, é de fundamental importância o compromisso entre os entes federados em um processo progressivo de desenvolvimento profissional. Ressalta-se que as ações previstas no PSE devem aproximar profissionais entre si, e destes com os educandos e com a comunidade (BRASIL, 2008b). Apesar de, tanto o MEC quanto o MS terem a incumbência da divulgação do PSE, pôde-se constatar neste estudo o quase total desconhecimento, por parte dos entrevistados, do programa, o que preocupa aqueles interessados na sua realização de uma forma adequada ou, no mínimo, eficaz.

Por fim, no entendimento de Soares, Salvetti e Ávila (2003), a tarefa que se coloca para a escola, bem como para o setor saúde, é sem dúvida a de superar as práticas isoladas e procurar promover um trabalho em conjunto, de modo intersetorial.

Para tal, as oportunidades de interação entre lideranças dos dois setores terá que superar os encontros episódicos e as iniciativas voluntaristas, que não são suficientes para sustentar um debate mais robusto sobre a determinação social e biológica do processo saúde-doença no Brasil contemporâneo.

Outra iniciativa que teoricamente representa um grande avanço é a criação e implementação dos NASF. Contudo, esse também necessitará de um rigoroso planejamento e de pesquisas que possam avaliar seu desenvolvimento para que possíveis aperfeiçoamentos sejam realizados.

7 CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como intuito compreender a percepção de profissionais da saúde e educação sobre a importância da promoção da saúde na escola por meio da Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada com uma pesquisa exploratória, gravada e transcrita. Assim, foram entrevistados profissionais de escolas e de unidades de saúde da família, das mais variadas formações.

O que se constatou com os relatos obtidos nas entrevistas é que os profissionais consideram de extrema importância a abordagem da promoção da saúde no ambiente escolar, tendo em vista que a escola constitui-se ambiente muito favorável para o desenvolvimento de hábitos saudáveis e da disseminação de ideias e informações. Os escolares, além de serem multiplicadores, levando as informações para toda a sociedade em que vivem, acabam por adquirirem hábitos para toda a vida.

Contudo, apesar do desejo por parte dos profissionais da realização de ações conjuntas entre escolas e unidades de saúde da família, parece faltar um planejamento adequado para que isso ocorra. Geralmente, as ações de promoção de saúde realizadas nas escolas pesquisadas são promovidas por iniciativas individuais, o que interfere nos resultados e na continuidade dos projetos.

Além disso, o predomínio do modelo biomédico parece comprometer a realização desses projetos conjuntos de promoção. Na ausência destes, ao atender os casos onde há a necessidade de tratamento, os profissionais das unidades de saúde da família acabam por ficarem muito atarefados, afastando-se das premissas da ESF.

Do ponto de vista da produção do conhecimento, o presente estudo aponta para a necessidade de compreender a perspectiva dos principais envolvidos, por ocasião da formulação de políticas ambiciosas e caras, mas cuja efetivação depende de uma sensibilização que não é fácil alcançar. Em um país das dimensões do Brasil, é previsível uma importante variação na prática concreta das instituições, apesar de diretrizes comuns.

O estado de Minas Gerais, do ponto de vista da implementação da ESF, pode ser considerado importante dentro do cenário nacional, por sua dimensão e abrangência, e o município de Juiz de Fora é um dos mais importantes do Estado. Isto não significa, no entanto, que quando o desafio é superar os limites especializados da cultura institucional, não falem desafios para buscar ainda mais uma melhora da saúde e da qualidade de vida.

O PSE é uma iniciativa de significativa importância e parece poder colaborar para amenizar os problemas enfrentados pelos profissionais de educação e saúde do município de Juiz de Fora/MG, contudo é preciso que haja maior divulgação por parte do Governo e um apoio mais eficaz da Prefeitura.

