

NATHÁLIA PAULA DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO NA
PERSPECTIVA DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

Recife – 2012

Nathália Paula de Souza

**Avaliação das ações de saúde e nutrição na perspectiva do
Programa Saúde na Escola**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação (Mestrado em Nutrição) do Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Profº Doutor Pedro Israel Cabral de Lira

Co-orientador(a): Profª Doutora Poliana Coelho Cabral.

Recife – 2012

Catálogo na fonte
Bibliotecária Giseani Bezerra, CRB4-1738

S719a Souza, Nathália Paula de.

Avaliação das ações de saúde e nutrição na perspectiva do Programa Saúde na Escola / Nathália Paula de Souza. – Recife: O autor, 2012.

124 folhas : il. ; 30 cm.

Orientador: Pedro Israel Cabral de Liray.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Nutrição, 2012.

Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

Nathália Paula de Souza

**Avaliação das ações de saúde e nutrição no contexto escolar na
perspectiva do Programa Saúde na Escola**

Tese aprovada em: 08 de março de 2012.

Profº Drº Leopoldina Augusta de Souza Sequeira
Presidente

Profª Drª Alice Telles de Carvalho
Examinador externo

Dedico este trabalho a todos os nutricionistas e educadores que acreditam e buscam a construção compartilhada do “saber” na esperança de que com a posse do conhecimento o homem poderá fazer escolhas melhores para si e para a nação. Em especial dedico à minha grande e maior educadora: minha mãe. Ela que desde seu ventre ofertou a sua vida em prol da minha educação. A ti dedico as minhas escolhas e conquistas que são fruto do teu ensinamento.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Pai do Céu, Autor e Mestre da vida, pelo amor incondicional e poder imensurável que guia meus caminhos para a luz, me guarda e protege em meio aos desafios inerentes a jornada de jovem cristã.

Ao meu orientador Professor Pedro, pelo incentivo, paciência e conhecimentos repassados, além do exemplo de caráter, humildade e otimismo que contribuíram para minha formação como mestra e como pessoa. A ti dedico profunda admiração!

A minha querida Professora Leopoldina que com amor maternal e ética profissional, soube ser crítica, quando necessário; incentivadora, nos momentos de medo e cuidadosa como uma mãe. A ti meu carinho de filha.

A minha sempre “chefinha” Rosete Bibiana que com sua destreza e competência inquestionável, além do sorriso nos lábios e “chicote” na mão, colocava todos para trabalhar e logo depois oferecia afago de mãe.

Aos meus Pais, Pedro e Ivete, pelo exemplo de bravura, determinação, humildade e respeito, além do incentivo constante e confiança em minha capacidade de alcançar sonhos inatingíveis na minha concepção. Amo vocês!

A minha irmã Luana, meu eterno bebê, que sentiu com mais intensidade o reflexo dos meus momentos de aflição e medo sempre com palavras de incentivo e gestos fraternais. Amo-te incondicionalmente!

A minha amiga e irmã de coração Camila Mirtes, instrumento de Deus de incentivo e auto-estima, pela austeridade e amizade, por fazer acreditar na minha capacidade, reerguer minha vida e recomeçar sempre.

Aos professores Ivonaldo Leite e Alice Teles por aceitarem participar da banca examinadora dispondo de seus conhecimentos para o aperfeiçoamento desse trabalho.

A Professora Alice Teles que nos recebeu com carinho e atenção em seu local de trabalho e de forma competente e prática nos auxiliou no direcionamento dos dados coletados, contribuindo na elaboração do artigo dessa dissertação.

As colegas e amigas Fernandinha e Emilinha frutos do convívio no Laboratório de Saúde Pública, pelos esclarecimentos e ajuda na finalização desse trabalho.

A Neci e Cecília pela paciência e prontidão em facilitar os processos burocráticos exigidos pela pós-graduação.

Coordenadores do PSE, profissionais das Equipes de Saúde da Família e Escolas, além dos Nutricionistas que nos acolheram, dedicaram tempo e privacidade, relatando experiências, anseios e necessidades.

A minha família recifense Ana, Carol, Juli, Teca, Laura e Lua que acompanharam minha trajetória de sorrisos, lágrimas e “alarmes” espalhafatosos pelas madrugadas, aprendendo e ensinando que viver é partilhar e perdoar.

A Filipe Barros que tão recentemente surgiu em minha vida, mas se faz a cada instante mais importante pelo companheirismo, presença, paciência, cumplicidade e incentivo.

