



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

ANA LÚCIA ALVES CARNEIRO DA SILVA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA: CONHECIMENTOS E
PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO**

Goiânia
2013

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva		
E-mail:	alacsivla@hotmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	☒ Sim	☐ Não	
Vínculo empregatício do autor			
Agência de fomento:	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás	Sigla:	FAPEG
País:	Brasil	UF:GO	CPF: 78734924191
Título:	Promoção da Saúde na Escola: conhecimentos e práticas de profissionais da saúde e da educação		
Palavras-chave:	Saúde. Promoção da Saúde. Saúde Escolar. Educação em Saúde.		
Título em outra língua:	Health Promotion at School: knowledge and practices of health and education professionals		
Palavras-chave em outra língua:	Health. Promotion Health. School Health. Promoting Health Practices		
Área de concentração:	Ensino na saúde		
Data defesa:(dd/mm/aaaa)	19/12/2013		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de pós-graduação em ensino na saúde		
Orientador (a):	Dra. Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes		
E-mail:	idamenezes@uol.com.br		
Co-orientador (a):*	Dra. Jacqueline Rodrigues de Lima		
E-mail:	jlina_fen@yahoo.com.br		

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.


 Assinatura do (a) autor (a)

Data: 01 / 07 / 14

¹Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação da atividade educativa. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

ANA LÚCIA ALVES CARNEIRO DA SILVA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA: CONHECIMENTOS E
PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – nível Mestrado Profissional da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Ensino na Saúde; linha de pesquisa processos educativos no trabalho em saúde

Orientadora: Dra. Ida Helena Carvalho
Francescantonio Menezes

Co-orientadora: Dra. Jacqueline Rodrigues
de Lima

Goiânia
2013

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP)
GPT/BC/UFG**

Silva, Ana Lúcia Alves Carneiro da.
S586p Promoção da saúde na escola [manuscrito]:
conhecimentos e práticas de profissionais da saúde e da
educação / Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva. - 2013.
107 f. : il., figs, tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ida Helena Carvalho
Francescantonio Menezes; Co-orientadora: Dra. Jacqueline
Rodrigues de Lima

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Medicina, 2013.

Bibliografia.

Inclui lista de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.

Apêndices.

1. Saúde escolar 2. Saúde da família 3. Saúde – Educação
permanente 4. Educação em saúde I. Título.

CDU: 616.98:37

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

Aluna: Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva

Orientadora: Dr.^a Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

Co-orientadora: Dr.^a Jacqueline Rodrigues de Lima

BANCA EXAMINADORA

Membros:

1. Dr.^a Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes (Presidente)
2. Dr.^a Vânia Cristina Marcelo
3. Dr.^a Nilce Maria da Silva Campos Costa

Suplente:

1. Dr.^a Valéria Pagotto
2. Dr.^a Maria de Fátima Nunes

Data:19/12/13

*À todas as pessoas que de alguma forma encontraram um caminho para desenvolver
práticas de promoção da saúde no território escolar.*

Em especial, àquelas que aprendem e ensinam neste processo.

AGRADECIMENTOS

Ao fazer este mestrado e escrever esta dissertação, ficou claro que ...

*"No mundo tem alguém que diz
Que muito te ama!
Que tanto te ama!
Que muito, muito te ama
Que tanto te ama!"*

Por que

*"Hoje eu acordei
Com uma vontade danada"*

De agradecer imensamente...

"De mandar flores ao delegado"

A minha orientadora, Ida Helena, pelas orientações e cobranças necessárias, mas acima de tudo pela compreensão de todos os momentos vivenciados;

A minha co-orientadora, Jacqueline Lima, por sua acolhida e amizade e por me desafiar a entender a promoção da saúde;

Aos colegas, professores e técnicos administrativos da primeira turma do mestrado de ensino na saúde da Universidade Federal de Goiás, aprendi muito com vocês;

A FAPEG (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás) pelo apoio financeiro;

A Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia pelo apoio e suporte;

Ao chefe, Sandro, pela confiança e por acreditar na efetividade da atenção primária construída por meio da complementariedade entre a assistência e a promoção da saúde;

Aos colegas da SMS Goiânia pelo incentivo, compreensão e aprendizagens cotidianas, em especial, Érica, Ednamar, Marcia, Lucinda, Mary Anne, Mirlene, Patrícia Belém, Rosa Brígida, Sandra, Sara e Wanilda;

Aos trabalhadores do Centro de Saúde da Família da Vila Pedroso e do Distrito Sanitário Leste, meu lar por mais de oito anos;

A todos os participantes do projeto "Viver Saudável", por oportunizar as práticas promotoras de saúde na escola;

A Aída, Ana Carolina, Jovino, Marinésia, Nelma, Suzane, Terezinha e Veruska, grandes companheiros, pela dedicação, seriedade e competência em construir e facilitar o projeto "Viver Saudável".

*"De bater na porta do vizinho
E desejar bom dia"*

Aos amigos tão necessários;

A Frankley, Ronize, Valéria, Laine e Doraci, amigas do tipo apoio total, apesar das minhas ausências;

A Isabel, Marivone, João Bosco e Anamarcia, profissionais da minha saúde, que fizeram o corpo esticar-se e a mente entender-se;

A Ivanilde, Larissa, Marla, Dais e Vânia por me ajudarem a compreender os caminhos tanto da educação popular como da promoção da saúde;

Ao Marcelo, assessor para assuntos de informática, pelos "Ctrl+B" e "Format C";

A Gabriela e Gustavo pela ajuda para entender o mundo quando escrito em inglês e francês;

A Juliana, pelo incentivo para imprimir logo.

*"De beijar o português
da padaria"*

A minha família, "portuguesa com certeza"; pelo apoio incondicional;

Ao meu pai, Manoel, por ter criados os filhos para o mundo, abrindo assim as portas de muitas possibilidades;

A minha mãe, Maria, pela prontidão e carinho que atende aos meus chamados;

A irmã, Ana Maria, pelo incentivo para que eu fosse mais, valeu insistir (obrigada também pela colaboração acadêmica);

Ao irmão, Manuel, pela prontidão em me auxiliar, onde 349 km de distância não foram obstáculo;

A Juliana, por ser minha cunhada preferida;

Ao Manuel e Miguel, por insistirem em chamar a titia para brincar;

A Nina, gata linda, por estar sempre ao meu lado, ou, as vezes, em cima do computador, dos livros, das anotações

*"Me dê a mão, vamos sair
Pra ver o sol!"
(Zeca Baleiro)*

SUMÁRIO

QUADROS, TABELAS E FIGURAS	ix
SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS.....	x
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
APRESENTAÇÃO	14
1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVOS	21
2.1. Objetivo geral.....	21
2.2. Objetivos específicos.....	21
3. MARCO TEORICO CONCEITUAL	22
3.1. Saúde: um conceito polissêmico	23
3.2. Promoção da saúde: conceito utilizado como discurso porém pouco compreendido	26
3.3. Saúde Escolar: desafios para a parceria intersetorial e institucionalização.....	31
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
4.1. Tipologia do estudo	38
4.2. Local do estudo	39
4.3. Participantes do estudo.....	40
4.4. Coleta dos dados	41
4.5. Análise de Dados	43
4.6. Aspectos éticos.....	50
5. ARTIGO.....	51
6. CONCLUSÕES.....	74
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
8. PRODUTOS	77
8.1. Produtos Científicos	77
8.2. Produtos Técnicos.....	77
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES.....	85
Apêndice A - Curso de Práticas Promotoras de Educação e Saúde	85
Apêndice B – Termo Consentimento Livre Esclarecido.....	91

Apêndice C – Roteiro com Questões Norteadores – grupo focal antes da atividade educativa	93
Apêndice D – Roteiro com Questões Norteadores – grupo focal depois da atividade educativa	94
Apêndice E – Material educativo sobre práticas promotoras de saúde na escola. ..	95
ANEXOS	98
Anexo A– Parecer do Comitê de Ética	98
Anexo B – Regras para publicação na revista INTERFACE	99

QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Quadro 1– Primeira codificação dos segmentos dos Grupos Focais de 01 a 06.	45
Quadro 2 – Primeira codificação dos segmentos dos participantes dos Grupos Focais de 07 a 10.	46
Quadro 3– Segunda codificação dos segmentos dos participantes dos Grupos Focais de 01 a 06.	48
Quadro 4– Segunda codificação dos segmentos dos participantes dos Grupos Focais de 07 a 10.	49

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AIPS	-	Articulação Intersetorial de Promoção da Saúde
APPSE	-	Ação de Prática Promotora de Saúde na Escola
CNS	–	Conselho Nacional de Saúde
CNDSS	-	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CPPEs	-	Curso Práticas Promotoras de Educação e Saúde
CSF	-	Centro de Saúde da Família
DSL	-	Distrito Sanitário Leste
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
ESP	–	Escola Promotora da Saúde
MEC	–	Ministério da Educação
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
PCN	-	Parâmetros Curriculares Nacionais
PNPS	-	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPP	-	Projeto Político-Pedagógico
PS	–	Promoção da Saúde
PSE	–	Programa de Saúde na Escola
PVS	-	Projeto “Viver Saudável”
SME	–	Secretaria Municipal de Educação
SMS	–	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFG – Universidade Federal de Goiás

URE – Unidade Regional de Educação

RESUMO

A promoção da saúde emergiu no final do século XX em resposta a responsabilização do indivíduo pela saúde, propondo a reorientação dos serviços, sendo a intersetorialidade uma importante ferramenta. O Programa Saúde na Escola é uma iniciativa com foco na parceria entre as equipes de Saúde da Família e a comunidade escolar, sendo necessária a realização de educação permanente para a construção de escolas saudáveis. O objetivo deste estudo foi analisar os saberes e práticas de promoção da saúde, entre profissionais da saúde e da educação, no contexto da escola. O estudo foi realizado por meio de pesquisa qualitativa descritiva. Os dados foram coletados junto aos participantes de um curso de práticas promotoras de saúde, por meio de grupos focais e os dados foram analisados pela proposta de Tesch. Os resultados sugerem que as concepções dos participantes e a descrição de facilitadores e dificultadores das práticas, evoluíram de um discurso centrado no indivíduo para uma percepção sobre o coletivo. Sugere-se a necessidade de ampliar as oportunidades de educação permanente, aproximando conteúdos teóricos e práticas.

Descritores: Saúde. Promoção da Saúde. Saúde Escolar. Educação em Saúde.

ABSTRACT

In the late twentieth century, health promotion emerged in answer to individual responsibility for health. Therefore, a service reorientation was proposed considering intersectoral action as an important tool. The Brazilian Program Health in School is an initiative focused on the partnership between Family Health teams and school community. To accomplish such partnership and build healthier schools, a program of continuing education is required. The aim of this study was to assess the knowledge and practices of health promotion in the school context. The study was conducted using descriptive qualitative research. Data were collected from the participants in a course on health promotion practices through focus groups and, later, analyzed using Tesch's proposition. The results suggest that the participant's concepts and descriptions of the facilitators and the hindering factors evolved from a discourse centered on the individual to a perception of the collective. Then, we suggest the need to expand opportunities for continuing education, approaching both theoretical and practical content.

Descriptors: Health. Promotion Health. School Health. Promoting Health Practices

APRESENTAÇÃO

Paulo Freire deixou vasta literatura sobre a educação e como ser educador para e com um mundo em transformação, reconhecendo que “não se pode transformar o mundo sem transformar a consciência das pessoas” (FREIRE, 1982, p.4). Dessa forma, o processo de transformação ocorre no cotidiano, a partir da vivência e experiência humana.

No âmbito da pesquisa, as experiências pessoais do pesquisador são reconhecidas como parte de sua subjetividade, influenciando, portanto, o processo de identificação do sujeito, metodologia e resultados de um estudo (ROBLES, 2000). Nesta perspectiva, a pesquisadora reconhece a importância de apresentar ao leitor sua trajetória, como enfermeira na Estratégia Saúde da Família (ESF) atuando com promoção da saúde na comunidade escolar. Vale ressaltar que no transcorrer de realização deste estudo, sua percepção sobre saúde, promoção da saúde e educação em saúde sofreu um processo de transformação, permeado pela compreensão da teoria contextualizada na prática: a práxis (FREIRE, 1982).

No final de 2006, o financiamento proveniente de um Edital da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, deu origem ao Projeto ‘Viver Saudável’ (PVS), coordenado pelo Distrito Sanitário Leste (DSL) da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS) (GOIÂNIA, 2006). O projeto visou ações promotoras de práticas corporais e escolhas alimentares saudáveis na comunidade escolar. O PVS foi desenvolvido por meio da parceria entre a SMS/Goiânia, a Secretaria Municipal de Educação de Goiânia (SME) e Universidade Federal de Goiás (UFG), esta última representada pelas Faculdades de Enfermagem, Nutrição e Odontologia (FERREIRA et al., 2012).

A pesquisadora atuou no PVS desde sua implementação, pelo fato da escola piloto pertencer à área de abrangência da equipe de saúde da família a qual pertencia, passando a integrar a coordenação do projeto nos anos seguintes.

Em 2007, o PVS foi implantado em uma escola municipal, inserindo diversas ações de promoção da saúde em seu Projeto Político-Pedagógico (PPP), como oficinas de alimentação saudável, capacitação de manipuladoras de alimentação escolar, curso sobre metodologias ativas de ensino-aprendizagem e estímulo à prática de atividades físicas (BRASIL, 2008). No seu segundo, foi realizado o “III Encontro de Escola Promotora da Saúde”, reunindo Centros de Saúde da Família (CSF) e escolas da área de abrangência do DSL. Entre 2009 e 2010, dez escolas faziam parte do projeto e foi implementada a ação educativa “Lazer Saudável”, envolvendo diferentes parceiros intersetoriais e a comunidade. Neste mesmo período, foram desenvolvidas diversas atividades educativas para os profissionais da saúde e da educação (FERREIRA et al., 2012).

O PVS, ao longo da sua execução, foi avaliado considerando os processos e resultados, com abordagens participativas, que permitiram a identificação de barreiras para a sua sustentabilidade, tais como: maior protagonismo do setor saúde, ausência de institucionalização e falta de compreensão sobre conceitos, princípios e legislação acerca da promoção no contexto escolar.

Três estudos permitiram uma visão mais crítica e aprofundada do projeto. O primeiro, realizado por Ferreira (2011) com estudantes de escolas que participavam e que não participaram do PVS, concluiu que não ocorreram mudanças sobre a prática de atividade física e escolhas alimentares saudáveis entre os participantes do projeto quando comparadas aos não participantes.

O estudo realizado por Camozzi (2011) com professores, diretores, coordenadores, manipuladores da alimentação escolar e conselheiros escolar, identificou dificuldades dos participantes em ter acesso e compreensão do conteúdo da legislação relacionada à saúde no ambiente escolar. Foi recomendada a ampliação de ações direcionadas à educação permanente e promoção da saúde.

Finalmente, um estudo qualitativo, realizado com estudantes das escolas participantes, para aprofundar a compreensão sobre as práticas corporais e alimentação saudável, identificou a falta de condições no ambiente familiar, social, escolar e comunitário para a adoção de hábitos saudáveis, tais como insegurança no

território, falta de material esportivo para as aulas de educação física e ausência de equipamentos sociais e de investimentos públicos na comunidade (ROSA, 2012).

Reconhecendo a limitação de recursos financeiros e humanos e a sobrecarga de trabalho entre os envolvidos no PVS, a formação de multiplicadores em promoção da saúde foi a estratégia priorizada para garantir a sustentabilidade do projeto (FERREIRA et al., 2012).

Em 2011, a pesquisadora, ao ingressar no Programa de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde na linha de pesquisa “processos educativos no trabalho em saúde”, vislumbrou a oportunidade para a implementação de um processo educativo, que estava em planejamento entre a coordenação do PVS e as gerências de recursos humanos das SMS e SME.

Assim, o Curso “Práticas Promotoras de Educação e Saúde” (CP PES) foi construído para estimular, por meio de metodologias ativas, o planejamento coletivo das práticas promotoras de educação e saúde no território escolar, possibilitando a atuação dos participantes como agentes transformadores e ativos (APÊNDICE A). Foi implementado em 2012 e oferecido para um total de 69 profissionais de saúde e de educação que atuavam no território de abrangência do DSL.

O curso foi implementado durante a realização do mestrado da pesquisadora, e utilizado como espaço para a coleta de dados. Este estudo pode contribuir para a institucionalização das ações de promoção da saúde no ambiente escolar no âmbito das Secretarias de Saúde e de Educação do município.

Esta dissertação organiza-se da seguinte forma:

- 1) Introdução – apresenta o problema, as questões de pesquisa e justificativa do estudo;
- 2) Objetivos – lista o objetivo geral e os específicos;
- 3) Marco teóricos conceituais – aborda e define os conceitos de saúde, promoção da saúde, saúde no ambiente escolar e educação permanente adotados neste estudo;

- 4) Percurso metodológico – descreve as etapas do desenvolvimento da metodologia adotada nesta pesquisa, como tipologia, local, participantes, coleta e análise dos dados, além dos aspectos éticos;
- 5) Artigo Científico – submetido para avaliação junto a revista “INTERFACE”;
- 6) Conclusões – apresenta as conclusões buscando responder aos objetivos do estudo e tecer reflexões acerca dos principais resultados;
- 7) Recomendações – apresenta as recomendações, com o intuito de oferecer possibilidades para as mudanças necessárias no cenário das práticas promotoras de saúde na escola;
- 8) Produtos – lista os produtos obtidos com este estudo.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946). Este conceito, apesar de ser criticado pela característica utópica da definição, também é reconhecido por apresentar os aspectos positivos da saúde (POTVIN; JONES, 2011).

Entretanto cabe destacar, que o exercício de definição da saúde é uma ação em construção, com influências históricas e filosóficas (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003). Esta constatação parte do reconhecimento da presença de diferentes conceitos de saúde, que estão vinculados à ideia da saúde como ausência de doença ou como bem-estar, conforme aborda o conceito da OMS e, por fim, no contexto brasileiro, um conceito de saúde afirmativo como valor social (BASTISTELLA, 2007).

O campo da promoção da saúde tem uma aproximação com o conceito da saúde como valor social, buscando assim orientar a prática pelos desafios e realidade social vigente. Na perspectiva teórica, a Carta de Ottawa, resultado da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, contribuiu para a identificação de um marco de referência sólido deste campo do conhecimento e para a formação da identidade dos promotores de saúde (PETTERSON, 2012). Desde então, outras conferências foram realizadas abordando temáticas de importância mundial e aprofundando a compreensão de pressupostos, princípios e pilares que norteiam as políticas públicas de saúde e as práticas de promoção da saúde (BRASIL, 2002; LOPES et al., 2010; POTVIN; JONES, 2011).