Para que o PSE não caia no esquecimento e para que os resultados possam ser mensurados, são necessárias avaliações rigorosas, bem como, maior empenho de políticos, secretarias e prefeituras na implementação eficaz do mesmo.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Rev Mineira Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

ALVES, J. G. B. et al. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 291-294, set./out. 2005.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. **Saúde da família**. 2007. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos903/saude-familia/saude-familia.shtml>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, jul./set. 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BESSEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr. 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais**. 2007. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/25269911/Ministerio-Da-Saude-Ministerio-Da-Educacao>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO. **Relatório da Oficina de Estratégias para Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 26 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: MS, 2000.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sala de Situação em Saúde**. 2010. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família.** Brasília, 2005. Disponível em:
<<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/home/pdf/Guia%20de%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20AMQ.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006b.

_____. **Programa Nacional de Saúde Escolar.** 2007. Disponível em:
<<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2009.

_____. **Programa Saúde na Escola.** 2008a. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/programa_saude_na_escola.php>. Acesso em: 20 ago. 2009.

_____. **Promoção na Escola.** 2008b. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30509&janela=1>. Acesso em: 26 set. 2009.

_____. **Saúde na Escola.** 2008c. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29109&janela=1>. Acesso em: 26 set. 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan./mar. 2000.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 5, supl. 1, p. S63-S69, dez. 2005.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, online, v. 9, n. 3, p. 745-749, mês. 2004.

CAMPOS, R. O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 123-130, maio/ago. 2003.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 636-645, nov./dez. 2000.

CARVALHO, G. S. Factores Facilitadores e Limitantes ao Sucesso de Escolas Promotoras de Saúde. In: **Actas do I Encontro Nacional de Promoção e Educação para a Saúde. Beja: Instituto Politécnico de Beja e Núcleo de Saúde Pública do Campo Branco**, 2001. p. 179-202.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, jul./set. 2004.

CERVO, A. L.; BERVIAN, B. A. Metodologia Científica. 4. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1996. 209p.

COSTA, H. **Municípios já podem organizar o Núcleo de Apoio à Saúde à Família – NASF**. 2005. Disponível em: <www.crefpr.org.br%2Fdownload.asp%3Farquivo%3Dnasf_mudou_nasf.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2009.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Piso da Atenção Básica: mudanças na estrutura. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 271-298.

CYRINO, E. G.; PEREIRA, M. L. T. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação de Botucatu, São Paulo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 39-44, 1999.

DA ROS, M. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M. (Org.). **Saúde em Debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 44-66.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE INFRA-ESTRUTURA DE TRANSPORTES – DNIT. **Distância entre cidades**. 2010. Disponível em: <<http://www1.dnit.gov.br/rodovias/distancias/distancias.asp>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

DOMINGUES, J. **A percepção dos trabalhadores do Programa Saúde da Família sobre a intersetorialidade**. 2006. 229 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2006.

ESTUDO DE DOENÇAS RARAS. **Síndrome de Burnout**. 2009. Disponível em:<<http://estudandoraras.blogspot.com/2009/06/sindrome-de-burnout.html>>. Acesso em 10 jan. 2010.

FALCETO, O. G.; BUSNELLO, E. D.; BOZZETTI, M. C. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 7, n. 4, p. 255-263, jul./ago. 2000.

FONSECA, V. M.; SICHIERI, R.; VEIGA, G. V. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 541-549, jun. 1998.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, maio 2006.

GOMES, J. P. As escolas promotoras de saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. **Educação**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 84-91, jan./abr. 2009.

GUIMARÃES, J. P. et al. Pensando em pesquisa em ciências da saúde. In: _____. Pensando em Pesquisa – Caminhos para as Ciências da Saúde. Juiz de Fora: UFJF, 2007. cap. 1, p.11-73.

HALLAL, P. C. et al. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1277-1287, jun. 2006.

HEIDMANN, I. T. S. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-328, abr./jun. 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE – IOM. **Defining Primary Care**: an interim report. Washington: National Academy, 1994.