A Vilma Bezerra que me acolheu, acreditou na minha capacidade profissional, apoiou e foi compreensiva nos momentos de dificuldade que surgiram durante esses dois anos.

A amiga mãe Rosa Paixão que aconselhou, entendeu e por vezes, abdicou de muitas coisas para ajudar-me a concluir mais essa etapa em minha vida.

"Uma das questões centrais que temos de lidar é a promoção de posturas rebeldes em posturas revolucionárias... A mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação: no fundo, O NOSSO SONHO".

Paulo Freire

RESUMO

A “promoção da saúde” ocupa atualmente um espaço de destaque diante das inúmeras estratégias para o enfrentamento dos atuais problemas de saúde pública com destaque para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e obesidade. O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma iniciativa do governo federal com implantação em nível municipal, que busca a integração entre saúde e educação com o propósito de investir em prevenção de agravos e promoção da saúde no ambiente escolar, contribuindo para formação integral do indivíduo e oferecendo a autonomia necessária para agir em defesa da sua saúde e qualidade de vida. O presente estudo tem por objetivo descrever o processo de implantação das ações de saúde e nutrição do PSE em dez municípios do Estado de Pernambuco. Para isto, foram aplicados questionários semi-qualitativos, direcionados aos gestores da educação e saúde, profissionais da escola e Equipe de Saúde da Família (ESF) e o nutricionista de cada município da amostra. As variáveis foram organizadas de acordo com a “estrutura” do programa considerando os recursos materiais, humanos e organizacionais disponíveis, e o “processo” de promoção e prevenção, analisado em suas dimensões prática e das relações interdisciplinares. Os resultados, expostos na forma de artigo, contemplam os dados referentes ao processo de promoção da alimentação saudável e adequada nas escolas, e são relativos às entrevistas realizadas com os nutricionistas. Sendo assim, poucos nutricionistas realizavam ações de promoção da alimentação saudável de forma participativa e integrando comunidade escolar e família dos discentes, além disso, apenas metade dos municípios apresentou algum dado relativo ao estado nutricional dos alunos. Apenas três municípios ofereciam Frutas, Verduras e Legumes (FVL) na merenda e em todos havia venda de guloseimas próximo à escola. Por outro lado, o nutricionista questiona quanto ao excesso de atribuição, falta de apoio dos gestores e ausência de interdisciplinaridade no planejamento e execução das ações de alimentação e nutrição. Faz-se necessário então, o desenvolvimento de metodologias de avaliação e acompanhamento das ações de promoção da saúde e nutrição; maiores investimentos na formação dos profissionais de todos os níveis de gestão, garantindo a continuidade das ações e oferecer estrutura física, material e organizacional adequada aos profissionais que atuam na perspectiva de promover mudança de comportamento e hábito alimentar. Os resultados referentes à estrutura do PSE e outras ações de promoção da saúde, que também foram objeto de estudo da pesquisa maior, não estão descritos no corpo dessa dissertação. Estes sugerem que o programa segue em passos lentos seu processo de implantação nas diferentes áreas geográficas do Estado, apresentando dificuldades de alcançar a integralidade entre os gestores e profissionais da saúde e educação, no propósito de contribuir para uma formação generalista, humanista e crítica do indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: saúde escolar, promoção da saúde, prevenção de doenças, educação nutricional, avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

The "health promotion" now engages a place of importance over the many strategies for facing the current public health problems with emphasis on Chronic Non-communicable Diseases (NCDs) and obesity. The School Health Program (SHP) is a Federal Government initiative implementation at the municipal level, seeking the integration between health and education, it has the purpose of investing in disease prevention and health promotion in the school area, and contributing to the integral formation of individual and providing the necessary autonomy to act in defense of their health and quality of life. The present study aims to describe the process of implementation actions of health and nutrition of the SHP in ten counties of the State of Pernambuco. For this, semi-qualitative questionnaires were administered, directed to the health and education managers, school and the Family Health Team (FHT) professionals and the nutritionist from each city of the sample. The variables were organized according to the "structure" of the program, considering the material and human and organizational resources available, and the "process" of promotion and prevention, analyzed in its practice dimensions and of interdisciplinary relations. The results, exposed in the form of an article, include the data for the process of promoting healthy and adequate food in schools, regarding the interview with nutritionists. Thus, few nutritionists performed actions to promote healthy eating in a participatory and integrated school community and family of students, in addition, only half of the counties showed some data on the nutritional status of students. Only three counties offered Fruits and Vegetables (FVL) in their school lunch, however, all of them was selling candy near the school. On the other hand, the nutritionist complains about the over-allocation, lack of management support and lack of interdisciplinary approach in planning and execution of actions on food and nutrition. The results concerning the structure of the SHP and other health promotion activities, which were also the subject of major research study, are not described in the body of this dissertation, yet, it suggests that the SHP goes by slow process of implementation in different geographical areas the state. The program also presents difficulties to incorporate managers and professionals of Health and Education on an interdisciplinary way of contributing to a generalist, humanist and critical formation of the individual. Then, it's necessary the development of methods for evaluation and monitoring of actions to promote Health and Nutrition. These suggest that the program follows by slow its implementation process in different geographic areas of the state, presenting difficulties in achieving integration between managers and professionals in health and education, in order to contribute to a generalist, humanist and critical formation of the individual.