Neste sentido, as práticas direcionadas à promoção da saúde devem contribuir “para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2006, p. 10), considerando as condições de vida e o território onde vivem as pessoas e comunidades. Assim, a atuação na saúde não pode ser restrita a este setor, pois promover a saúde exige uma articulação intersetorial,

que associada a construção de redes intersetoriais potencializa a mobilização, reflexão e execução de ações que possam intervir na qualidade de vida da população.

Entre os diferentes setores que podem contribuir na concretização da promoção da saúde, destaca-se o setor da educação¹, pela sua capilaridade e abrangência, suas funções pedagógica, social e política, direcionadas ao exercício da cidadania e ao acesso a oportunidades (BRASIL, 2002). A escola é identificada como um espaço promotor da saúde, onde, questões complexas podem ser abordadas de forma integrada ao ensino curricular e hábitos saudáveis podem ser construídos e consolidados, até mesmo ao longo da vida (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b; PELICIONI, 2000; SCHMITZ et al., 2008).

A escola é um ambiente solidário e propício ao aprendizado, que pode desenvolver o ato pedagógico dialógico, problematizador e inclusivo, visando a construção da consciência crítica sobre as políticas públicas e estímulo a criação de entornos saudáveis, garantindo o engajamento da população em projetos de promoção da saúde (AERTS et al., 2004).

Entretanto diversos autores, relatam que as práticas de promoção da saúde no ambiente escolar realizadas nos últimos 50 anos foram focadas nos cuidados de higiene e assistência à saúde, sejam por meio de atendimentos médicos, odontológicos e/ou psicológicos, além de representar um espaço para o setor saúde desenvolver ações de educação em saúde de forma tradicional (STEWART-BROWN, 2006, BRASIL, 2009, COSTA et al., 2013).

Buscando induzir a superação destas práticas o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) implantaram ações e estratégias intersetoriais de promoção da saúde (BRASIL, 2007a). Entretanto, Costa et al. (2013), avaliam que esta aproximação entre os setores de saúde e de educação não tem sido efetiva, pois percebe-se a forte presença de ações desarticuladas, pontuais e com foco preventivista.

Uma das políticas públicas brasileiras direcionadas para a articulação saúde e escola é o Programa de Saúde na Escola (PSE), que tem como objetivo a ampliação

¹ Neste estudo os termos "setor saúde" e "setor educação" são utilizados para designar os sistemas públicos de saúde e de educação, respectivamente.

das ações específicas de saúde no ambiente escolar, que devem ser executadas por meio de um compartilhamento de responsabilidades (BRASIL, 2009; COSTA et al., 2013).

Como resultado desta ampliação observou-se um aumento nas demandas, exigindo mais recursos, responsabilização dos atores envolvidos e a necessidade de instituir processos de formação permanente destes sujeitos. E a este processo de formação é instituído a função de construir competências e habilidades para uma educação significativa e orientada para a transformação das práticas por meio do trabalho em equipe, formação de vínculos, corresponsabilização e participação (CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008; COSTA et al., 2013; FREIRE, 1996; GOMES; HORTA, 2010).

Neste sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos que possam contribuir para a compreensão dos conhecimentos e práticas de saúde e de promoção da saúde no ambiente escolar, buscando analisar as seguintes questões norteadoras: (a) quais são os saberes e práticas de promoção da saúde no contexto escolar? (b) quais são as práticas promotoras de saúde na escola? (c) quais as modificações dos saberes e práticas após uma intervenção educativa?

A conceituação, implementação, análise de dados e divulgação dos resultados deste estudo estão fundamentadas nos pressupostos do paradigma crítico social, o qual assume que a natureza da investigação não é neutra (KINCHELOE; MCLAREN, 1998; LINCOLN; GUBA, 2000). Considerando que um paradigma engloba um sistema de crenças e valores, a escolha da corrente paradigmática deste estudo foi permeada pelo percurso das pesquisadoras que atuam no âmbito da educação e promoção da saúde na comunidade por meio de estratégias de ensino aprendizagem participativas, dialógicas e políticas, que contribuíram, assim, em processos de educação permanente junto a profissionais de saúde e educação (ROCHA et al., 2008; ALEXANDRE et al., 2009; SILVA et al., 2010; FERREIRA et al., 2012).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar os saberes e práticas de promoção da saúde, entre profissionais da saúde e da educação, no contexto da escola.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever os saberes e práticas de saúde e de promoção da saúde de profissionais de saúde e de educação no contexto escolar;
 - Analisar as modificações dos saberes e práticas de saúde e de promoção após uma intervenção educativa;
 - Identificar fragilidades e fortalezas para as construções das práticas promotoras da saúde na escola;
 - Identificar os desafios para a promoção da saúde no território da escola.
-

3. MARCO TEORICO CONCEITUAL

O referencial teórico de uma pesquisa deve possibilitar a articulação entre os dados empíricos, o método e a teoria tornando possível o estudo no âmbito da diversidade de contextos, culturas e experiências vividas que são construídas individualmente e coletivamente por meio de “significados culturais que permeiam a vida cotidiana” (DENZIN, 1992 apud LIMA, 2008, p. 81).

Este marco teórico conceitual apresentará os principais conceitos que fundamentaram o presente estudo levando em consideração o paradigma crítico social (GUBA; LINCOLN, 1998). Esta orientação paradigmática é sugerida para subsidiar investigações que possam responder às necessidades de produção de conhecimentos coerentes com os princípios de promoção da saúde (EAKIN et al., 1996).

A primeira seção deste capítulo descreve a construção do conceito de saúde ao longo do tempo, relacionando-o à dicotomia entre a percepção individual de saúde, quando usado para definir sua própria saúde; e a compreensão do conceito no âmbito coletivo, direcionado à elaboração de políticas públicas. As duas definições permeadas pelas experiências pessoais, valores e condições sócio educacionais

Em seguida, a promoção da saúde é apresentada à partir da visão ampliada da saúde com o reconhecimento dos determinantes sociais na elaboração de políticas públicas e da crítica ao modelo preventivista e biomédico da saúde pública vigente no século XX. O conceito de promoção da saúde e os princípios relacionados são descritos, bem como as críticas sobre a utilização desta abordagem.

A terceira seção aborda a saúde no ambiente escolar, descrevendo as políticas públicas vigentes e a importância da inserção da saúde no currículo e projetos escolares. São também identificados os desafios relacionados ao estabelecimento de parceria entre os setores saúde e educação e a necessidade de institucionalização das práticas de saúde no ambiente escolar.

3.1. Saúde: um conceito polissêmico

O conceito de saúde tem apresentado diferentes formulações ao longo do tempo, relacionadas a conjuntura social, econômica, política e cultural. Estas concepções tendem também a interferir nas ações necessárias para se conseguir o estado de saúde (AYRES, 2007; SCLiar, 2007).

Inicialmente a saúde foi conceituada no ocidente como o estado de ausência de doença. A doença, nesta concepção, era resultado de castigo a pecados cometidos. Ao longo dos anos esta percepção foi substituída por outras como a de que a doença é fruto do desequilíbrio entre o homem e a natureza, entre os elementos do corpo humano até culminar na sua associação a agentes etiológicos provocadores de patologias, passível assim de prevenção e cura. Já no oriente, a concepção de saúde e de doença sempre esteve vinculada às forças vitais do corpo e o seu bom funcionamento (SCLiar, 2007).

A compreensão da saúde pelo aspecto biológico foi predominante ao longo do século XX. Reconhece-se que somente após a criação da Organização Mundial de Saúde, em 1948, o conceito de saúde passou a ser vinculado a um direito e obrigação do Estado estando associado as ações de promoção e proteção da saúde. Esta nova compreensão decorreu do conceito assumido pela OMS que possibilitou uma construção da concepção de saúde mais ampla, quando afirma a saúde como um completo bem-estar físico, mental e social (BUSS; FERREIRA, 2000; SCLiar, 2007).

A conceituação da OMS avançou neste caminho de busca de um conceito de saúde mais plural, pois superava a visão negativa da saúde anteriormente vigente. Críticas quanto ao caráter utópico e inalcançável do conceito da OMS foram realizadas. Estas se fundamentavam em elementos como a limitação da tradução deste conceito em metas pelos serviços de saúde e o risco deste ser utilizado como uma justificativa para intervenções “arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado indesejável ou perigoso” (BATISTELLA, 2007, p. 58).

Outro marco desta construção é identificado na década de 1970, quando o documento "a nova perspectiva para a saúde dos canadenses" (LALONDE, 1981) reconheceu que saúde não era restrita a biologia humana e destacou o papel do ambiente (físico, socioeconômico, cultural), o estilo de vida e a organização da atenção à saúde, como determinantes de saúde. Este informe pautou posteriormente a definição de políticas públicas e financiamento para as ações de saúde no Canadá.

No Brasil, a partir do movimento pela reforma sanitária foi possível construir uma alternativa ao conceito de saúde. Destaca-se o ano de 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em que no seu relatório final enfatizou "o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade" (BRASIL; 1986, p. 382).

Seguindo este mesmo caminho a Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, declara no artigo 196: "A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). Esta formulação é identificada como saúde como valor social, devido a forma como foi construída – por meio de uma intensa mobilização social e também por assumir a saúde como direito humano dos brasileiros (BATISTELA, 2007).

Outra conquista do movimento da reforma sanitária, foi a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº. 8080/90 (BRASIL, 1990). Esta legislação considera esta noção ampla e identificada os determinantes da saúde que devem ser considerados em todas as ações do SUS (SCLIAR, 2007).

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários: (a) universalidade - garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; (b) equidade – oferta de atendimento diferenciado procurando atender a necessidades dos usuários; e (c) integralidade – oferecer atendimento ao usuário com uma visão integral por um sistema de saúde

também integral, voltado para promover, proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 1990).

Teixeira (2002) refere que a transformação necessária para a implantação do SUS e seus princípios, exige mudanças no processo de trabalho em saúde, como a inclusão de ações de promoção da saúde “nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços” (p.157), considerando os problemas de saúde e seus determinantes locais.

Entre os anos de 1980 a 1990, houve uma diminuição da influência do estado em diversos setores devido à crise no liberalismo, o enfoque da saúde foi centrado na concepção de assistência médica individual e do bem privado. Nos anos 2000, esta compreensão tornou-se mais próxima dos determinantes sociais da saúde (TESSER, 2006), que passaram a ser relacionados com as iniquidades sociais que emergem das condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem (MARMOT et al., 2012).

Os determinantes sociais da saúde são todos os fatores sociais, econômicos e ambientais que determinam o estado de saúde dos indivíduos ou populações. Alguns determinantes da saúde não são modificáveis como idade, sexo e herança genética. Outros, em grande parte, encontram-se fora do controle de indivíduos ou comunidades, tais como renda, estado social, educação, emprego e condições de trabalho, acesso a serviços de saúde adequados, e os ambientes físicos saudáveis (NUTBEAN, 1997).

Pelo que se pode notar nas descrições acima, o conceito de saúde é polissêmico, variando de acordo com a ideologia, modelo socioeconômico dominante, avanços tecnológicos, valores, crenças, experiências pessoais no processo saúde doença, entre outros.

Nesse sentido, diversos artigos, dissertações e teses têm se empenhado no delineamento do conceito de saúde, fundamentando o trabalho e a pesquisa dos profissionais de saúde e educação (ALMEIDA FILHO, 2000; ANÉAS; AYRES, 2011; AYRES, 2007; BATISTELLA, 2007; CZERESNIA, 2003; PELICIONI; TORRES, 1998).

Para este estudo a pesquisadora reconhece que ao conceituar saúde, os indivíduos consideram seu conjunto de crenças, valores, formação e vivências. Assim, o conceito de saúde pode ser construído a partir de dois lugares diferentes, que podem ser mesclados ou usados isoladamente, pela mesma pessoa em situações distintas: (a) como sujeito da sua própria saúde, buscando todas as possibilidades e recursos possíveis para mantê-la, e (b) sujeito da luta por uma saúde ampliada e crítica sobre a coletividade e necessidades da população, considerando a influência da qualidade de vida e das iniquidades sobre a saúde numa determinada sociedade.

3.2. Promoção da saúde: conceito utilizado como discurso porém pouco compreendido

Com mais de vinte e seis anos, a Carta de Ottawa, é um dos documentos mais consultados desde a implantação de políticas de promoção da saúde mundialmente. Este documento tornou-se referência, por apresentar o conceito de promoção da saúde baseado na constituição da OMS, na declaração de Alma Ata e no relatório Lalonde (POTVIN; JONES, 2011).

A Carta de Ottawa conceitua promoção da saúde como 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” (BRASIL, 2002, p.19).

Este conceito considera saúde a partir de sua definição positiva e ampliada, propondo três estratégias e cinco campos de ações para a sua realização (POTVIN; JONES, 2011) da promoção da saúde.

As estratégias elencadas nesta carta são: (a) a defesa da causa (*advocacy*), onde considera-se saúde como o maior recurso para o desenvolvimento das comunidades e pessoas, assim as ações de promoção da saúde devem contemplar

uma postura de defesa de condições favoráveis a saúde; (b) a capacitação (treinamento de habilidades para a vida), aqui as ações de promoção da saúde objetivam reduzir as iniquidades, para tanto, deve-se assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde, e (c) a mediação (intersectorialidade), neste item a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todos os setores envolvidos (BRASIL, 2002). Os campos de ação identificados são: (a) elaboração de políticas públicas saudáveis; (b) criação de ambientes favoráveis; (c) fortalecimento da ação comunitária, (d) desenvolvimento de habilidades pessoais e (e) reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).

Outros documentos resultantes das conferências mundiais de promoção da saúde colocaram na agenda global a discussão sobre promoção da saúde, enfocando mudanças nos paradigmas da saúde. Dentre estas destacam-se as declarações de: Adelaide (Austrália, 1988); Sundsvall (Suécia, 1991); Bogotá (Colômbia, 1992); Jacarta (Indonésia, 1997), México (2000) e Bangkok (Tailândia, 2005) (LOPES et al., 2010). Tusset (2012) afirma que é possível perceber o acúmulo de informações produzidas e difundidas por meio destas conferências e/ou documentos oficiais, contribuindo assim para o entendimento de saúde e promoção da saúde como fenômeno multifatorial.

Outras conceituações foram criadas e utilizadas, pois a adoção de práticas promotoras (ou não) da saúde está relacionada à forma como a saúde é definida e, portanto, compreendida e praticada. Como exemplo, quando se considera saúde como ausência de doença, as principais estratégias de promoção da saúde são de cunho preventivista (vacinas, exames); se a saúde é considerada a partir da definição da OMS, as “ações promotoras” adotam abordagens educativas direcionadas à mudança de comportamento e adoção de estilos de vida saudáveis e, finalmente, se a concepção de saúde for influenciada pelas condições socioambientais, as ações são direcionadas para a ação política, promoção de espaços saudáveis, empoderamento, desenvolvimento de habilidades, bem como, reorientação dos serviços de saúde (WESTPHAL, 2006).

Rocha (2001) afirma que, apesar da tentativa de homogeneização da definição de promoção da saúde por meio da Carta de Ottawa, o “conceito de

promoção da saúde não se configura de forma única para todos os profissionais de saúde” (p. 228). De fato, promoção da saúde é muitas vezes confundida com a prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006).

Um documento recente neste campo da construção teórica da promoção da saúde trata da inter-relação da saúde com outras políticas sociais, ambientais, econômicas, do trânsito. Esta declaração destaca a necessidade de que os diferentes setores assumam o papel que lhes cabe na defesa e promoção da saúde dos cidadãos e que ações integradas sejam implantadas buscando assim uma melhor utilização dos recursos humanos e financeiros (WHO, 2010). Esta declaração reforça o papel central da atuação intersetorial nas práticas de promoção da saúde.

A intersetorialidade é uma estratégia reorganizadora de respostas a problemas, necessidades e demandas sociais de diversos grupos populacionais (TEIXEIRA; PAIM, 2002), permitindo que distintos setores pensem sobre a questão da saúde em toda sua complexidade e que articulem possibilidades e garantias ao direito a saúde (ROCHA, 2001). Geralmente, os setores mais procurados para parcerias intersetoriais são: saúde, educação, meio ambiente e assistência social.

No estudo de Rocha (2001), as principais ações intersetoriais identificadas por profissionais de saúde que atuam no domínio da promoção foram a articulação de agendas e estruturação de projetos para desenvolvimento de experiências. A autora identifica alguns desafios para as ações intersetoriais e de promoção da saúde em geral como a descontinuidade de gestão, vulnerabilidade política, falta de motivação (pessoal), fragilidade das propostas para atores/público diversos e falta de mecanismos de sustentação nos níveis regionais e nacional (ROCHA, 2001).

Em outra publicação, Buss (2003) elenca quais são as ações necessárias para que os governos operem políticas públicas saudáveis, por meio de ações intersetoriais:

“[...] (a) colocar a saúde de forma positiva na agenda de políticos; (b) decisão compartilhada entre os mais elevados escalões do governo e o poder legislativo; (c) integração da ação pública, isto é, formulação e implementação conjunta das diversas intervenções governamentais; (d) universalidade destas políticas mas com focalização para territórios ou segmentos da população, quando necessário; (e) criatividade na formulação

das políticas e no seu financiamento; (f) mobilização comunitária, isto é, a co-participação da comunidade na formulação e controle social na implementação das políticas públicas [...]”(p. 59)

Devido a sua importância no cenário nacional e internacional, bem como as demandas da comunidade científica e movimentos sociais, o Ministério da Saúde, em 2006, homologou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), num empenho para superar os desafios da produção de saúde. Esta política tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, e dentre as ações propostas destacam-se o incentivo a alimentação saudável e a prática de atividades físicas, incidindo na vida da população de modo a favorecer escolhas saudáveis (BRASIL, 2006).

Apesar de apresentar elementos, em seu preâmbulo, sobre a participação social, empoderamento e diminuição de desigualdades, a PNPS orienta suas ações específicas aos comportamentos individuais e estilos de vida, sem reconhecer a relação direta entre as desigualdades sociais e econômicas, sobre as desigualdades inerentes aos riscos, doenças e a própria saúde. Em efeito, o direcionamento das políticas de promoção da saúde que responsabiliza o indivíduo pelo seu estilo de vida, em detrimento da influência dos determinantes sociais da saúde sobre o processo saúde-doença, sugere pouca compreensão sobre a abrangência do conceito (BUNTON; NETTLETON, 1995; NÈVE, 2011).

A PNPS busca também fomentar o processo de reorientação dos serviços de saúde, entretanto os trabalhadores tem pouca ou nenhuma formação para implantar práticas de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, dificultando o processo de implementação desta política (BRASIL, 2007c; TUSSET, 2012); exigindo do profissional habilidades relacionadas ao deslocamento de sua práxis do campo da doença para o campo da saúde; estabelecimento de parceria intersetorial e reconhecimento da diversidade e cultura local (LEFEVRE; CORNETTA, 2004).