JORNAL TRIBUNA DE MINAS. **Faltam Núcleos de Saúde da Família. Reunião dos Vereadores e representantes da PJF e do Conselho de Saúde para discutir falta de núcleos do setor na Câmara.** Juiz de Fora, quinta-feira, 06 de maio de 2010.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Rev Adm Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

LALUNA, M. C. M. et al. **Estratégia Saúde da Família e as Práticas de Educação em Saúde: analisando a realidade rural do município de Marília.** Projeto de extensão e pesquisa para submeter à seleção do edital 12/2008 Pet-Saúde do Ministério da Saúde e Educação. 2008. Disponível em: <www.famema.br/pos/pet-saude/pet1educacaosaude.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2009.

LEONELLO, V. M.; L'ABBATE, S. Health education in schools: an approach based on the curriculum and perception of undergraduate education students. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 149-166, jan./jun. 2006.

MACDONALD, T. H. **Rethinking Health Promotion: a Global Approach.** London: Routledge, 1998. 248 p.

MAFRA, L. D. **Promoção da saúde nas práticas pedagógicas em um núcleo de educação infantil.** 2008. 90 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Programa de Mestrado Profissional de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho, Itajaí, 2008.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing.** São Paulo: Atlas. V. I e II, 1993.

NAVARRO, M. Educar para a Saúde ou para a Vida? Conceitos e Fundamentos para Novas Práticas. In: PRECIOSO, J. et al. (Coord.). **Educação para a Saúde.** Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Universidade do Minho, 1999. p. 12-32.

OEHLSCHLAEGER, M. H. K. et al. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 157-163, fev. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Aplicación de la estrategia de salud para todos el año 2000; segunda evaluación; región de las Américas.** 3 ed. Washington: Opas/OMS, 1995.

_____. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, nov. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2010.

PELICIONI, M. C. F.; TORRES, A. L. **A escola promotora de saúde**. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, 1999. 14 f. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1999/pel001.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

SANTOS, D. S. **Ações intersectoriais de educação e saúde: entre teoria e prática**. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem das Faculdades de Ciências Médicas, Campinas, 2005.

SANTOS, K. F.; BÓGUS, C. M. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 123-133, dez. 2007.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS – Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, jan. 2007.

SICHIERI, R.; SOUZA, R. A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, p. S209-S234, jul. 2008.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface Comun Saúde Educ**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 91-112, fev. 2003.

SILVA, M. A. M. et al. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Crianças e Adolescentes da Rede de Ensino da Cidade de Maceió. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 84, n. 5, p. 387-392, maio 2005.

SILVEIRA, G. T. **Escola promotora de saúde: quem sabe faz a hora!**. 2000. 174 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2000.

SOARES, C. B.; SALVETTI, M. G.; ÁVILA, L. K. Opinião de escolares e educadores sobre saúde: o ponto de vista da escola pública de uma região periférica do Município de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1153-1161, jul./ago. 2003.

SOBRINHO, A. C. T.; CANELLA, P. R. B.; SERAPIÃO, J. J. **Sexualidade e saúde da família**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.sbrash.org.br/portal/images/stories/sbrash/pdf/sexualidadeesa%FAdefamilia%20.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. Dados estatísticos. 2009. Disponível em: <<http://www.diamundialdodiabetes.org.br/estatisticas.php>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, set./out. 2004.

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE ENSINO – SRE. **Área administrativa**. 2010. Disponível em: <<https://www.educacao.mg.gov.br/m1cn/administracao/buscaEscola.php?tpBusca=1>>. Acesso em: 05 jul. 2010.

ZAPATER, A. R. et al. Postura sentada: a eficácia de um programa de educação para escolares. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 191-199, jan. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR POR MEIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”. Este estudo é parte do curso de mestrado em Saúde da Família realizado na Universidade Estácio de Sá, telefone (21) 3231-6135, orientado pela Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar, no qual pretende-se investigar a percepção e opinião dos profissionais da saúde e da educação sobre a promoção da saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, em escolas públicas do município de Juiz de Fora/MG.