Uma outra orientação de atuação profissional refere-se ao estímulo a discussão teórica e prática da promoção da saúde na busca da integração com outros

movimentos em curso na sociedade e sempre pleiteando a melhoria da qualidade de vida e diminuição de iniquidades (ROCHA, 2001).

Desta forma, ressalta-se como a promoção da saúde dialoga também com o movimento dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (CNDSS, 2008). Reconhecendo a importância dos DSS, em consonância com a OMS, o Brasil instituiu a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com representação de lideranças nacionais de várias áreas do conhecimento. Esta comissão teve como missão gerar informações sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil com o objetivo de contribuir para a formulação de políticas capazes de promover a equidade em saúde, assegurando o direito universal à saúde e justiça social (CNDSS, 2008).

Para que uma prática promotora de saúde aporte benefícios à população, tais como, maior acesso aos serviços de saúde, redução das iniquidades, aumento do empoderamento e da participação social, o profissional deve atuar de forma colaborativa, participativa e intersetorial compartilhando conhecimentos e recursos (TUSSET, 2012). As práticas promotoras da saúde geralmente são direcionadas à sua execução, sem o devido investimento no planejamento, monitoramento e avaliação.

O processo de avaliação é necessário e deve ser contínuo, buscando soluções para os desafios e reforçando os elementos positivos na prática num processo de ação-reflexão, envolvendo as expectativas de todos os atores envolvidos. Deve considerar também os “resultados intermediários” relacionados com a ação (DE SALAZAR; GRAJALES, 2004). Como exemplos deste tipo de resultados, esses autores citam as mudanças na percepção da comunidade; a institucionalização de parcerias, alterações ambientais, efeitos sociais percebidos e potencialidades para aquisição e manutenção da saúde da população.

Os resultados intermediários podem ser classificados a partir de (a) apoio a políticas públicas saudáveis, (b) formação de alianças estratégicas, (c) estímulo a participação social, (d) estabelecimento de ambientes promotores de saúde e, (e) estratégias de sustentabilidade; fornecendo evidências para a tomada de decisão com vistas à consolidação, ampliação, replicação, ou alteração da ação promotora da saúde (DE SALAZAR; GRAJALES, 2004).

Para este estudo, a pesquisadora considerou que temas como intersetorialidade, participação popular, desenvolvimento de capacidades pessoais e comunitárias, empoderamento, equidade, entre outros, devem ser incorporados como princípios que fundamentam a prática de promoção da saúde. A adoção destes princípios pode garantir mecanismos para a sustentabilidade das ações e com a intenção clara de melhorar a qualidade de vida e diminuir as iniquidades que afetam indivíduos e comunidades.

3.3. Saúde Escolar: desafios para a parceria intersetorial e institucionalização

A escola saudável deve propiciar um ambiente de vivência que ofereça um amplo espectro de recursos que garantam aqueles que ali estudam e trabalham o seu desenvolvimento saudável (POTVIN; JONES, 2011).

Há muito os temas relativos à saúde estão na escola, sob diferentes perspectivas, ideologias e contextos culturais e econômicos. A discussão já foi centrada em ações nos indivíduos e na mudança de comportamentos e atitudes, na visão assistencialista e na transmissão de conhecimentos (BRASIL, 2007a; MOURA et al., 2007; SCHMITZ et al., 2008).

O papel da educação e da escola como um importante espaço a ser utilizado na viabilização de propostas de promoção da saúde. Assim, qualquer processo de promoção da saúde trará conhecimentos significativos se forem questões pensadas, discutidas e solucionadas pelos próprios estudantes, pois traz experiência e responsabilização. O desafio da educação então é o de propiciar bases para compreensão da realidade a fim de que se possa transformá-la (PELICIONI; TORRES, 1998).

Estas ações, na maioria das vezes são executadas por meio de educação em saúde com uma abordagem reducionista da saúde em detrimento da construção da autonomia dos escolares, desconsiderando o planejamento coletivo e a avaliação das ações (COSTA et al., 2013; LEONELLO; L'ABBATE, 2006; PELICIONI; TORRES, 1998).

Torna-se necessário, portanto, que a atuação das unidades de saúde supere a sua função de porta de entrada do sistema de saúde, incorporando os espaços coletivos da sua área de abrangência e estabelecendo relações com outros setores (SUCUPIRA, 2013). Sabe-se que as atividades de saúde na escola aproximam crianças e adolescentes do sistema de saúde, principalmente se os conteúdos forem trabalhados juntos como as experiências, anseios e ideais desta população, constituindo um potencial para o cuidado (GOMES; HORTA, 2010).

Rocha, Marcelo, Pereira (2002) e Costa et al. (2013) lembram que as ações de saúde propostas para o ambiente escolar frequentemente são planejadas pelos profissionais do setor saúde, comunicando aos profissionais de educação o que devem fazer e sem vínculo com os conteúdos do currículo escolar.

Após várias conferências internacionais que discutiram a promoção da saúde (como as Conferências de Ottawa, Jacarta, Bogotá), o espaço escolar ganha importância devido a sua capilaridade e abrangência de um território que agrega pessoas e outros setores dentro de um território (BRASIL, 2007a; MOURA et al., 2007; SCHMITZ et al., 2008).

Em 1995, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na América Latina e do Caribe, lançou a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde (EPS), com o objetivo de fortalecer e ampliar a colaboração entre os setores de saúde e educação nas práticas de saúde escolar, por meio de programas na escola, ações de educação em saúde e capacitação em habilidades para estilos de vida e comportamentos saudáveis, criação e desenvolvimento de ambientes saudáveis, provisão de serviços de saúde e alimentação, assim como promoção de uma vida ativa (PELICIONI; TORRES, 1998)

Leger et al. (2007) indicam que as EPS perpassam por três fases com o passar da iniciativa. A fase inicial de experimentação, onde o protagonismo é do setor

saúde, a educação percebe saúde no modelo biomédico e os serviços de saúde oferecidos seguem o modelo tradicional de prevenção. A segunda fase, é a do desenvolvimento estratégico: o setor educação começa a constatar benefícios das escolas promotoras, o projeto atende as necessidades pedagógicas e sociais da escola. A terceira fase é a de consolidação, onde o setor educação assume responsabilidade e integra as ações de promoção da saúde no sistema educacional.

A Lei de Diretrizes de Base da Educação Nacional nº 9256, de 1971, apresentava o tema saúde na forma de programas de saúde, trabalho a ser desenvolvido de modo pragmático e contínuo. Na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394, de 1996, e a construção dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), a saúde passou a ser considerada um tema transversal, expondo a necessidade de se assegurar uma ação integrada e intencional entre os campos da educação e saúde (BRASIL, 1971; 1996).

Os PCN sugerem que toda escola deve incorporar os princípios de promoção da saúde indicados pela OMS, com a participação dos setores da saúde e educação, da família e da comunidade por meio de ações como: promoção da saúde, capacitação de recursos humanos para a promoção, desenvolvimento de espaços saudáveis e de comunicação, bem como mobilização social. Esta parceria deve fomentar momentos de debates sobre fatores desfavoráveis à saúde presentes na realidade dos alunos e da comunidade escolar, buscando assim a mobilização de projetos e ações, desencadeando o desejo de conhecer e utilizar os recursos da própria localidade (BRASIL, 1997; GONÇALVES et al., 2008).

Nesse sentido, considera-se como escola ideal aquela que é espaço de construção da liberdade, do saber, da cidadania, que invista na promoção do ser humano na sua totalidade, como parte de uma comunidade (CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008; COSTA et al., 2013; GUIMARÃES; LIMA, 2011).

Pelicioni e Torres (1998) e Gomes e Horta (2010) afirmam que é preciso que as escolas elaborem planos de estudo adequados à realidade local para ambientes saudáveis, com a participação de professores capacitados. Desta forma, a escola se torna uma referência de espaço de ensino-aprendizagem, no qual se adquirem valores vitais, como senso de responsabilidade, respeito e hábitos de higiene.

A promoção da saúde, no âmbito escolar, tem três componentes principais: a) educação em saúde na escola com enfoque integral, b) a criação de entornos saudáveis, ambientes físicos seguros, limpos e estruturalmente apropriados, e c) a provisão de serviços de saúde organizados, que permitirão o crescimento e o desenvolvimento infantil (NUTBEAN, 1997).

Para tanto, os profissionais de saúde devem envolver-se contribuindo para o desenvolvimento de ações articuladas de saúde no ambiente escolar, em especial, fornecendo um maior suporte aos educadores, contando com a população como importante ator social (BRASIL, 2007a; GOMES; HORTA, 2010)

No Brasil, entre 1984 a 2005, o Ministério da Saúde investiu na transformação do ambiente escolar, por meio do “Programa Saúde do Escolar”, que visava proporcionar aos escolares condições adequadas de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo que o processo educacional se desenvolvesse plenamente (BRASIL, 2002; 2009). Mas até o ano de 2005, devido a uma gestão deficiente, as ações desse programa se restringiam a campanhas de reabilitação visual e auditiva dos adolescentes (GOMES; HORTA, 2010).

Em 2007, o Decreto de Lei 6.286, instituiu o “Programa Saúde na Escola” (PSE) onde as equipes de saúde da família assumiram as escolas participantes do PSE, ficando responsáveis por avaliar as condições de saúde dos educandos, proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2009; GOMES; HORTA, 2010).

O PSE é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação e tem como objetivos promover a saúde e a cultura da paz, enfatizando a prevenção de agravos à saúde; articular ações do setor da saúde e da educação, aproveitando espaço escolar e seus recursos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades desta clientela; e incentivar a participação comunitária contribuindo para a formação integral dos estudantes da rede básica (BRASIL, 2007a).

As ações em saúde previstas no âmbito do PSE são divididas em três grandes eixos: (a) atenção e vigilância a saúde que inclui avaliação clínica; nutricional; oftalmológica; de saúde e higiene bucal; auditiva; psicossocial e atualização e controle

do calendário vacinal; (b) promoção da saúde considerando a alimentação saudável, redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo do álcool; prevenção do uso de drogas; promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; atividade física; promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; enfatizando a inclusão das temáticas de educação em saúde no Projeto Político Pedagógico das escolas; e (c) educação permanente em saúde para os profissionais de saúde e educação (BRASIL, 2007a).

Nas publicações oficiais (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2009) contendo informações sobre a atuação do PSE, nota-se que o componente de atenção e vigilância possuem mais ações descritas e padronizadas no interior do modelo biomédico. O segundo eixo sugere que a promoção da saúde deve atuar no contexto de estilos de vida e aponta para estratégias de educação em saúde tradicionais sem mencionar como atuar utilizando princípios essenciais como: equidade, participação comunitária e empoderamento. No eixo de educação permanente a responsabilidade da capacitação em saúde é atribuída à equipe de saúde da família sem enfatizar a reconstrução coletiva de saberes e fazeres necessários para uma nova organização dos processos de trabalho dos dois setores.

Oliveira et al. (2009) referem que a descontinuidade das ações de educação em saúde na escola e a falta de sensibilização e capacitação técnica demonstrada pelos profissionais, representa um entrave para o desenvolvimento do tema saúde (MAMEDE, 2013).

Quando os profissionais de educação são questionados sobre o tema saúde (FERNANDES; ROCHA; SOUZA, 2005; MAMEDE, 2013; OLIVEIRA et al., 2009) informam que os professores, apesar de estudarem este conteúdo em sua formação, acham que não foi suficiente, pois as informações eram passadas de maneira superficial e há falta de material didático sobre o tema, e sugerem que a formação destes profissionais deve ser repensada.

Ao estudar o PSE do Distrito Federal, Tusset (2012) relata como dificuldades identificadas pelos profissionais para a prática da saúde no ambiente escolar: escassez de profissionais especializados no setor saúde; falta de envolvimento de profissionais

de gestores de saúde; falta de recursos financeiros, ausência da família na escola; gestão centralizada, cobrança por quantidade de procedimentos de natureza assistencial, falta de tempo e rotatividade de profissional. Em contraposição fatores como intersectorialidade, comprometimento, existência de materiais de apoio e parcerias são apontadas como facilitadores.

Quanto a trabalhar o tema saúde no ambiente escolar os docentes reclamam quanto à falta de: material didático, capacitação específica sobre o tema, apoio no ambiente familiar para os alunos e recursos humanos (MAMEDE, 2013).

Diante da necessidade de trabalho conjunto entre saúde e educação atividades de educação permanente para ambos os setores devem fazer parte da tentativa de solução de problemas.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, pela Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, regulamentou a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), organizador dos serviços e que se destina ao modelo de atenção à saúde, por meio da aprendizagem significativa e da transformação das práticas profissionais (BRASIL, 2004).

Essa transformação deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços, tendo como

“[...] referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde ... A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS [...]” (BRASIL, 2004, p. 25).

Os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde devem considerar as necessidades das pessoas e dos locais de trabalho, com o objetivo de transformar a realidade dos profissionais e da própria organização do trabalho por meio de práticas educativas problematizadoras, descentralizada, ascendentes e transdisciplinares (BRASIL, 2004; CECCIM, 2005).

A educação permanente torna-se, assim, a proposta mais apropriada para trabalhar junto aos profissionais tanto do setor saúde como do setor educação, pois permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas de cada equipe intersetorial, em seu território de atuação.

Para este estudo, considera-se a saúde escolar, um direcionamento e uma política pública para promoção da saúde no ambiente escolar, compreendida como uma necessidade e um desafio. Além das barreiras pessoais e educacionais, este estudo leva em consideração a falta de investimentos em infraestrutura, educação permanente e salários, bem como, a incapacidade de resolução de problemas destes dois setores, que geralmente necessitariam de investimentos e parceria provenientes de outros campos de atuação como segurança, assistência social, cultura, esporte e lazer, entre outros.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia escolhida subsidiou o desenvolvimento de um estudo capaz de contribuir para descrever e analisar em profundidade os saberes e práticas da promoção da saúde no âmbito da saúde na escola.

Nesta perspectiva, o estudo visa contribuir de forma crítica para a análise das estruturas sociais, econômicas e políticas (KINCHELOE; MCLAREN, 1998; LINCOLN; GUBA, 2000) que podem dificultar as práticas de promoção da saúde na comunidade escolar.

O capítulo de percurso metodológico irá nos guiar pelo tipo e local do estudo, bem como apresenta os participantes, a coleta e a análise dos dados.

4.1. Tipologia do estudo

O estudo foi realizado por meio de pesquisa qualitativa descritiva.

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador adquirir uma maneira de pensar sobre os dados como pertencente a um determinado contexto com valores e significados e, assim, criar entendimentos novos e teoricamente expressos (MINAYO, 2012; STRAUSS; CORBIN, 2008). Esta estratégia de investigação é um processo que inclui orientação teórico-conceitual, método e análise, por meio de complexo uso de termos, conceitos e premissas. Neste sentido, os resultados de uma pesquisa qualitativa podem contribuir para o aprofundamento de um fenômeno em estudo e/ou representar um sistema de crenças e visão de mundo de forma contextualizada (DENZIN; LINCOLN, 1998; STRAUSS; CORBIN, 2008).

O estudo qualitativo descritivo é o método de escolha quando é necessária uma descrição aprofundada de um fenômeno (SANDELOWSKI, 2000), possibilitando a identificação de características de um indivíduo, grupo ou situação particular.

Nesta abordagem, o ponto de vista cultural de cada participante é desafiado e modificado para que “novos significados de sistemas possam emergir e ser incorporados nos textos - regras, regulações, práticas, procedimentos e políticas - que governam nossa experiência profissional e comunitária” (TESCH, 1990).

4.2. Local do estudo

Este estudo foi realizado em Goiânia, Goiás no âmbito das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e de Educação (SME), especificamente na área de abrangência do Distrito Sanitário Leste (DSL) e parte do território da Unidade Regional de Educação (URE) Central.

A divisão territorial do Município de Goiânia na esfera de atuação das Secretarias não é padronizada, motivo pelo qual as UREs da Secretaria Municipal de Educação (SME) não compartilham os mesmos territórios da SMS (ALEXANDRE et al., 2009).

No âmbito da SMS/Goiânia o município foi dividido territorialmente para a gestão descentralizada em sete Distritos Sanitários: Sul, Sudoeste, Oeste, Norte, Noroeste, Leste e Campinas-Centro (GOIÂNIA, 2012).

A rede de atenção à saúde do SUS municipal está organizada em unidades de saúde, onde são oferecidos serviços de assistência, vigilância e regulação à saúde, nos diferentes níveis de atenção (GOIÂNIA, 2012).

Atualmente o DSL abrange 80 bairros, onde funcionam 16 unidades de saúde: nove Centros de Saúde da Família, onde atuam 28 equipes da saúde da família;

três Centros de Atenção Integral à Saúde; dois Centros de Saúde, um Centro de Atenção Psicossocial e uma Residência Terapêutica (GOIÂNIA, 2012). Entre os Centros de Saúde da Família, três foram selecionados para participação no presente estudo.

No âmbito da Educação, a rede municipal possui 156 escolas de nível fundamental com 118.000 alunos (BRASIL, 2013). A SME é dividida territorial e administrativamente em cinco Unidades Regionais de Educação: Central, Brasil, Thomé, Jarbas e Bretas.

Apesar dos territórios da saúde e da educação não coincidirem na sua totalidade, a URE Central, participante deste estudo, administra 12 unidades educacionais no território do DSL em área de abrangência de Centros de Saúde da Família. Esta URE conta com três Centros de Educação Infantil e nove Escolas Municipais (GOIÂNIA, 2006; GOIÂNIA, 2012), dos quais, participaram deste estudo dois Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) e seis Escolas Municipais (EM) localizadas na área de abrangência dos três Centros de Saúde da Família (CSF) citados acima.

4.3. Participantes do estudo

Especificamente, participaram os profissionais que se inscreveram no curso “Práticas Promotoras de Educação e Saúde” (CPPES) e aceitaram participar desta pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Foram incluídos no estudo os participantes da atividade educativa com idade superior a 18 anos que aceitaram participar, totalizando 58 pessoas.

Participaram deste estudo os profissionais de saúde e de educação que atuavam em três Centros de Saúde da Família e oito unidades educacionais localizados na área de abrangência do DSL, gestores da URE Central da SME e gestores de nível central e distrital da SMS.

4.4. Coleta dos dados

A coleta de dados aconteceu no primeiro e último dia do CPPES, permitindo a identificação dos conhecimentos e práticas dos participantes antes do início e ao término da atividade educativa.

Os dados foram coletados por meio da técnica do grupo focal, que permite a troca de experiências entre os participantes, oportunizando uma comunicação contínua entre o moderador e o grupo, conectando-os com o tema da pesquisa (MORGAN, 1998).

No primeiro dia da atividade educativa todos os presentes foram convidados para participar da pesquisa, ocasião em que, foi apresentado o projeto. Após esclarecimentos de dúvidas e assinatura do TCLE, foram divididos em grupos menores para a coleta dos dados. Para haver uma representação equilibrada de representantes dos setores saúde e educação, os mesmos foram distribuídos de forma que cada grupo contasse com representantes dos dois setores. Esta mesma estratégia foi adotada na distribuição dos participantes dos grupos focais realizados ao final do CPPES.

O CPPES foi oferecido em duas turmas, uma na quinta feira (turma A) e outro no sábado (turma B). No início da atividade educativa foram realizados quatro grupos focais com a turma A e dois com a B, considerando o número de participantes do CPPES no dia da coleta, garantindo o número máximo de doze pessoas por grupo². Nestes grupos focais, um total de 34 pessoas participou dos quatro grupos focais iniciais na Turma A, divididos em três grupos com 08 e um com 10 pessoas. Na turma B, os 24 profissionais foram divididos em dois grupos de 12 pessoas.

² Originalmente foram realizados 03 grupos focais no primeiro dia na turma B, mas devido a problemas de gravação do áudio, um dos grupos não pode ser considerado.

Nos grupos focais do último dia do CPPEs, a turma A, contou com 24 participantes, e foi dividida em dois grupos e a turma B, com 13 participantes, foi organizada em dois grupos com 7 e 6 pessoas. Esta redução do número de participantes do primeiro para o último dia do curso ocorreu pelo fato de 36,23% dos participantes não concluíram o CPPEs.

Para cada grupo focal havia um moderador e um observador. O moderador era responsável por direcionar a discussão, introduzindo as questões norteadoras e por manter a discussão, estimulando os participantes a expressarem suas opiniões (MINAYO, 2012). O observador que auxiliou no processo de coleta de dados: tomando notas, operando o gravador e resolvendo as questões ligadas ao ambiente e logística (MORGAN, 1998).

Os moderadores eram em número de seis pessoas, entre eles a própria pesquisadora, três profissionais de saúde de nível superior, uma acadêmica e uma professora da atividade educativa de enfermagem, todos ligados ao PVS e com experiência na condução de grupos focais. Já os observadores eram estudantes de mestrado e gestores de saúde distritais e central, todos profissionais de nível superior. Para todos foi oferecido capacitação em curso de oito horas sobre a técnica do grupo focal, no qual pesquisadora e auxiliares de pesquisa realizaram ajustes no roteiro para as discussões.

Os grupos foram conduzidos por meio de questões norteadoras (APÊNDICE C e D) visando estimular os participantes a interagirem sobre a compreensão acerca dos conceitos de saúde, promoção da saúde, bem como as práticas promotoras de saúde na escola e fatores que dificultavam e/ou facilitavam essas práticas. As mesmas perguntas foram feitas nos dois momentos que ocorreram os grupos focais, diferenciando somente com o acréscimo de pergunta sobre as possíveis mudanças ocorridas nos conceitos e práticas após o curso.

Todas as falas foram registradas em áudio utilizando-se gravador digital e as gravações foram transcritas para o processo de análise.

4.5. Análise de Dados

Não existe um percurso único para a realização do processo de análise de dados qualitativos, existindo algumas abordagens tradicionais como a etnografia que possuem direcionamentos consolidados para a análise (TESCH, 1990). Em pesquisas que emergiram no final do século XX, como aquelas de características participativa, pesquisadores exploram uma diversidade de técnicas ou desenham seus próprios métodos.

Tesch (1990) apresenta que o processo analítico pode perpassar diferentes orientações e modelos de análise e apresenta dois grupos principais de tipos de análise: a) estrutural - valorização da linguagem como comunicação ou representação cultural, e b) interpretativa, formada pelo reagrupamento de análises de dados cujo objetivo é identificar regularidades e significados.

A análise interpretativa proposta por Tesch (1990) fundamentou o processo de análise de dados deste estudo, e as particularidades inerentes ao grupo focal foram subsidiadas pelo trabalho de Morgan e Krueger (1998).

A transcrição dos grupos focais foi realizada por uma empresa especializada nesta atividade, o que reduziu o período de tempo para a conclusão desta etapa. Ao receber o material, entretanto, a pesquisadora revisou a transcrição de cada encontro comparando o conteúdo escrito com o registro áudio. Correções ortográficas, de termos e siglas usados no âmbito da saúde e educação, expressões linguísticas próprias da região não percebidas pelos transcritores foram realizadas, bem como a identificação dos participantes pelo setor de atuação (saúde ou educação).

Nesta etapa de revisão das transcrições, além da comparação com o registro áudio, foram consideradas as anotações dos observadores para melhorar a qualidade do material transcrito.

Esta atividade permitiu a identificação do contexto da discussão, como pausas, silêncios, mudanças na tonalidade da voz, risos, divergências, momentos de dispersões e sobreposição de falas entre os participantes (KRUEGER, 1998).

Para a análise, os grupos focais foram divididos em dois grupos, um antes do CPPES, que correspondiam aos grupos focais de 01 a 06, e outro para depois da atividade educativa, os grupos focais de 07 a 10.

A análise de dados qualitativos possui duas fases: uma de organização (de-contextualização) e outra de interpretação (re-contextualização) dos dados (TESCH, 1990).

A fase identificada como “de-contextualização” é caracterizada pela segmentação dos dados e desenvolvimento de um sistema organizado. A segmentação consiste na retirada de segmentos de texto que fazem sentido por si mesmos e que possuem relação potencial com a proposta do estudo. Os grupos de segmentos de textos geram um sistema organizado de tópicos, que são identificados a partir de padrões identificados como tópicos cujo conteúdo revelam a “essência da mensagem” (TESCH, 1990).

Neste estudo, foi realizada inicialmente a leitura exaustiva das transcrições com foco nas questões norteadoras da pesquisa (MORGAN; KRUEGER, 1998). Em seguida, os segmentos relevantes do texto foram separados (TESCH, 1990) e inseridos em uma planilha Microsoft Excel 2010 e 2013 mantendo a identificação do grupo focal e o setor de atuação da pessoa responsável pela fala.

A construção do sistema organizado foi realizada a partir do agrupamento de segmentos que foram classificados utilizando cores e anotações com descrição do item pertinente do texto como tópicos, em uma coluna criada para este fim na planilha. Tópicos semelhantes foram agrupados e os redundantes, eliminados. Nesta etapa, foram identificados segmentos de texto não pertinentes ao tema ou ao sistema organizado, e os mesmos, eliminados.

O sistema organizado deste estudo possibilitou a identificação de seis tópicos nos grupos focais realizados antes da atividade educativa: saúde, promoção da saúde, saúde escolar, práticas, aspectos facilitadores e aspectos dificultadores, apresentados no Quadro 1, e sete tópicos nos grupos focais conduzidos depois da atividade educativa, mantendo os anteriores e acrescido o tópico “O que mudou na prática”, representado no Quadro 2.

Quadro 1– Primeira codificação dos segmentos dos Grupos Focais de 01 a 06.

SAÚDE	PROMOÇÃO DA SAÚDE	SAÚDE ESCOLAR	PRÁTICAS	FACILITADORES	DIFICULTADORES
Bem estar biossocial; Determinantes; Não doença; Prevenir e curar; Qualidade de vida	Confusão com conceito de saúde; Educação em saúde; Ações com princípios de promoção da saúde	Espaço de práticas saudáveis; Ações educativas e integradas; Adquirir conhecimento para a vida Curar; Diagnóstico precoce, Processo de ensino aprendizagem	Ações de cunho pessoal; Atenção à saúde; Atividades de planejamento e formação; Educação em saúde; Trabalhar em programas existentes (escola aberta, PSE, PVS, horta, estágios e práticas da universidade)	Acesso a serviços; Adaptar-se (realidade local, linguagem, informações, atitudes); Agilidade para reunião com pais; Amor, dedicação, vontade; Apoio das parcerias; Atingir a família; Participação da comunidade; Comunicação; Condições de serviço; Conhecimento; Flexibilidade de horário do PSF; Formação; Oferecer brinde; Pais terem justificativas para o trabalho; Planejamento (fazer parte do calendário, ser conjunto, teórica e prática); Presença da saúde dentro da escola; Presença da universidade; Qualidade do atendimento; SME e SMS dispostas para ação; Tratamentos, pesquisa e consultas oferecidas.	A escola assume o papel dos pais; Algumas características da adolescência; Alguns projetos o professor fica sozinho; Assuntos tabus; Atividade física na escola voltada para a recreação; Ética, profissionalismo, ser exemplo; Burocracia; Cada setor tem suas demandas, sobrecarga; Crianças com problemas de saúde; Currículo fechado ou falta o tema ser incorporado no currículo; Trabalhar promoção no coletivo; Escola articula tratamento; Escola não abre a porta; Falta: apoio para as atividades; articulação entre os setores; estrutura física da escola e da unidade de saúde; equipamentos de proteção individual para o trabalho; profissionais; materiais, Falta interesse: das famílias pela educação e saúde dos filhos; do aluno pelas atividades; do profissional; dos profissionais pela formação; dos setores; presença de pai Falta de metodologias ativas e formação Falta mobilização da comunidade Foco somente no aluno Horário inadequado das atividades Profissionais só fazem as atividades se contar horas para o currículo Programa de cima para baixo

Quadro 2 – Primeira codificação dos segmentos dos participantes dos Grupos Focais de 07 a 10.

SAÚDE	PROMOÇÃO DA SAÚDE	SAÚDE NA ESCOLA	PRATICAS	O QUE MUDOU A PRÁTICA	FACILITADORES	DIFICULTADORES
Acrescentou /ampliou Bem estar Determinantes sociais Não mudou muito Não teve diferença no conceito mas mudou a prática	A comunidade está muito acostumada a buscar o curativo Dão pouco valor à promoção Acesso Ações específicas	Implantar prevenção desde do início Saúde emocional (psicólogo e psiquiatra) Saúde mais dentro do ambiente escolar	Ações específicas Apresentar o vídeo na mostra pedagógica Aproveitar o tempo da escola aberta Atendimentos junto com a universidade e estagiários Atividade com placas e bactérias Conhecer a escola e a unidade de saúde Conhecimento maior e mesmas práticas Eles elaborar as perguntas e a gente responder o que eles querem saber. Fazer elo com a saúde Atendimento à comunidade, Palestras Planejamento conjunto Traçar um perfil social do país e entender porque não adesão as atividades de promoção a saúde Vídeo	Abertura de portas da escola e saúde, quebra de barreira, aumento do elo, interação, Adaptação ao público alvo Busca de parcerias Aproveitar a unidade no sábado Aumento do conhecimento Aumento do cuidado das pessoas com elas mesmas Aumento o diálogo entre professor e direção Comprometimento Fazer o contrário do que a gente vinha fazendo Foco no país Corresponsabilidade Mudou o planejamento Parceria alunos, equipe de saúde e educação estão juntos Reconhecer a realidade e o outro setor	Abrir as portas da escola Atividades (teatro, datas pontuais, necessidades da escola) Características do grupo (vontade, tentar, focar, grande para atividades grandes, comunicação via e-mail, integração do grupo, todos querendo, disponibilidade, maturidade, iniciativa da equipe) Características pessoais (acreditar, boa vontade, iniciativa, delegar tarefas) Diretora participar do planejamento Entender o outro setor Investimento pessoal Professor ter um projeto Ser multiplicador Ter pessoas para dar continuidade Trabalho conjunto (saúde, escola, associação dos pais, comércio local, alunos, professores, funcionários em geral)	Agendas e reuniões Algo maior para obrigar as pessoas, estar no plano, no PPP da escola Buscar metodologia que rende à atenção Falta de equipamentos, recursos, espaço, material educativo Falta psicólogo para a escola Falta processo de capacitação Falta um profissional na escola para encaminhar crianças Faltam envolvimento (médicos, dentistas, outros funcionários, professores, comunidade) Os alunos não foram consultados quanto ao tempo Sobrecarga

Antes de iniciar a fase de “re-contextualização”, a pesquisadora e suas orientadoras reexaminaram os grupos de tópicos e perceberam que persistiam redundâncias e segmentos de texto sem relação potencial com a proposta do estudo, principalmente pelo fato das discussões não abordarem diretamente os temas apresentados. Por este motivo, optou-se por retornar ao referencial teórico conceitual do estudo para melhorar o processo de segmentação e organização dos tópicos.

Uma nova segmentação foi realizada procurando similaridades, diferenças e consistência, quando os tópicos ganharam qualidade e maior aproximação com o tema em estudo, representados nos Quadros 3 e 4.

A fase de “re-contextualização” ou interpretação dos dados é composta pela codificação que consiste na junção dos tópicos organizados e retorno aos segmentos que sofrem nova classificação com os códigos identificados (TESCH, 1990). Em seguida, os segmentos com codificações semelhantes são agrupados em categorias transportadas para um novo local que permita o aprofundamento da compreensão do fenômeno.

Neste estudo, os tópicos deram origem aos códigos, identificados pelas mesmas palavras chave dos tópicos que foram utilizados para uma nova leitura dos segmentos criando um novo sistema de codificação em uma nova planilha. Em seguida este material foi impresso e organizado em “cartazes” com os seguintes códigos: saúde, promoção da saúde, saúde escolar, práticas, aspectos facilitadores e aspectos dificultadores. O conteúdo dos cartazes foi lido de maneira contínua, permitindo a identificação de um novo contexto e à seguir a criação das categorias: 1) conceito de saúde e promoção da saúde como sinônimos e estratégia de intervenção; 2) práticas promotoras da saúde como estratégia de educação em saúde e, 3) aspectos pessoais, e institucionais como desafios para a promoção da saúde na escola.

Assim, com os objetivos da pesquisa em mente, as questões norteadoras, o referencial teórico conceitual e o método foram gerados as categorias que auxiliaram na compreensão da construção de conceitos e práticas de saúde na comunidade escolar, considerando o processo participativo reflexivo promovido pelo CPPES e pelo presente estudo.

Quadro 3— Segunda codificação dos segmentos dos participantes dos Grupos Focais de 01 a 06.

SAÚDE	PROMOÇÃO DA SAÚDE	SAÚDE NA ESCOLA	PRATICAS	FACILITADORES	DIFICULTADORES
OMS e ausência de doenças OMS e hábitos de vida Direito a saúde Estilo de vida Prevenção	Conceito Práticas de educação em saúde que podem ou não levar a promoção da saúde	Adquirir conhecimento para ter saúde Ambiente para saúde de todos	Educação em saúde; Oferta de serviço de saúde na escola; Ação de promoção da saúde	Pessoais (vontade, disponibilidade, boa vontade) Institucionais (disponibilidade da escola, parceria saúde/educação institucionalizada; planejamento coletivo anual (hipotético); saúde dentro da escola (hipotético); educação infantil facilita a ação de saúde pois o currículo e agenda é mais flexível; PSE estimulou ida da saúde para a escola) Reconhecimento do potencial de abordagens participativas (conhecer a realidade e as demandas dos alunos; utilizar exemplos reais; aproximação da linguagem e discurso educativo com a realidade) Reconhecimento da importância da parceria intersetorial para promover a saúde (religião) Presença da saúde na escola potencializa busca pelo serviço de saúde e estabelece vínculo Parceria com a universidade (como estratégia para reduzir sobrecarga da saúde nos projetos; estudantes da universidade potencializam ações; universidade traz conhecimento, novidades e respostas) A educação apresenta no seu discurso de facilitadores muitos temas de dificuldades, não conseguindo realmente falar o que facilita a prática promotora de saúde na escola.	Pessoais (baixo salário; falta vontade; falta disponibilidade; desânimo; perfil do profissional) Institucionais (recursos: materiais, físicos, humanos, financeiro; educação permanente; sobrecarga de trabalho; excesso demandas institucionais; sobrecarga de projetos; burocracia (educação); formato curricular) Famíliares (falta tempo para atividade na escola, falta abertura para temas polêmicos, não reproduz comportamentos saudáveis (saúde); falta compromisso com o aprendizado do filho (educação). Educação critica saúde por não assumir integralmente ações de saúde na escola.

Quadro 4– Segunda codificação dos segmentos dos participantes dos Grupos Focais de 07 a 10.

SAÚDE	PROMOÇÃO DA SAÚDE	SAÚDE NA ESCOLA	PRATICAS	FACILITADORES	DIFICULTADORES
Não mudou Ampliou Acrescentou Mudou OMS Saúde é ausência de doença Prevenir e curar modelo biomédico Determinantes	Política Pública Educação em saúde mais participativa Educação em saúde para mudança Incorporação de termos e princípios da promoção da saúde	Prevenção Oferta de serviço de saúde na escola Educação em saúde	Educação em saúde; Oferta de serviço de saúde na escola; Ação de promoção da saúde Planejamento coletivo, Intersetorialidade	Pessoal (perfil para atuar em grupos e comunidades, disponibilidade pessoal (não depende da equipe), capacidade de ser multiplicador para garantir sustentabilidade, comprometimento dos membros do grupo, boa vontade, iniciativa, envolvimento, acreditar) Institucional (rede de comunicação) Metodologia (o curso ensinou: planejamento coletivo a partir da necessidade da escola, utilizar abordagens participativas, que estimulou a participação dos alunos e integração do grupo, na organização do processo de trabalho (comunicação), foco nas ações) Reconhecimento de supostos parceiros (saúde mais escola no curso, associação de pais no projeto de intervenção, parceiros locais (comercio))	Pessoal (envolvimento pessoal sem institucionalização; falta de envolvimento da equipe da SF nas ações da escola; falta de perfil do profissional de saúde para atuar na escola; falta envolvimento das professoras nas ações de saúde na escola) Institucional (recursos: físico e materiais; sobrecarga de trabalho: saúde tem muita demanda além da escola, sem carga horaria para educação permanente, excesso de projetos, sem tempo para planejamento, incompatibilidade setorial de carga horaria, atividades, horário de funcionamento) Queixa dos professores que sala de aula é espaço exclusivo deles Saúde critica a equipe de saúde. Educação critica equipe de educação.

4.6. Aspectos éticos

O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Conselho Diretor da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital Materno Infantil, conforme parecer/protocolo n.º 001/2012 (ANEXO A).

A coleta de dados foi precedida da anuência das Secretarias de Educação e Saúde do Município de Goiânia.