Neste estudo suas respostas serão gravadas e manuscritas, e este não oferece risco para os participantes tendo em vista que os mesmos não serão identificados e o questionário a ser aplicado não infere em danos morais. Você estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro de Pós-Graduação da Universidade Estácio de Sá e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR POR MEIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2010.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro, localizado à Rua do Riachuelo, 27, 6º andar. Lapa - Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20230-010.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO NAS ESCOLAS

1 – Dados demográficos

Instituição de ensino:

Entrevistado: () diretor () outro [Função? Motivo da indicação?]

Sexo:

Tempo de trabalho na escola:

Área de formação profissional:

Especialização:

2 – Na sua formação foram abordados temas e práticas relacionados à saúde?

() Sim () Não.

[Se afirmativo: quais? Como?]

3 – Como o Sr.(a) entende o papel da escola na promoção da saúde?

4 – O que entende por Escola Promotora de Saúde?

[Quais as atividades que o Sr.(a) acredita que promovem a saúde nas escolas?]

5 – Quais atividades relativas a questão da saúde são oferecidas nesta escola?

[mais alguma foi oferecida nos últimos dois anos?]

6 – Como se dá a relação entre esta escola e a unidade de saúde [nome da unidade]?

[Atividades de prevenção junto aos alunos? Encontros de profissionais com professores? Atividades que envolvam as famílias dos alunos? Reuniões conjuntas de planejamento de atividades? Encaminhamento pela escola de alunos com problemas?]

7 – Por favor dê exemplos

[por favor descreva como acontece, com que frequência?]

8 – Quem costuma estar envolvido?

[Quais alunos? Professores? Funcionários da escola? Familiares?]

9 – O que o Sr.(a) gostaria que fosse oferecido por esta escola para melhorar a saúde das pessoas?

10– Em sua opinião, existe integração entre Secretaria de Saúde e Secretaria da Educação neste Município?

[Se afirmativo, como?]

11 – Que tipo de apoio considera necessário para fortalecer a parceria entre escola e unidade de saúde?

12– Você conhece o Programa Saúde na Escola lançado em 2008?

[O que sabe? Que tipo de consequência você espera que este programa venha a gerar?]

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1 – Dados demográficos

Unidade de Saúde:

Entrevistado: () enfermeiro(a) () outro [Função? Motivo da indicação?]

Sexo:

Tempo de trabalho na ESF:

Especialização?

2 – Durante a sua formação foram abordados temas relacionados à saúde escolar?

() Sim () Não

[Quais? Como? Realizou alguma atividade em escolas?]

3 – Há algum vínculo entre esta unidade de saúde e a(s) escola(s) deste território?

[Qual(is) escola(s)?]

4 – Como o Sr.(a) entende o papel da escola na promoção da saúde?

5 – O que entende por Escola Promotora de Saúde?

6 – Quais as atividades que o Sr.(a) acredita que promovem a saúde nas escolas?

7 – Quais destas são oferecidas nas escolas deste território?

8 – Como é a participação desta unidade nestas atividades?

9 – Que outras atividades envolvem pessoas da saúde e da escola?

[Encontros de profissionais com professores? Atividades que envolvam as famílias dos alunos? Reuniões conjuntas de planejamento de atividades? Atendimento aos alunos com problemas encaminhados pela escola?]

10 – Por favor, dê exemplos.

[Por favor, descreva como acontece, com que frequência?]

11 – Quem costuma estar envolvido?

[Quais alunos? Professores? Funcionários da escola? Familiares?]

12 – O que o Sr.(a) gostaria que fosse oferecido por esta unidade para melhorar a saúde na escola?

13 – Que tipo de apoio considera necessário para fortalecer a parceria entre escola e unidade de saúde?

14 – Em sua opinião, existe integração entre Secretaria de Saúde e Secretaria da Educação neste Município?

[Em caso afirmativo, como?]

15 – Você conhece o Programa Saúde na Escola lançado em 2008?

[O que sabe? Que tipo de consequência você espera que este programa venha a gerar?]