Para todos os procedimentos deste estudo foram considerados os princípios éticos fundamentais que regulam as pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996a) e posteriormente, a Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

5. ARTIGO³

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO

HEALTH PROMOTION AT SCHOOL: KNOWLEDGE AND PRACTICES OF HEALTH AND EDUCATION PROFESSIONALS

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA: EL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN

Título resumido –Promoção da saúde na Escola: conhecimentos e práticas

Área de concentração - Saúde Coletiva

Palavras-chave - Promoção da saúde; Educação em Saúde; Saúde Escolar.

RESUMO

A promoção da saúde emergiu no final do século XX em resposta a responsabilização do indivíduo pela saúde, propondo a reorientação dos serviços, sendo a intersetorialidade uma importante ferramenta. O Programa Saúde na Escola é uma iniciativa com foco na parceria entre as equipes de Saúde da Família e a comunidade escolar, sendo necessária a realização de educação permanente para a construção de escolas saudáveis. O objetivo deste estudo foi analisar os saberes e práticas de promoção da saúde, entre profissionais da saúde e da educação, no contexto da escola. O estudo foi realizado por meio de pesquisa qualitativa descritiva. Os dados foram coletados junto aos participantes de um curso de práticas promotoras de saúde, por meio de grupos focais e os dados foram analisados pela proposta de Tesch. Os resultados sugerem que as concepções dos participantes e a descrição de facilitadores e dificultadores das práticas, evoluíram de um discurso centrado no indivíduo para uma percepção sobre o coletivo. Sugere-se a necessidade de ampliar as oportunidades de educação permanente, aproximando conteúdos teóricos e práticas.

³ As regras para publicação na revista INTERFACE encontram-se no ANEXO B.

ABSTRACT

In the late twentieth century, health promotion emerged in answer to individual responsibility for health. Therefore, a service reorientation was proposed considering intersectoral action as an important tool. The Brazilian Program Health in School is an initiative focused on the partnership between Family Health teams and school community. To accomplish such partnership and build healthier schools, a program of continuing education is required. The aim of this study was to assess the knowledge and practices of health promotion in the school context. The study was conducted using descriptive qualitative research. Data were collected from the participants in a course on health promotion practices through focus groups and, later, analyzed using Tesch's proposition. The results suggest that the participant's concepts and descriptions of the facilitators and the hindering factors evolved from a discourse centered on the individual to a perception of the collective. Then, we suggest the need to expand opportunities for continuing education, approaching both theoretical and practical content.

RESUMEN

La Promoción de la salud surgió a finales del siglo XX en respuesta a la responsabilidad del individuo por la salud, proponiendo la reorientación de los servicios, siendo la intersectorialidad una importante herramienta. El Programa de Salud en La Escuela es una iniciativa centrada en la colaboración entre los equipos de salud de la familia y la comunidad escolar, haciéndose necesaria la realización de formación permanente para la construcción de escuelas saludables. El objetivo de este estudio fue evaluar los conocimientos y las prácticas de promoción de la salud en el contexto escolar. El estudio fue realizado por medio de una investigación cualitativa descriptiva. Se recolectaron datos de los participantes en un curso de prácticas promotoras de la salud a través de grupos focales y los datos fueron analizados con la propuesta de Tesch. Los resultados sugieren que las opiniones de los participantes y la descripción de facilidades y dificultades de las prácticas, pasaron de un discurso centrado en la persona para una percepción de lo colectivo. Se sugiere la

necesidad de ampliar las oportunidades de educación continua, acercando contenidos teóricos y prácticos.

Agradecimentos

Agradecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) pela bolsa de mestrado. À Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação de Goiânia e ao Comitê Gestor do Projeto Viver Saudável pelo apoio ao longo da realização deste estudo.

Autores

Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
Rua Pedro Paulo de Souza, N. 1705, Apt. 1106 C, Bairro Goiânia II, Goiânia, Goiás. CEP: 74663-520. Tel: (62) 9611-5291. E-mail: analucia.alvescarneiro@gmail.com

Colaboração: Participou da concepção do projeto, coleta e análise dos dados, elaboração do manuscrito.

Ida Helena Carvalho F. Menezes,
Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás.
Rua 227 Qd. 68 s/nº - Setor Leste Universitário - Goiânia - Goiás - CEP: 74.605-080. Tel: (62) 3209-6270. E-mail: idahelenamenezes@gmail.com
Colaboração: Participou da concepção do projeto, análise dos dados, elaboração do manuscrito.

Jacqueline Rodrigues de Lima
Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás
Rua 227 Qd 68, S/N - Setor Leste Universitário - Goiânia - Goiás - CEP: 74605-080 Telefone: (62) 3209-6280. E-mail: jlima_fen@yahoo.com.br
Colaboração: Participou da concepção do projeto, coleta e análise dos dados, elaboração do manuscrito.

Conflito de interesses

Não há qualquer tipo de conflito de interesses relacionado à produção e publicação deste manuscrito

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”¹. Este conceito, apesar de ser criticado pela característica utópica da definição, também é reconhecido por apresentar os aspectos positivos da saúde².

As críticas quanto ao caráter utópico e inalcançável deste conceito estão relacionadas à limitação de sua tradução em metas pelos serviços de saúde e ao risco de ser utilizado como justificativa para intervenções centradas no estilo de vida³.

No Brasil, a partir do movimento pela reforma sanitária, foi possível construir uma alternativa ao conceito de saúde, onde saúde é direito, que deve ser garantido pelo Estado por meio de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde⁴. Neste sentido, a Constituição Federal em seu artigo 196 prevê a saúde como “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁵. Esta formulação é o resultado de intensa mobilização popular durante a constituinte que reconheceu a saúde enquanto valor social e direito humano dos brasileiros³.

O conceito de saúde, devido à sua polissemia, tem sido objeto de estudos visando seu aprofundamento e definição, como forma de subsidiar o ensino, trabalho e pesquisa dos profissionais de saúde e de educação^{6, 7, 8, 3, 9,10}.

O campo da promoção da saúde tem uma aproximação com o conceito da saúde enquanto valor social. A Carta de Ottawa, resultado da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, contribuiu para a identificação de um marco de referência sólido desta área do conhecimento e para a formação da identidade dos promotores de saúde¹¹. Desde então, outras conferências foram realizadas abordando temáticas de importância mundial e aprofundando a compreensão dos pressupostos que norteiam as políticas públicas de saúde e as práticas de promoção da saúde^{12, 13, 2}.

Cinco campos de ação para a Promoção da saúde foram identificados em Ottawa: (a) elaboração de políticas públicas saudáveis; (b) criação de ambientes

favoráveis; (c) fortalecimento da ação comunitária, (d) desenvolvimento de habilidades pessoais e (e) reorientação dos serviços de saúde¹.

O Ministério da Saúde¹⁴, em 2006, homologou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), e, apesar de apresentar, em seu preâmbulo, elementos sobre a participação social, empoderamento e diminuição de desigualdades, esta política orienta algumas de suas ações específicas aos comportamentos individuais, com pouco reconhecimento das desigualdades sociais e econômicas. O direcionamento das políticas de promoção da saúde à responsabilização do indivíduo pelo seu estilo de vida, com pouco reconhecimento da influência dos determinantes sociais da saúde sobre o processo saúde-doença foi apontado como falta de compreensão sobre a abrangência do conceito ^{15, 16}.

Neste sentido, as práticas direcionadas à promoção da saúde deveriam contribuir “para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde”¹⁴, considerando as condições de vida e o território onde vivem as pessoas e comunidades. A atuação do setor saúde não pode ser restrito a este setor, pois promover a saúde exige uma articulação intersetorial associada a construção de redes que devem potencializar a mobilização, reflexão e execução de ações para intervir na qualidade de vida da população.

Entre os diferentes setores que podem contribuir na concretização da promoção da saúde, destaca-se o setor educação, pela sua capilaridade e abrangência, suas funções pedagógica, social e política, direcionadas ao exercício da cidadania e ao acesso a oportunidades¹². A escola é identificada como um espaço promotor da saúde, onde, por exemplo, questões complexas podem ser abordadas de forma integrada ao ensino curricular e hábitos saudáveis podem ser construídos e consolidados ao longo da vida^{17, 18, 19, 20}.

Entretanto, diversos autores relatam que as práticas de promoção da saúde no ambiente escolar realizadas nos últimos 50 anos, eram focadas nos cuidados de higiene e assistência médica, odontológica e/ou psicológica, além de representar um espaço para o setor saúde desenvolver ações de educação em saúde de forma tradicional^{21, 22, 23}.

Buscando induzir a superação desta prática centrada no modelo biomédico de cuidado em saúde nas escolas, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação implantaram ações e estratégias intersetoriais de promoção da saúde¹⁸. Entretanto Costa et al.²³, avalia que esta aproximação entre os setores de saúde e de educação não tem sido efetiva, pois ainda percebe-se a forte presença de ações desarticuladas, pontuais e com foco preventivista.

Uma das políticas públicas brasileira, direcionada à articulação saúde e escola, corresponde ao Programa de Saúde na Escola (PSE). O PSE tem como objetivo a ampliação das ações específicas de saúde no ambiente escolar, devendo estas serem executadas por meio de um compartilhamento de responsabilidades entre os setores envolvidos^{22, 23}.

Ainda, outro aspecto refere-se a necessidade em se instituir processos de educação permanente dos profissionais, visando construção de competências e habilidades para uma educação transformadora e significativa, voltada a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, contextualizadas¹⁴.

As ações em saúde previstas no âmbito do PSE são divididas em três grandes eixos: (a) atenção e vigilância a saúde que inclui avaliação clínica; nutricional; oftalmológica; de saúde e higiene bucal; auditiva; psicossocial e atualização e controle do calendário vacinal; (b) promoção da saúde considerando a alimentação saudável, redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo do álcool; prevenção do uso de drogas; promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; atividade física; promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; enfatizando a inclusão das temáticas de educação em saúde no Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas; e (c) educação permanente em saúde para os profissionais de saúde e educação¹⁸.

Nas publicações^{18, 22} contendo informações sobre a atuação no PSE, nota-se que o componente de atenção e vigilância possui a maioria de suas ações centradas no modelo biomédico. O segundo eixo sugere que a promoção da saúde deve atuar no contexto de estilos de vida e aponta para estratégias de educação em saúde tradicionais sem mencionar como atuar utilizando princípios essenciais como equidade, participação comunitária e empoderamento. No eixo de educação permanente a responsabilidade da capacitação em saúde é

atribuída à equipe de saúde da família sem enfatizar a reconstrução coletiva de saberes e fazeres necessários para uma nova organização dos processos de trabalho dos dois setores.

A descontinuidade das ações de educação em saúde na escola e a falta de sensibilização e capacitação técnica demonstrada pelos profissionais, representa um entrave para o desenvolvimento do tema saúde^{24,25}.

Diversas dificuldades foram identificadas pelos profissionais para a prática da saúde no ambiente escolar no Distrito Federal: escassez de profissionais especializados no setor saúde; falta de envolvimento de gestores de saúde; falta de recursos financeiros, ausência da família na escola; gestão centralizada, cobrança por quantidade de procedimentos de natureza assistencial, falta de tempo e rotatividade de profissional²⁶. Em contraposição, a intersetorialidade, a existência de materiais de apoio e parcerias são apontadas como facilitadores. O objetivo deste estudo foi analisar os saberes e práticas de promoção da saúde no contexto da escola.

Percurso metodológico

Esta pesquisa qualitativa descritiva participativa^{27, 28, 29} foi construída em parceria com gestores e trabalhadores da saúde e da educação e os dados foram coletados em três Centros de Saúde da Família e oito unidades escolares localizadas na área de abrangência de um distrito sanitário.

Participaram deste estudo 29 profissionais de saúde e 29 profissionais de educação que participaram do curso “Práticas Promotoras de Educação e Saúde”.

Os dados foram coletados por meio de grupos focais³¹, realizados antes e após o curso. Todas as falas foram registradas em áudio e transcritas para o processo de análise.

A análise interpretativa proposta por Tesch³² ocorreu nas etapas de (de)contextualização e (re)contextualização. A primeira foi realizada com a leitura exaustiva das transcrições com foco nas questões norteadoras da pesquisa³³. Em seguida, os segmentos relevantes do texto foram separados³² possibilitando a identificação de tópicos. A organização destes tópicos em códigos e, a posterior reclassificação das falas dos sujeitos em novos códigos, deu início à fase de (re)contextualização. O conteúdo dos cartazes com

o texto organizado foi lido de maneira contínua, permitindo a identificação de um novo contexto e a criação de três categorias.

O projeto deste estudo foi submetido e aprovado Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital Materno Infantil, conforme parecer/protocolo n.º 001/2012. Foram considerados os princípios éticos fundamentais das Resoluções CNS 196/96³⁴ e 466/12³⁵.

Resultados

A análise de dados permitiu a identificação de três categorias que promoveram uma maior aproximação do fenômeno em estudo com os resultados a partir dos dados coletados antes e após o curso:

- 1) conceito de saúde e promoção da saúde como sinônimos e estratégia de intervenção;
- 2) práticas promotoras da saúde enquanto estratégia de educação em saúde e,
- 3) aspectos pessoais e institucionais como desafios para a promoção da saúde na escola.

1. Conceito de saúde e promoção da saúde como sinônimos e estratégia de intervenção

Os participantes, antes da prática educativa, ao tentar conceituar saúde e promoção da saúde, descreveram principalmente o que era saúde, trazendo o termo promoção da saúde como sinônimo de saúde e/ou como estratégia de intervenção.

A principal definição de saúde proposta pelos participantes aproximou-se daquela preconizada pela Organização Mundial de Saúde, considerando-a como “um completo bem estar”:

“[...]É tanto mentalmente, fisicamente e até mesmo espiritualmente [...]” (Educação, GF4)

A descrição deste conceito de saúde era acompanhada de exemplos ou complementações que adicionavam outras definições como ausência de doenças, que é citada por profissionais de saúde e de educação.

“Não estar doente[...]” (Educação, GF2)

A adoção de estilos de vida saudáveis aparece como sinônimo de saúde.

“É um modo de viver saudável, [...]a preocupação com o seu hábito alimentar, seu modo de vida[...]” (Educação, GF4)

O conceito ampliado de saúde, reconhecendo a influência dos determinantes sociais é relacionado com o acesso de bens e serviços, principalmente a serviços de saúde:

“[...]Ter lazer, saneamento básico[...]” (Saúde, GF2)

A participação crítica do cidadão, quando apresentada enquanto estratégia de intervenção em promoção da saúde sugere pouca compreensão dos termos, e reconhecimento do papel ativo do educador.

“[...]despertar uma participação critica. Fazer ele se entender como cidadão dentro daquela necessidade[...]da comunidade” (Educação, GF4)

As definições de promoção da saúde resultantes dos grupos focais realizados antes do início do curso sugerem a falta de compreensão teórico-metodológica dos termos, saúde, prevenção de doenças e educação em saúde, bem como, a mudança de comportamento ou adoção de estilos de vida saudáveis:

“[...]Eu entendo promoção como um todo, [...] ai na prevenção explica tudo que vem a ser uma pratica saudável[...]” (Saúde, GF4)

“[...]porque a escola trabalha com a parte educativa [...] a saúde dando suporte através da atualização das vacinas [...]” (Educação, GF2)

Após a prática educativa, muitos participantes descreveram pouca alteração na forma de definir saúde e promoção da saúde. Entretanto, as falas sugerem uma maior compreensão do conceito, considerando, por exemplo, os determinantes sociais.

“[...]pessoa vai ao médico com alguns sintomas e no entanto não é doença, é algum problema familiar, é um problema sentimental. [...]” (Saúde, GF8)

A análise permitiu a identificação do uso de termos utilizados em promoção da saúde (qualidade de vida, acesso a bens e serviços) na descrição do conceito

de saúde, ao mesmo tempo em que eram descritos conceitos direcionados à mudança de comportamento.

“Eu tive a tendência de pensar em saúde como a ausência de doença, agora eu vejo que é uma coisa mais globalizada[...] mas entra a qualidade de vida, lazer, entretenimento, vários fatores contribuem para uma boa saúde[...]” (Educação, GF9)

Quanto à promoção da saúde, a análise de dados sugere continuidade da ausência de uma definição formal dos participantes, apresentando definições de saúde ou descrição de estratégias de educação em saúde. Entretanto, observa-se que foram acrescentados no discurso exemplos de abordagens mais participativas, com envolvimento da comunidade escolar.

“É tentar levar a um grupo ou levar a comunidade que nós atendemos, certas informações [...] justamente levar esses conceitos ou tentar melhorar esses fatores” (Saúde, GF8)

Outros termos e princípios da promoção da saúde emergiram das discussões como, capacitação da comunidade, práticas saudáveis, ambiente saudável e acesso a saúde.

“[...] é capacitar a comunidade. É um processo de capacitação da comunidade” (Educação, GF8)

“[...]Orientar é dar o subsidio para aquela informação realmente acontecer, par que ela consiga realmente se prevenir de alguma doença. ” (Educação, GF7)

Alguns discursos sugerem a intersetorialidade e a responsabilização governamental na construção de políticas públicas saudáveis.

“Então a promoção da saúde ela não é só responsabilidade da saúde, mas é uma questão sócio-política mesmo das escolas [...] as políticas públicas elas não estão preparadas para dar promoção da saúde. Então ela está preparada para lidar com a doença [...]” (Educação, GF7)

2. Práticas promotoras da saúde enquanto estratégia de educação em saúde

Antes da atividade educativa, os participantes descreveram as práticas de promoção da saúde utilizando termos e estratégias de educação em saúde, além de elencar os serviços oferecidos pela saúde para os escolares. Em efeito, especificaram como estratégias de promoção da saúde: palestras, orientações, brincadeiras, vídeos e dinâmicas; que em diversas situações foram realizadas na escola em parceria com a universidade.

“[...] palestras orientando as crianças[...]” (Saúde, GF1)

A realização de palestras foi a prática mais descrita como “estratégia de promoção da saúde” adotada na escola tanto pelos profissionais da saúde, quanto os da educação. Os temas destas palestras ilustram a compreensão do conceito de saúde no modelo de atenção biomédico, direcionado ao estilo de vida e mudança de comportamento. Os temas descritos durante os grupos focais foram: violência, drogas, sexualidade, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, hiperdia (hipertensão e diabetes), alimentação, prevenção da obesidade, atividade física, higiene e saúde bucal.

“[...]a gente faz [palestra] sobre alimentação, sobre dentição, escovação, [...] higiene pessoal também” (Saúde, GF1)

Ainda, a oferta de serviços de saúde na escola foi descrita, principalmente pelos profissionais de saúde, como prática promotora da saúde, sendo estas ações direcionadas à vigilância e assistência à saúde (escovação supervisionada, antropometria e exame físico, atualização do calendário vacinal).

“[...] informação também, os programas de escovação”
(Saúde, GF3)

Três exemplos que possuíam características de promoção da saúde foram destacados no discurso dos participantes. O primeiro, é o projeto “Viver Saudável” da Secretaria Municipal de Saúde, que tem atuado no âmbito da promoção da saúde no ambiente escolar na região, desde 2006.

“[...] no dia das mães, foi levada as mães de alunos até a escola e falado sobre promoção da saúde da mulher, foram montadas várias salas, saúde bucal, em parceria mesmo com a odontologia, trabalhando a saúde da família e da mãe do aluno ...nós levantamos a necessidade da escola.

E também sempre como ação do Projeto Viver Saudável

(Saúde, GF2)

A segunda ação citada foi um encontro entre gerações promovido no âmbito do projeto “Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde”, coordenado localmente pela Universidade Federal de Goiás, quando agentes comunitários de saúde que coordenam um grupo de idosos, promoveram uma atividade na escola em que os idosos trocaram experiências com os adolescentes sobre brincadeiras e brinquedos usados na infância.

“[...] os idosos, eles iam na sala contando como que era a infância deles [...] mostrando como eles brincavam, levaram brinquedo da época, como boneca de palha de milho, boneca de abóbora e mostrando para eles [alunos], que há vários tipos de brincadeira sem estar buscando violência, drogas, computador, internet [...]” (Saúde, GF2)

E finalmente, foram citados exemplos dos Projetos como “Horta Comunitária” e “Escola Aberta” da Secretaria Municipal de Educação como iniciativas que podem contribuir para a promoção da saúde. Entretanto, os profissionais de educação que citaram estes projetos não participavam diretamente dos mesmos.

“[...] Programa da escola aberta, aí tem salas que tem dança, tem hip-hop, tem bordado, ping-pong, totó, futebol de salão só na quadra da comunidade[...]” (Educação, GF2)

“[...] mas se for lá na horta e ver como é que plantou, como é que cresceu, como é que eles cuidaram, eles vão ter mais vontade, de experimentar[...]” (Educação, GF5)

Ressalta-se, que os exemplos acima, ilustram aspectos importantes para a promoção da saúde na escola como a intersetorialidade, criação de ambientes saudáveis, participação da comunidade na escola e foram resultantes de projetos institucionalizados pelas secretarias municipais com ou sem a parceria da universidade.

Depois da atividade educativa, persistiram descrições de práticas educativas como palestras, mas os participantes inseriram em seu discurso aspectos da promoção da saúde que podem ser reconhecidos como resultados

intermediários. Assim, os participantes identificaram as seguintes ações como práticas promotoras e/ou estratégias que podem fortalecer o estabelecimento da parceria entre os setores saúde e educação: reconhecimento mútuo dos territórios da educação e saúde, planejamento coletivo com compartilhamento de recursos, saberes e fazeres, desenvolvimento de uma relação mais horizontal na tomada de decisão e maior participação dos alunos.

“[...] o curso em si proporcionou um conhecimento maior do grupo. Porque nós atendemos uma mesma comunidade, mas muitas vezes nem se conhecia. ... olha, vocês já faziam para nós... e nós já fazíamos algumas coisas[...]”
(Educação, GF8)

3 - Aspectos pessoais e institucionais como desafios para a promoção da saúde na escola

Aspectos pessoais e institucionais foram identificados no discurso dos participantes como fatores que podem facilitar ou dificultar as práticas promotoras da saúde no ambiente escolar. A “disponibilidade” foi o único aspecto pessoal descrito como facilitador nas falas dos participantes nos grupos focais que antecederam uma intervenção educativa. Relacionada com a boa vontade, a disponibilidade foi considerada fundamental, pois pode garantir a continuidade de uma ação, mesmo na ausência de recursos. Contrariamente, a falta de recursos foi apontada como um fator dificultador podendo interferir no interesse e vontade do trabalhador.

“Eu não sei na escola, mas pelo menos na unidade de saúde, o que facilita é o próprio profissional, é a sua vontade de fazer[...]” (Saúde, GF5)

Esta mesma categoria foi identificada, juntamente com “perfil do profissional” nas falas dos participantes após a capacitação, como fator facilitador, com uma ampliação do olhar, inicialmente individual, para a descrição no contexto coletivo. A disponibilidade foi relacionada à um atributo do grupo e necessário ao papel de multiplicador.

“[...]Eu sou multiplicador. Passo para minha equipe[...]”
(Saúde; GP7).

A (falta de) disponibilidade do “outro” foi considerada uma barreira para o trabalho em equipe na escola. E características do trabalhador ou da profissão, segundo os participantes, podem ser um fator facilitador ou uma barreira para a promoção da saúde.

“[...]a partir do momento que o profissional se coloca à disposição para trabalhar na estratégia de saúde da família, ele tem que gostar de trabalhar em comunidades, trabalhar em escolas, fazer trabalho educativo, trabalhar com promoção[...]” (Saúde; GP8)

Estes resultados apontam para um maior cuidado na avaliação do perfil do profissional durante os processos de contratação. Finalmente, as atividades de educação permanente devem considerar o estímulo ao desenvolvimento de habilidades pessoais para trabalhos em grupo e comunitário.

Os aspectos institucionais facilitadores das ações de promoção da saúde na escola, identificados antes da intervenção, foram relacionados ao PSE, que, de acordo com os participantes do setor educação, possibilitou uma maior aproximação da saúde com a escola. E, do ponto de vista do setor saúde contribuiu para uma maior abertura da escola para o setor saúde.

“[...]que agora a gente já está incorporando isso no PSE com as unidades [...] você permitir o acesso[...]” (Saúde; GF6)

Um maior número de barreiras institucionais foi descrito pelos participantes, antes e depois da atividade educativa. Nos primeiros grupos focais, os profissionais identificaram cinco barreiras institucionais relacionadas aos recursos humanos, materiais, físicos e financeiros, e o currículo da escola.

O número insuficiente de trabalhadores para atender as necessidades dos dois setores foi descrito como uma barreira importante à implementação de atividades promotoras da saúde, pois os profissionais informam sobrecarga de trabalho e projetos, fazendo com que as ações sejam pontuais, direcionadas à alimentação de bancos de dados.

“Mas nós não estamos falando que a gente não consegue adequar, o problema é que o professor do ensino regular, ele está muito sobre carregado de ações dentro da

escola[...]já tem outros projetos que a gente está junto”

(Saúde; GF2)

A sobrecarga de trabalho também dificulta a participação dos profissionais nas iniciativas de educação permanente.

“[...]nós temos um milhão de missões para serem executadas. Você tem que produzir relatórios[...] dar satisfação [...]fazer a supervisão[...]fazer as capacitações”

(Saúde; GP7)

Entre os demais recursos identificados como dificultadores, foram descritos a carência de insumos e materiais educativos, estrutura física das escolas em péssimo estado de conservação e sem espaço para atividades educativas, falta de verba para escola e os baixos salários.

“[...]a minha escola [...] ela não tem nenhum espaço físico, são dois corredores e o pátio” (Educação; GF4)

Vale ressaltar que a família também foi apontada como barreira somente nos grupos focais antes da intervenção, quando os participantes apontaram a falta de tempo destinado para a escola e educação dos filhos e a resistência para a inclusão de temas considerados polêmicos.

“[...] os pais, porque às vezes eles são muito alheios, não participam[...]” (Educação; GF3)

“[...]tem aspectos que são tabus, por exemplo, a educação sexual. Muitos pais não permitem[...]” (Saúde; GF3)

No segundo grupo focal, a sobrecarga de trabalho continua sendo percebida como a principal barreira referente aos recursos humanos. Entretanto, esta sobrecarga acarreta a incompatibilidade de agenda entre os dois setores.

“[...]é ruim você chegar em um momento e a pessoa está com a agenda dela também muito cheia e a educação tem isso[...]” (Saúde; GP7)

A escassez de recursos materiais e físicos foi novamente abordada da mesma forma que nos grupos anteriores, sem alusão aos recursos financeiros.

“[...]muitas vezes a gente necessita de material educativo, material básico para trabalhar algumas ações e para

conseguir dificulta, porque não tem esse suporte[...]”

(Saúde; GF2)

Apesar do envolvimento pessoal do profissional nas atividades de educação e promoção da saúde apontar-se como uma potencialidade, alguns participantes chamam a atenção para a falta de institucionalização com uma barreira para a sustentabilidade da ação.

“[...]se eu sair os que ficam tem o carinho de continuar o trabalho. Porque o mais importante na minha opinião é a gente estar formando quem possa nos substituir[...]”

(Saúde; GP7)

Finalmente, os trabalhadores da saúde e da educação fizeram um movimento de mudança do discurso entre os dois momentos de coleta de dados. Observou-se que as concepções sobre saúde e sua promoção, bem como, os aspectos facilitadores e barreiras para a prática sustentável de ações promotoras da saúde na escola inicialmente tinham um olhar individual sobre o profissional e, ao final do processo educativo, foram acrescentados elementos relacionados à participação e trabalho em equipe.

Discussão

O modo de conceituar saúde e promoção da saúde dos indivíduos derivam de suas vivências, sofrem influência do processo social, econômico, político e cultural^{36, 37}.

Neste estudo, os participantes mesclaram diferentes definições e conceitos ao discorrer sobre saúde e promoção da saúde, mas com maior descrição do conceito apresentado pela OMS³⁶. Na maioria dos discursos percebe-se que as definições ou exemplos eram antagônicos. Esta possível “mistura” conceitual pode ser explicada pela diversidade de experiências de vida e informações provenientes da mídia, processo de formação, capacitações recebidas, entre outras e nem por isto, devem ser considerados inválidos³⁴.

A diferença entre as expectativas dos profissionais de saúde (mudança de comportamentos e práticas) e de educação (aprendizado ao longo do tempo) quanto aos resultados esperados para as ações de saúde na escola³⁸, não foram identificadas no processo de análise e interpretação do presente estudo, pois as discussões que emergiram dos grupos focais estavam permeadas pela

subjetividade dos participantes que restringiram o olhar sobre si mesmos. Entretanto, a maioria das práticas descritas e exemplificadas, não foram executadas pelos participantes. Assim, a percepção sobre saúde e promoção da saúde é subjetiva, mas as práticas, foram principalmente atribuídas ao “outro”. Campos³⁷ ressalta a importância do sujeito na co-construção de si mesmo e dos processos de saúde e doença, seja ele profissional de saúde ou de educação, gestor ou cidadão comum.

Nesta pesquisa, seja antes ou depois do curso, os participantes deram ênfase à educação em saúde direcionada à mudança de comportamentos e redução de riscos. A educação em saúde sempre esteve presente nos programas e políticas direcionadas à saúde na escola³⁸ e na formação profissional em saúde³⁹.

Historicamente, a educação em saúde contribuiu para a promoção de estilos de vida saudáveis, mas com o surgimento do movimento de promoção da saúde, novos elementos podem não fazer parte das rotinas de trabalho dos profissionais. Por este motivo pode se justificar o maior emprego do termo e das práticas de educação em saúde para definir promoção da saúde³⁴.

Se consideramos Cerqueira¹⁸, que apresenta duas dimensões para promoção da saúde sendo a primeira conceitual (princípios, premissas e conceitos) e a segunda metodológica (práticas, planos, estratégias e instrumental metodológico), o grupo pesquisado não conseguiu conceituar promoção da saúde, mas apresenta a introdução de novos termos ao seu vocabulário, baseado provavelmente no início da apreensão conceitual dos termos apresentados e/ou utilizados no curso.

Ainda, o uso de termos próprios da promoção da saúde é atribuído à incorporação em programas e políticas governamentais como a Política Nacional de Promoção da Saúde¹⁴ que apresenta princípios como equidade, melhoria da qualidade de vida, ações intersetoriais, fortalecer participação social, entre outros^{7,39}.

Lefevre e Cornetta³⁹ referem que deve haver um investimento e a participação ativa dos profissionais de saúde e gestores, nos processos de educação permanente e distribuição das informações, para que as ações de promoção da saúde sejam efetivas.

De acordo com Leger et al.³⁸, quando classifica em fases as ações de saúde na escola, podemos afirmar que alguns profissionais pesquisados encontram-se na fase de experimentação, mas outros já estão elaborando estratégias para atender as necessidades da comunidade escolar.

Este estudo identificou os mesmos FATORES dificultadores que Tusset²⁶, tais como, escassez de profissionais; falta de envolvimento de gestores da saúde; falta de recursos financeiros, ausência da família na escola; gestão centralizada, cobrança por quantidade de procedimentos de natureza assistencial, falta de tempo e rotatividade de profissional. Mas não os fatores facilitadores foram bem diferentes, Tusset (2012) identificou a intersetorialidade, existência de materiais de apoio e parcerias, enquanto este estudo reconhece a disponibilidade do profissional como fortaleza para a prática de promoção da saúde.

Conclusão

Os participantes desta pesquisa apresentam um conceito de saúde polissêmico, com base nas suas experiências e valores pessoais. O grupo apresentou uma maior dificuldade para conceituar promoção da saúde, sendo apresentada como sinônimo de educação em saúde. As práticas consideradas promotoras foram exemplificadas por meio de estratégias como palestras e oferta de serviços de saúde na escola.

Após a prática educativa, os participantes conseguiram ampliar o discurso conceitual sobre saúde, apesar de usar conceitos tradicionais como ausência de doenças de forma ambígua com novas perspectivas como participação e gestão compartilhada. Incorporaram termos/princípios como intersetorialidade, direito e acesso a bens e serviços e reconhecem a influência dos determinantes sociais na saúde.

Prevaleceu o discurso de promoção da saúde como educação em saúde, inicialmente com foco na mudança de comportamentos, mas com o acréscimo da descrição de abordagens mais participativas e comunitárias ao final desta atividade educativa. Os participantes acrescentaram termos e princípios da promoção saúde como capacitação da comunidade, práticas saudáveis, ambiente saudáveis e acesso a saúde.

As dificuldades se concentram na ausência de recursos materiais, financeiros e humanos, porém, com possibilidade de ser superadas, se ocorrer uma disposição dos participantes para a ação.

As potencialidades para a construção das práticas promotoras da saúde na escola apontadas neste foram a institucionalização das ações pelos dois setores e a disponibilidade e interesse pessoal do profissional.

Os desafios para a implementação e consolidação de práticas promotoras da saúde, estão relacionados, principalmente no investimento em recursos humanos, materiais e financeiros; seleção de profissionais com perfil adequado para o desenvolvimento da promoção da saúde; ações de educação permanente que estimulem habilidades pessoais para trabalhos em grupo e comunitário, e aumento de investimentos na infraestrutura das escolas, na disponibilidade de recursos materiais e na melhoria salarial dos trabalhadores da saúde e educação.

Recomendações

Os resultados deste estudo apontam para uma necessidade da melhoria da formação dos profissionais de saúde e educação, seja na universidade e/ou através de processos de educação permanente, quanto a conceituação de saúde e promoção da saúde, principalmente ensinando aos profissionais como se pode construir estes conceitos junto as suas comunidades de maneira participativa.

A promoção da saúde deve ser institucionalizada enquanto estratégia transversal no âmbito da gestão municipal, principalmente nas Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, reconhecendo a necessidade de inserir saúde em todas as políticas, independentemente do nível de gestão.

Referências

1. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization. Ottawa, p.5. 1986
 2. POTVIN, L; JONES, CM. Twenty-five Years After the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. *Revue Canadienne de Santé Publique*. 2011 July - agosto;102 (4):244-8.
-

3. BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de Saúde.
In: FONSECA, A. F. e CORBO, A. D. (Org.). O território e o processo
saúde doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p.25-86.
 4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde:
relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
 5. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF:
Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
 6. PELICIONI, M. C. F.; TORRES, A. L. A escola promotora de saúde. São
Paulo: USP/FSP/HSP, 1998. 14 p.
 7. ALMEIDA FILHO, N. D. O conceito de saúde: ponto-cego da
epidemiologia? Revista Brasileira de Epidemiologia. Rio de Janeiro.V. 3
(1-3), 2000, p. 4-20.
 8. CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e
promoção. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. (org.). Promoção da
saúde: conceitos, reflexões, tendência. 20. Rio de Janeiro: FIOCRUZ,
2003. p. 39-54
 9. AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis:
Revista de Saúde Coletiva, v. 17, p. 43-62, 2007.
 10. ANÉAS TV, AYRES JR CM. Significados e sentidos das práticas de
saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde.
Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2011;15:651-62.
 11. PETTERSSON B. Some bitter-sweet reflections on the Ottawa Charter
commemoration cake: a personal discourse from an Ottawa rocker.
Health Promotion International, 2011;6 (suppl. 2):ii202-ii15.
 12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE
SAÚDE. PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE. As Cartas da promoção
da saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <
http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>.
Acesso em: 13nov13.
 13. LOPES, M. D. S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde.
Texto & Contexto - Enfermagem, v. 19, p. 461-468, 2010.
 14. BRASIL. Política Nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da
Saúde; 2006. p. 60.
-

15. BUNTON, R; NETTLETON, S. Sociological critiques of health promotion.
In: BUNTON, R.; BURROWS, R.; NETTLETON, S. (org.). The sociology of health promotion: critical analyses of consumption, lifestyle and risk. New York: Routledge; 2003. p. 39-56.
 16. NÈVE, J. Nouvelle santé publique et individualisation. Prospective Jeunesse Drogues | Santé, Bruxelles, v. 59, 2011. p. 10-17.
 17. PELICIONI, M. C. F. Educação em saúde e educação ambiental: estratégias de construção da escola promotora da saúde. 2000. (Tese de Livre Docencia) Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Política de Saúde Pública. 214 p.
 18. BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
 19. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
 20. SCHMITZ, B. D. A. S. et al. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. Supl 2, p. S312-S22, 2008.
 21. STEWART-BROWN, S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? WHO Regional Office for Europe Copenhagen. 2006. 26 p.
 22. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 23. COSTA GMC, CAVALCANTI VM, BARBOSA ML, CELINO SDM, FRANÇA ISX, SOUSA FS. promoção da saúde nas escolas na perspectiva de professores do ensino fundamental. Revista Eletrônica de Enfermagem 2013;15(2).
-

24. OLIVEIRA, C. B. et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 635-644, 2009.
 25. MAMEDE, J. F. O Ensino das Atitudes de Higiene Pessoal Básicas dentre os Professores das Escolas Estaduais do Município de Soledade-PB. 2013. 31 TCC (Licenciatura). UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL, UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, João Pessoa.
 26. TUSSET, D. I. L. A. Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal. 2012. (mestrado). Faculdade de Educação Física, Universidade de Brasília, Brasília.
 27. MINAYO, M. C. D. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. 269p.
 28. STRAUSS, A.; CORBIN, J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 ISBN 978-85-363-1043-5.
 29. SANDELOWSKI, M. Focus on Research Methods-Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in nursing and health*, New York, v. 23, n. 4, p. 334-340, 2000.
 30. JAGOSH, J. et al. Uncovering the Benefits of Participatory Research: Implications of a Realist Review for Health Research and Practice. *The Milbank Quarterly*, 2012; 90 (2).
 31. MORGAN DL. The Focus Group Guidebook. Thousand Oaks: SAGE; 1998.
 32. TESCH, R. Qualitative research: analysis types and software tools. Bristol: The Falmer Press, 1990. 26 p.
 33. MORGAN DL, KRUEGER RA. The focus group kit. Thousand Oaks, SAGE; 1998.
 34. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução no 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde. 1996.
-

35. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. SAÚDE, C. N. D. Brasília: Ministério de Saúde: 12 p. 2012.
 36. SCLiar, . História do conceito de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, p. 29-41, 2007.
 37. CAMPOS GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em Saúde. In: CAMPOS. GWS, MINAYO. MCS, AKERMAN. M, JÚNIOR. MD, CARVALHO YM, (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hicitec/Fiocruz; 2006. p. 41-80.
 38. LEGER L, KOLBE L, LEE A, MCCALL D, YOUNG I. School Health Promotion. In: MCQUEEN D, JONES C (org). Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness: Springer New York; 2007. p. 107-24.
 39. CECCIM RB. Réplica. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2005; 9:175-177.
-

6. CONCLUSÕES

Os participantes desta pesquisa apresentam um conceito de saúde polissêmico, com base nas suas experiências e valores pessoais. O grupo apresentou uma maior dificuldade para conceituar promoção da saúde, sendo apresentada como sinônimo de educação em saúde. As práticas consideradas promotoras foram exemplificadas por meio de estratégias como palestras e oferta de serviços de saúde na escola.

Após a prática educativa, os participantes conseguiram ampliar o discurso conceitual sobre saúde, apesar de usar conceitos tradicionais como ausência de doenças de forma ambígua com novas perspectivas como participação e gestão compartilhada. Incorporaram termos/princípios como intersetorialidade, direito e acesso a bens e serviços e reconhecem a influência dos determinantes sociais na saúde.

Prevaleceu o discurso de promoção da saúde como educação em saúde, inicialmente com foco na mudança de comportamentos, mas com o acréscimo da descrição de abordagens mais participativas e comunitárias ao final desta atividade educativa. Os participantes acrescentaram termos e princípios da promoção saúde como capacitação da comunidade, práticas saudáveis, ambiente saudáveis e acesso a saúde.

As dificuldades se concentram na ausência de recursos materiais, financeiros e humanos, porém, com possibilidade de ser superadas, se ocorrer uma disposição dos participantes para a ação.

As potencialidades para a construção das práticas promotoras da saúde na escola apontadas neste foram a institucionalização das ações pelos dois setores e a disponibilidade e interesse pessoal do profissional.

Os desafios para a implementação e consolidação de práticas promotoras da saúde, estão relacionados, principalmente no investimento em recursos humanos,

materiais e financeiros; seleção de profissionais com perfil adequado para o desenvolvimento da promoção da saúde; ações de educação permanente que estimulem habilidades pessoais para trabalhos em grupo e comunitário, e aumento de investimentos na infraestrutura das escolas, na disponibilidade de recursos materiais e na melhoria salarial dos trabalhadores da saúde e educação.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam para uma necessidade da melhoria da formação dos profissionais de saúde e educação, seja na universidade e/ou através de processos de educação permanente, quanto a conceituação de saúde e promoção da saúde, principalmente ensinando aos profissionais como se pode construir estes conceitos junto as suas comunidades de maneira participativa.

A promoção da saúde deve ser institucionalizada enquanto estratégia transversal no âmbito da gestão municipal, principalmente nas Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, reconhecendo a necessidade de inserir saúde em todas as políticas, independentemente do nível de gestão.

8. PRODUTOS

8.1. Produtos Científicos

Este estudo apresenta como produto, esta dissertação e o artigo apresentado no capítulo 5.

8.2. Produtos Técnicos

Como produto técnico apresenta-se o folder para estimular processos educativos (APÊNDICE E), que será validado por um grupo de profissionais de saúde e de educação, impresso e disponibilizado, primeiramente para a Secretaria Municipal de Saúde e Universidade Federal de Goiás.

REFERÊNCIAS

AERTS, D. *et al.* Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (4), 2004, p. 1020-1028.

ALEXANDRE, V. P. et al. Implementação da intersetorialidade: parceria universidade-serviço-comunidade para a reorientação de políticas públicas. . In: SPERANDIO, A. M. G. (org.). **O processo de avaliação das experiências locais do projeto de ações intersectorias em promoção da saúde - AIPS: buscando as igualdades a partir das diferenças**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009. p.51-62.

ALMEIDA FILHO, N. D. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Rio de Janeiro.V. 3 (1-3), 2000, p. 4-20.

ALMEIDA FILHO, N. de. & ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ANÉAS TV, AYRES JRCM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*2011;15:651-62.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 43-62, 2007.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de Saúde. In: FONSECA, A. F. e CORBO, A. D. (Org.). **O território e o processo saúde doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p.25-86.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. LEI N. 5.692, de 11 de agosto de 1971. Brasília: Presidência da Republica 1971.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

_____.**Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Federal nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/93: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília: MS, 1993.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília: Presidência da República. LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996. 1996.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução no 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. 1996a.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL. **Parâmetros curriculares nacionais : introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC/SEF 1997.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE. **As Cartas da promoção da saúde** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf >. Acesso em: 13nov13.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA POLÍTICAS SAÚDE. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 533-5, 2002a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde** Brasília: Ministério da Saúde 68 p. 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política nacional de promoção da saúde** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. **Decreto nº 6.286, de 5 dedezembrode 2007**: institui o Programa Saúde na Escola - PSE. Brasília: Presidência da República 2007b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 86 p. il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Escola Saudável, gente feliz. **Revista Brasileira Saúde da Família**. 2008; 20: 62-7.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. SAÚDE, C. N. D. Brasília: Ministério de Saúde: 12 p. 2012.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - **Cidades**. Brasília, 2013. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=52&search=goias> >. Acesso em: 09 Nov. 2013.

BUNTON, R.; NETTLETON, S. Sociological critiques of health promotion. In: BUNTON, R.; BURROWS, R.; NETTLETON, S. (org.). **The sociology of health promotion: critical analyses of consumption, lifestyle and risk**. New York: Routledge; 2003. p. 39-56.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. D. (Ed.). **promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Atenção primária e promoção da saúde. **Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde**, 2000. 40 p.

CAMOZZI, A. B. Q. **Alimentação saudável na escola: uma construção coletiva?** 2011. 98 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição e Saúde). Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

CARDOSO, V.; REIS, A. P. D.; IERVOLINO, S. A. Escolas promotoras de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 18 (2), 2008 p. 107-115.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, 2005 p. 975-986.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no brasil**: relatório final. Ministério da Saúde. Brasília, 2008. 216 p.

COSTA, G. M. C. *et al.* Promoção da saúde nas escolas na perspectiva de professores do ensino fundamental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15 (2), 2013, p. 506-15.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 20. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-54

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The Landscape of Qualitative Research: theories and issues**. Thousand Oaks, California: SAGE, 1998. 470p.

DE SALAZAR, L., GRAJALES, C.D. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. **Ciência & Saúde Coletiva**; 2004; 9: 545-55.

EAKIN, J. *et al.* Towards a critical social science perspective on health promotion research. **Health Promotion International**, Eynsham, v. 11 (2), 1996, p. 157-75.

FERREIRA, J. O. **Atividades físicas e escolhas alimentares de escolares na região leste de Goiânia - GO**. 2011. 127 Dissertação (Mestrado em Nutrição e Saúde). Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

FERREIRA, J. O. *et al.* Projeto viver saudável: avaliação e redirecionamento das ações de promoção da saúde em escolas no município de goiânia, GO. **FIEP Bulletin**, Foz do Iguaçu, v. 82 (2), 2012.

FREIRE, P. **Virtudes do Educador**. São Paulo; 1982. Disponível em: <http://acervo.paulofreire.org/xmlui/handle/7891/1475>.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática docente**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 144 p.

FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M.; SOUZA, D. B. D. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12 (2), 2005, p.283-291.

GOIÂNIA. Anuário Estatístico de Goiânia 2102. Goiânia, 2012. Disponível em: < http://www.goiania.go.gov.br/shtml/seplam/anuario2012/_html/demografia.html >. Acesso em: 09 Nov. 2013.

_____. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DIVISÃO DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS. DISTRITO SANITÁRIO LESTE. **Projeto Viver Saudável: proposta elaborada para seleção de projetos de incentivo a vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, conforme Edital nº 4, de 1º de novembro de 2006**. Goiânia: Secretária Municipal de Saúde 2006.

GOMES, C. M.; HORTA, N. C. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 486-499, out./dez. 2010.

GONÇALVES, F. D. *et al.* A promoção da saúde na educação infantil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12 (24), p. 181-192, 2008.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Competing paradigms in qualitative research. . In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Ed.). **The landscape of qualitative research : theories and issue**. Thousands Oaks CA: SAGE, 1998. p.195-220.

GUIMARÃES, J. S.; LIMA, I. M. S. O. Participação juvenil e promoção da saúde: estratégia de desenvolvimento humano. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, p. 859-866, 2011.

KINCHELOE, J. L.; MCLAREN, P. L. Rethinking critical theory and qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org.). **The landscape of qualitative research: theories and issues**. Thousand Oaks, CA: SAGE, 1998. p.260-299.

KRUEGER, R. A. Moderating Focus Groups. In: MORGAN, D. L. e KRUEGER, R. A. (Ed.). **The Focus Group Kit**. Thousand Oaks: SAGE, v.4, 1998. p.115.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Minister of Supply and Services Canada. Ottawa, p.77. 1981

LOPES, M. D. S. V. *et al.* Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, p. 461-468, 2010.

LEFEVRE, A. M. C.; CORNETTA, V. K. Recursos Humanos para a Promoção de Saúde. In: LEFEVRE, F. e LEFEVRE, A. M. C. (Ed.). **Promoção de Saúde a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. p.125-135.

LEONELLO, V. M.; L'ABBATE, S. Educação em saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em pedagogia; Health education in schools: an approach based on the curriculum and perception of undergraduate education students. **Interface Comun. Saúde Educ**, Botucatu, v. 10 (19), p. 149-166, 2006.

LIMA, J. R. D. **L'infidélité et la confiance: défi pour la prévention du VIH / sida AUPRES des brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier et vivant en situation de pauvreté**. 2008. 600 Thèse (Doctorat Santé Pluquéc) Université de Montréal, Montréal.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Ed.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2000. p.163-188.

MAMEDE, J. F. **O Ensino das Atitudes de Higiene Pessoal Básicas dentre os Professores das Escolas Estaduais do Município de Soledade-PB**. 2013. 31 TCC (Licenciatura). UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL, UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, João Pessoa.

MARMOT, M. *et al.* WHO European review of social determinants of health and the health divide. **The Lancet**, Londres, v. 380 (9846), p. 1011-1029, 2012.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. 269p.

MORGAN, D. L. **The Focus Group Guidebook**. Thousand Oaks: SAGE, 1998.

MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. **The focus group kit**. Thousand Oaks, : SAGE, 1998. 93 p.

MOURA, J. B. V. S. *et al.* Perspective of historical epistemology and health promotion in schools. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14 (2), p. 489-501, 2007.

NÈVE, J. Nouvelle santé publique et individualisation. **Prospective Jeunesse Drogues | Santé**, Bruxelles, v. 59, 2011. p. 10-17.

NUTBEAN, D. Health promotion glossary. **Health Promotion Bibliograph**, v. 13 (4), p. 349-364, 1997.

OLIVEIRA, C. B. *et al.* As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 635-644, 2009.

PELICIONI, M. C. F.; TORRES, A. L. **A escola promotora de saúde**. São Paulo: USP/FSP/HSP, 1998. 14 p.

PELICIONI, M. C. F. **Educação em saúde e educação ambiental: estratégias de construção da escola promotora da saúde**. 2000. (Tese de Livre Docencia) Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Política de Saúde Pública. 214 p.

PETTERSSON, B. Some bitter-sweet reflections on the Ottawa Charter commemoration cake: a personal discourse from an Ottawa rocker. **Health Promotion International**, 2011;6 (suppl. 2):ii202-ii15.

POTVIN, L.; JONES, C.M..Twenty-five Years After the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. **Revue Canadienne de Santé Publique**. 2011 July - agust;102 (4):244-8.

ROBLES, L. La subjetividade del investigador en sus análisis científico : La construcción de explicaciones a partir de sus experiencias personales. In MARTINEZ, F. J. M. & LÓPEZ, T. M. T. (ORG.), **Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica**. México, DF : Plaza y Valdés Editores, p. 33-45.

ROCHA, D. G. **O movimento da promoção da saúde na década de 1990: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira**. 2001. 250 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Departamento de Práticas de Serviço de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ROCHA, D. G.; MARCELO, V. C.; PEREIRA, I. M. T. B. Escola promotora da saúde: uma construção interdisciplinar e intersetorial. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, v. 12(1), 2002. p.57-63.

ROCHA, D. R. et al. **Diversidade e equidade no SUS: parceria universidade e educação popular**. Goiânia: Cânone, 2008. 55 p.

ROSA, A. C. A. **Determinantes associados às escolhas alimentares e a prática de atividades físicas de adolescentes**. 2012. 15 Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

SANDELOWSKI, M. Focus on Research Methods-Whatever Happened to Qualitative Description? **Research in nursing and health**, New York, v. 23, n. 4, p. 334-340, 2000.

SCHMITZ, B. D. A. S. et al. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. Supl 2, p. S312-S22, 2008.

SCLIAR, J. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 29-41, 2007.

SILVA, A. L. A. C. et al. Ações intersetoriais e promoção da saúde como estratégia para reorientação dos serviços na atenção básica em Goiânia, GO. In: MARTINI, J. G.; CEOLIN, M. Z. e LOPES, M. G. D. (Ed.). **I Mostra de Experiências de Enfermagem em Saúde da Família: compartilhando êxitos**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2010. p.20-26.

STEWART-BROWN, S. **What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the**

health promoting schools approach?WHO Regional Office for Europe Copenhagen. 2006. 26 p.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 ISBN 978-85-363-1043-5.

SUCUPIRA, A. C. S. Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersectorial. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, p. 61 a 78, 2013.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. e VILASBOAS, L. A. (org.). **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Cooptec/ISC, 2002. p.59-78.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S153-S162, 2002.

TESCH, R. **Qualitative research: analysis types and software tools**. Bristol: The Falmer Press, 1990. 26 p.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 61-76, 2006. 370 p.

TUSSET, D. I. L. A. **Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal**. 2012. (mestrado). Faculdade de Educação Física, Universidade de Brasília, Brasília.

WESTPHAL, M. F. promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M., *et al* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v.170, 2006. p.635-667.

WHO. **Ottawa Charter for Health Promotion**. World Health Organization. Ottawa, p.5. 1986

WHO. **Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference**, New York, 19-22 June 1946; no. 2, p. 100. Disponível em: www.who.int/about/definition/en/print.html (Acesso em 08 de dezembro de 2013).

WHO. Global conference on health promotion. The Helsinki Statement on Health in All Policies. 2010

APÊNDICES

Apêndice A - Curso de Práticas Promotoras de Educação e Saúde

O Projeto Viver Saudável (PVS) é uma política pública local de promoção da saúde coordenado por uma rede de parceiros intersetorial, utilizando metodologias ativas de aprendizagem e valorizando a Estratégia Saúde da Família (ESF), com a finalidade de estimular e implementar em comunidades escolares condutas que facilitem um viver saudável.

Elaborado pela equipe técnica multiprofissional do Distrito Sanitário Leste da Secretaria Municipal de Saúde e aprovado no Edital da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, o PVS realiza, desde dezembro de 2006, reuniões mensais com todos os parceiros intra e intersetoriais (universidades, conselho de saúde, secretarias municipais de saúde e educação, esportes e lazer) onde são planejadas e organizadas todas as ações do projeto, bem como são executados atividades educativas participativas, principalmente para capacitação de profissionais da saúde e educação em metodologias ativas.

O PVS sempre procurou fazer a reorientação da atenção à saúde por meio da formação de profissionais de saúde e educação, capazes de trabalhar em prol de práticas de saúde na escola emancipadora.

No início, o PVS contava com a coordenação centrada no setor saúde. Entretanto, a partir da ampliação do número de escolas e equipes da ESF envolvidas nas atividades, foi estabelecido um grupo gestor formado por representantes de diversos segmentos vinculados à saúde de diferentes níveis de gestão, universidade, educação e controle social, adotando-se princípios como cogestão, participação social, sustentabilidade, equidade e valorização de espaços locais.

Os resultados dos últimos cinco anos demonstram avanços nos processos de gestão e atenção que podem ser evidenciados: pela sustentabilidade da sua rede de parceiros; corresponsabilidade das ações; ampliação do campo de atuação de 1 para 12 unidades educacionais; execução de oficinas, ações e eventos de educação

em saúde; integração das equipes de saúde da família junto às escolas e a criação de cenários de práticas para reorientação da formação de acadêmicos da saúde (FERREIRA et al., 2012).

A partir de processos avaliativos ocorridos em 2011 (CAMOZZI, 2011; FERREIRA, 2011), a proposta do grupo gestor do PVS foi de investir de forma mais intensa na formação dos profissionais de saúde e educação, para estimular as práticas de saúde na escola, resultando na idealização da atividade educativa “Práticas Promotoras de Educação e Saúde” (CPPEs), iniciado em 2012.

O curso foi planejado pelo grupo gestor, que neste momento ganhou reforço de profissionais do Centro de Formação da Secretaria Municipal de Educação. À partir desta construção coletiva, foi proposto uma atividade educativa participativa.

Nos próximos itens, descrevemos a ementa da atividade educativa, objetivo geral e específicos,

Ementa da atividade educativa

Saúde, Promoção da Saúde, Educação em Saúde; Políticas de educação e saúde; Escola Promotora de Saúde; Planejamento, execução, monitoramento, avaliação e comunicação em Promoção da Saúde; Comunicação; Cuidando do cuidador/saúde do trabalhador

Objetivo Geral

Formar os profissionais da Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Saúde e docentes e discentes da Universidade Federal de Goiás, para que os mesmos tenham subsídios necessários para elaborar, executar, monitorar, avaliar e divulgar ações coletivas que consolidem os princípios e finalidades do Projeto Viver Saudável.

Objetivos Específicos

- 1) Formar os profissionais da Secretaria Municipal de Educação nos objetivos, conteúdos e métodos da Educação e da Promoção em Saúde para que atuem como agentes transformadores e ativos a fim de compreender os diversos fatores determinantes da saúde;

- 2) Proporcionar aos profissionais da Secretaria Municipal de Educação a possibilidade de revisar seus conceitos sobre saúde e educação em saúde, bem como seu papel de agente promotor da saúde;
- 3) Formar os servidores da Secretaria Municipal de Saúde a fim de que desempenhem um papel significativo mediante ações nos âmbitos de promoção da saúde, prevenção de doenças e serviços sociais relacionadas à comunidade escolar de sua área de atuação, convergindo com as teorias educacionais, a partir das demandas locais;
- 4) Identificar eixo articulador e agregador dos diferentes parceiros;
- 5) Promover a articulação das instituições de saúde, educação e equipamentos sociais (mediação intersetorial) por meio de ações sistemáticas;
- 6) Identificar o potencial dos recursos locais disponíveis e mobilizar redes sociais;
- 7) Promover ações de ampliação da cidadania, da equidade e da sustentabilidade local.

Conteúdos Programáticos

Saúde, Promoção da Saúde, Educação em Saúde; Políticas de educação e saúde; Escola Promotora de Saúde; Planejamento, execução, monitoramento, avaliação e comunicação em Promoção da Saúde; Comunicação; Cuidando do cuidador/saúde do trabalhador.

O curso efetuou-se com uma carga horária de 50 horas, 30 horas presenciais e 20 horas não presenciais em oito módulos. A carga horária presencial ocorreu em formato de oficinas, utilizando metodologias ativas, sempre sob a coordenação de um profissional da saúde e outro do setor educação. A carga horária não presencial destinou-se a leituras e a execução de uma atividade promotora de saúde no território escolar.

Os conteúdos e materiais didáticos oferecidos, bem como a sequência em que foram oferecidos, foi acordado entre todos os envolvidos. Os conteúdos foram divididos de forma a trabalhar os conceitos de educação, saúde, promoção da saúde, educação em saúde, práticas promotoras de saúde na escola (escolas promotoras de saúde), apresentar as legislações tanto do setor saúde quanto educação que trata da

temática e a construção, execução e divulgação de uma Ação de Prática Promotora de Saúde na Escola (APPSE).

A APPSE foi executada pelos representantes das escolas com sua equipe de saúde da família responsável. Para o planejamento desta ação, o curso ofereceu uma pasta com orientações para a construção do planejamento, execução da ação e avaliação da mesma. Havia um monitor por grupo de trabalho que orientava e auxiliava o grupo no que fosse necessário.

A pasta de planejamento das ações continha dez passos que orientavam os participantes na construção, execução e avaliação da ação. Esta pasta foi criada pelo comitê gestor do PVS adaptada de uma planilha do Projeto de Ações Intersetoriais para promoção da Saúde (ALEXANDRE et al., 2009; SILVA et al., 2010).

- A) Passo 01: identificação dos problemas da comunidade escolar;
- B) Passo 2: eleição do principal problema;
- C) Passo 3: revisão dos conceitos de saúde e promoção da saúde e os determinantes sociais do processo saúde-doença, considerando o problema eleito;
- D) Passo 4: definição do potencial para a resolução do problema por meio de estratégia de promoção da saúde;
- E) Passo 5: descrição da justificativa para intervenção;
- F) Passo 6: definição do potencial de mobilização da comunidade escolar;
- G) Passo 7: definição da capacidade do grupo para resolução do problema de forma participativa;
- H) Passo 8: elaboração do plano de ação com definição de objetivos, atividades, métodos, parcerias necessárias, responsáveis pela ação, recursos necessários, resultados esperados e avaliação;
- I) Passo 9: avaliação do processo de trabalho do grupo identificando os principais problemas e estratégias para superá-los;
- J) Passo 10: disseminação dos resultados.

Os participantes executaram sete APPSE, envolvendo a comunidade escolar. Os projetos tiveram como temas: planejamento anual de ações da saúde na escola, saúde do adolescente, violência e uso de drogas ilícitas na escola, relacionamento pais e filhos, escola como patrimônio de toda a comunidade, educação e respeito na escola e higiene na escola.

Na oficina de avaliação da atividade educativa foram apresentados três *banners*, uma apresentação tipo pôster eletrônico e três vídeos. De acordo com o relato dos participantes, os produtos foram utilizados em atividades com a comunidade escolar e/ou expostos no Centro de Saúde da Família e eventos dos dois setores.

No último módulo foi oferecida uma oficina intitulada “cuidando do cuidador” que ofereceu aos participantes atividades de preparo de alimentação e práticas corporais saudáveis. Esta oficina foi executada nas Faculdades de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Goiás.

Procedimentos de Ensino

Considerando que o curso de práticas promotoras de educação e de saúde será ofertado para um público multiprofissional, que trará consigo saberes variados, para a efetivação da proposta de ensino-aprendizagem e das propostas de intervenção no território escolar, serão utilizadas exposições dialogadas e adotada a metodologia da problematização.

Recursos Didáticos

Multimídia e demais materiais necessários de acordo com planejamento de cada plano de aula.

Cenários de Práticas envolvidas

Os critérios para definir quais escolas e centros de saúde iriam participar da atividade educativa foram o território de abrangência das equipes de saúde da família e quais escolas pertenciam a eles.

O curso ocorreu entre os meses de março a julho de 2012 em duas turmas, ocorrendo encontros com frequência quinzenal. A primeira turma (turma A) reuniu-se às quintas-feiras à tarde em uma escola paroquial e a segunda turma (turma B) encontrava-se no sábado pela manhã em uma escola municipal. Os locais para a

realização da atividade educativa foram escolhidos devido à localização, garantindo acesso facilitado para os participantes e que permitisse o trabalho das oficinas em roda, além de garantir a estrutura básica de acesso à água e banheiros.

Procedimentos de Avaliação

Frequência de no mínimo 75%. Avaliação do portfólio. Avaliação dos planos de ação e da apresentação dos resultados das ações realizadas.

Para garantir a certificação, tão necessária aos profissionais da saúde e de educação para a progressão dentro dos seus respectivos planos de carreiras, o curso foi registrado na Pró-reitora de Extensão e Cultura da Universidade Federal de Goiás por uma professora da Faculdade de Enfermagem.

Finalmente, vale ressaltar que o curso foi preparado para ser executado por mais três semestres, mas devido à expansão do território do PSE dentro do município não teve continuidade, e seu conteúdo e abordagem metodológica foram agregados ao módulo sobre o componente II do PSE em uma capacitação oferecida aos profissionais de saúde e de educação dos distritos sanitários e 12 escolas municipais no ano de 2012.

Apêndice B – Termo Consentimento Livre Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: **PRÁTICAS DE SAÚDE NA ESCOLA: ABORDAGEM INTERSETORIAL**

Você está convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa sobre as práticas de saúde na escola.

Meu nome é *Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva*, sou a pesquisadora responsável, e minha área de atuação está relacionada aos Processos Educativos no Trabalho em Saúde. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine seu consentimento ao final deste documento, apresentado em duas vias, que uma fica com você e a outra sob a minha responsabilidade.

Informações sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: Práticas de saúde na escola: abordagem intersetorial

Pesquisadora: Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva

Orientadora: Ida Helena C. F. Menezes **Co-orientadora:** Jacqueline Rodrigues de Lima

Esta pesquisa tem por objetivo Conhecer as práticas de saúde na escola dos participantes da atividade educativa “Práticas Promotoras de Educação e Saúde”. Por este motivo, gostaríamos de contar com a sua participação para descrever, por meio de discussões em grupo (grupo focal), seus conhecimentos, práticas e aprendizagens sobre o tema. Sua participação ocorrerá em dois momentos: antes e após o curso com a presença de 10 a 15 pessoas aproximadamente, mais o facilitador e dois observadores. O tempo de duração da nossa conversa será de mais ou menos 2 horas. As falas do grupo serão registradas em gravador digital e transcritas para facilitar o processo de análise das informações coletadas.

O seu nome não será revelado e as e as informações e opiniões fornecidas serão mantidas em sigilo pelos pesquisadores. Neste sentido, você e os demais participantes do grupo focal comprometem a não revelar para as outras pessoas, a identidade dos (as) participantes do grupo e em conversas com alguém fora do grupo, não revelar quem falou sobre determinado assunto.

Você não receberá nenhuma vantagem direta por participar deste estudo. Entretanto, esta pesquisa poderá contribuir entre outros, para a atualização sobre a promoção da saúde na escola e ampliação de vínculos entre serviços de saúde e escola.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em formato de dissertação de mestrado, eventos e publicações científicas, bem como para serviços de saúde e escolas por meio de rodas de conversa e boletins informativos. Divulgada apenas a análise dos dados. O processo de construção da atividade educativa poderá ser publicado em forma de manual instrutivo sobre o método utilizado, visando a replicação do mesmo curso em outros locais.

Gostaríamos de ressaltar que esta pesquisa envolve risco mínimo à integridade física ou moral dos participantes do grupo de estudo. O fato de compartilhar informações

pessoais ou confidenciais pode causar desconforto ou incômodo. Se você não estiver à vontade para discutir sobre um determinado assunto, você é livre para não responder questões ou participar da discussão.

Você não terá custos para participar deste estudo, pois os grupos focais serão realizados em locais próximos ao seu local de trabalho.

Esclarecemos que você tem a liberdade de recusar a participar desta pesquisa ou mesmo de desistir a qualquer momento sem penalização ou prejuízo pessoal.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva, nos telefones (62) 96115291, (62) 35241560 (inclusive ligações a cobrar).

Em casos de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil com o Dr. Marco Aurélio Albernaz, pelo telefone: (62) 3201 3374.

Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG/ CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "PRÁTICAS DE SAÚDE NA ESCOLA: ABORDAGEM INTERSETORIAL", como sujeito. Fui devidamente informados (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem sofrer qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do sujeito: _____

Apêndice C – Roteiro com Questões Norteadoras – grupo focal antes da atividade educativa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

Projeto: **PRÁTICAS DE SAÚDE NA ESCOLA: ABORDAGEM INTERSETORIAL**

Roteiro do Grupo Focal

Data: ____/____/____

- O que vocês entendem por saúde?

(Identificar a concepção de saúde no espaço escolar como ela é entendida, se difere de alguma forma)

- o que vocês entendem de promoção da saúde?

- Existe alguma atividade desenvolvida na escola que seja promotora de saúde? Quais?

(Essas atividades são planejadas por quem? E executadas por quem? Essas atividades são incluídas no Projeto Político Pedagógico da escola?)

- Quais fatores são facilitadores (que tornaram possível a realização das ações propostas)? E quais são dificultadores (dificultam a execução do trabalho)?

- o que vocês esperam deste curso?

Apêndice D – Roteiro com Questões Norteadoras – grupo focal depois da atividade educativa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

Projeto: **PRÁTICAS DE SAÚDE NA ESCOLA: ABORDAGEM INTERSETORIAL**

Roteiro do Grupo Focal

Data: ____/____/____

- O que vocês entendem por saúde?

(Identificar a concepção de saúde no espaço escolar como ela é entendida, se difere de alguma forma)

- o que vocês entendem de promoção da saúde?

- Existe alguma atividade desenvolvida na escola que seja promotora de saúde? Quais?

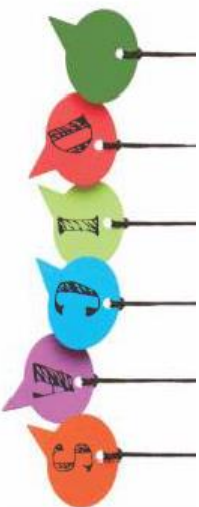
(Essas atividades são planejadas por quem? E executadas por quem? Essas atividades são incluídas no Projeto Político Pedagógico da escola?)

- Quais fatores são facilitadores (que tornaram possível a realização das ações propostas)? E quais são dificultadores (dificultam a execução do trabalho)?

- As expectativas deste curso foram cumpridas?

- Houve algum outro aprendizado produzido por este curso?

Apêndice E – Material educativo sobre práticas promotoras de saúde na escola.



Escolher participantes com perfil para atuar em grupo

Usar eventos e datas comemorativas da saúde ou da escola.

Identificar outros parceiros intersetoriais locais, tais como: **comercio, igrejas, universidades, conselhos locais de saúde e de educação**



Realização

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO



Prefeitura
Goiânia

Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde



Apoio



Elaboração

Enra, Msc. **Andréia Alves C. Silva**, Secretária Municipal de Saúde de Goiânia
Profa. Dra. **Jacqueline Rodrigues de Lima**, Faculdade de Enfermagem/UFG
Profa. Dra. **Ida Helena Carvalho Franciscantonio Menezes**, Faculdade de Nutrição/UFG



APRESENTAÇÃO

A escola tem um grande potencial para a formação cidadã e contribui para o desenvolvimento de habilidades que permitem escolhas saudáveis mantidas na vida adulta. A parceria entre a educação e a saúde amplia as possibilidades para a criação de ambientes favoráveis a estas escolhas, promoção da saúde e qualidade de vida na comunidade escolar.

Apesar do reconhecimento da importância desta parceria intersetorial, percebe-se a dificuldade na implementação de ações conjuntas devido ao acúmulo de responsabilidades dos trabalhadores, falta de recursos e de momentos para planejamento coletivo, entre outros.

O Curso “Práticas Promotoras de Educação e Saúde”, implementado durante a realização do mestrado profissional Ensino na Saúde da Universidade Federal de Goiás, possibilitou a identificação de desafios, potencialidades e estratégias para a promoção da saúde.

À seguir, são apresentados conceitos básicos, estratégias e dicas que podem auxiliar na integração entre escolas e serviços de saúde que atuam no mesmo território para a promoção da saúde.

Aproveitem!

¹SILVA, ALAC. *Promoção da Saúde na Escola: conhecimento e práticas de profissionais da saúde e da educação*. 2013. Dissertação de mestrado de ensino na saúde. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás.

QUE SAÚDE QUEREMOS PROMOVER?

Saúde não é somente ausência de doenças, pois as condições de vida, como, o acesso à educação, segurança, transporte, trabalho e lazer, são determinantes da saúde de uma população.

Desta forma, as questões relacionadas à saúde não podem ser resolvidas somente neste setor, devendo envolver uma rede de parceiros intersetoriais governamental e não governamental que reconheça a diversidade de fatores que influenciam a saúde.

Neste contexto, a promoção da saúde é definida como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” Suas ações são fundamentadas na sustentabilidade, empoderamento, equidade, justiça social e participação.

Para promover a saúde na escola é necessário reconhecer que o ambiente social, familiar e escolar dos estudantes vão influenciar suas escolhas saudáveis e dessa forma, a parceria entre a escola e os serviços de saúde é fundamental para ampliar e fortalecer as iniciativas locais e potencializar recursos.



²Carta de Ottawa, 1986.

ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER SAÚDE NA ESCOLA

INSTITUCIONALIZAÇÃO

Nomeação, pelo gestor (nível local ou central), do grupo de trabalho que vai atuar no projeto de promoção da saúde.

Estabelecimento de cronograma de trabalho de acordo com as agendas dos setores envolvidos.

Identificação de recursos humanos, financeiros e estrutura necessária.

Pactuação da responsabilidade de cada setor envolvido na disponibilidade dos recursos.

Estabelecimento de fluxo para atendimento integral à saúde na rede de serviços.

PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO

Envolvimento de representantes dos diversos parceiros desde o início do planejamento.

Definição do foco de atuação a partir das necessidades identificadas e priorizadas pelo grupo.

Participação de representantes do setor saúde no planejamento pedagógico anual da escola.

Inserção de conteúdo relacionado à saúde de forma transversal nas disciplinas da escola.

Identificação de parceiros potenciais governamentais e não governamentais, de acordo com as propostas construídas pelos participantes.

Estabelecimento de rotina para avaliação das atividades

Organizar o processo de trabalho do grupo (comunicação e agenda)

IMPLEMENTAÇÃO

Utilização de metodologias participativas de ensino aprendizagem que potencializem a autonomia e a mobilização comunitária.

Estímulo a ações que contribuam para a melhoria da qualidade de vida no ambiente escolar

Identificação de ações que podem ser resolvidas localmente.

Encaminhamento emobilização da comunidade para a solução de problemas que não podem ser resolvidos localmente.

ANEXOS

Anexo A– Parecer do Comitê de Ética



SES
SECRETARIA
DA SAÚDE



CA nº 01/ 12 – CEP/HMI

Goiânia, 14 de março de 2012.

CARTA DE APROVAÇÃO

Protocolo Nº 01/12

Título do Projeto: “Práticas de Saúde na Escola: Abordagem Intersetorial”.

Investigador(a) Responsável: Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva

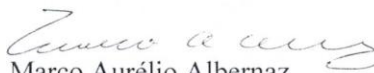
Prezado(a) Senhor(a),

Informo que na reunião mensal do **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil – CEP/HMI**, ocorrida no dia 09 de março do corrente, foi analisado e deliberado sobre o conteúdo do Projeto de Pesquisa em epígrafe, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, obtendo a aprovação segundo aos princípios éticos vigentes.

Informo, ainda, que a presente aprovação tem validade pelo período de tempo definido no projeto e caso hajam alterações no cronograma, ainda que alheias a vontade do pesquisador, estas deverão ser informadas a esse Comitê para fins de análise e deliberação.

Por oportuno, permito-me lembrar-lhe da necessidade de V.Sa. ter que elaborar e encaminhar à esse Comitê relatórios semestrais relativos ao andamento, encerramento, conclusão e publicação da pesquisa.

Atenciosamente,


Marco Aurélio Albernaz
Coordenador do CEP-HMI

Anexo B – Regras para publicação na revista INTERFACE

MANUAL DE INSTRUÇÕES AOS AUTORES E AVALIADORES - SCHOLARONE PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

A submissão de manuscritos é feita apenas online, pelo sistema Scholar One Manuscripts.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SEÇÕES

Dossiê — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

Artigos — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Debates — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação — textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, incluem-se quadros e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível [no link](http://issuu.com/revista.interface/docs/autorizacaoautor_revista_miriam_15_)

http://issuu.com/revista.interface/docs/autorizacaoautor_revista_miriam_15_.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em "Author Center" e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações no texto

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Exemplo:

Segundo Teixeira^{1,4,10-15}

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

- a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
- b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

"Os 'Requisitos Uniformes' (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM."

1

- c) Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, em espaço simples, fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas, sem itálico, terminando na margem direita do texto.

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver 2.

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor (es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Nota:

Autor é uma entidade:

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3ª ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

Séries e coleções:

Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor (es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Nota:

Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

*até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

*Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es).Local: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v (n): página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano;v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013:715-29.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:"

Com paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota:

Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILUSTRAÇÕES

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:

No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas online no endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será

encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte.

Mais detalhes, consultar o link:<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>