KEY WORDS: school health, health promotion, disease prevention, nutrition education, program evaluation and health projects.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CAE	Conselho de Alimentação Escolar
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF	Distrito Federal
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
Endef	Estudo Nacional da Despesa Familiar
EN	Estado nutricional
ESF	Equipe de Saúde da Família
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FVL	Frutas, Verduras e Legumes
GERES	Gerência Regional de Saúde
GTI	Grupo de Trabalho Intersectorial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ideb	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
IREPS	Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde
NASF	Núcleo de Atenção a Saúde da Família
NS	Não sabe
NSA	Não se aplica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde

PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PESN	Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição
PCN	Parâmetros Curriculares Nacional
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PSE	Programa Saúde na Escola
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPP	Projeto Político Pedagógico
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RT	Responsável Técnico
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	13
2.	REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1.	Mudanças contextuais do processo saúde/doença no Brasil.....	18
2.2.	Promoção da saúde como estratégia para melhorar a qualidade de vida.....	19
2.3.	Programa Saúde na Escola (PSE) no Brasil.....	22
2.4.	Interfaces da educação em saúde no contexto escolar.....	26
2.5.	Ações de saúde nas escolas brasileiras: experiências exitosas.....	30
2.6.	Transição nutricional: porque fazer educação nutricional nas escolas?	32
3.	METODOLOGIA.....	38
3.1.	Descrição da área de estudo.....	39
3.2.	População de estudo.....	39
3.3.	Desenho de estudo.....	39
3.4.	Seleção da amostra.....	45
3.5.	Etapas da coleta de dados.....	47
3.6.	Plano de análise dos dados.....	48
3.7.	Variáveis estudadas.....	49
3.7.1.	Caracterização dos municípios.....	49
3.7.2.	Relacionadas à estrutura do programa no que se refere aos recursos materiais disponíveis.....	49
3.7.3.	Relacionadas à estrutura do programa no que se refere aos recursos humanos disponíveis.....	51
3.7.4.	Relacionadas à estrutura do programa no que se refere aos recursos organizacionais.....	52
3.7.5.	Relacionadas ao processo de avaliação das condições de saúde dos escolares.....	53
3.7.6.	Relacionadas ao processo de promoção de saúde e prevenção de doenças nos escolares.....	54
3.7.7.	Relacionadas ao processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da educação e da saúde e jovens para o PSE.....	55
3.7.8.	Relacionadas ao processo de interdisciplinaridade entre os profissionais da saúde e educação.....	56
3.7.9.	Relacionadas ao processo de atuação do nutricionista como promotor da saúde.....	57
4	RESULTADOS.....	59
4.1.	Artigo 1: Ações de alimentação e nutrição saudável desenvolvidas por nutricionistas, em municípios do estado de Pernambuco, com foco no Programa Saúde na Escola.....	61

5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS.....	92
	APÊNDICES.....	100
	APÊNDICE A - Pesquisa sobre o PSE com o gestor da Educação.....	101
	APÊNDICE B - Pesquisa sobre o PSE com o gestor da Saúde.....	106
	APÊNDICE C - Pesquisa sobre o PSE com profissionais da escola.....	109
	APÊNDICE D - Pesquisa sobre o PSE com profissionais da ESF.....	113
	APÊNDICE E - Pesquisa sobre o PSE com o nutricionista.....	117
	APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	120
	ANEXOS.....	123
	ANEXO A - Termo de Aprovação do Comitê de Ética	124

Apresentação

É sabido que, no último século, houve melhoria nas condições de vida e saúde da população, fato este que pode ser mais evidenciado pelo aumento da expectativa de vida que cresceu de 50 anos, depois da II Guerra Mundial, para 69 anos em 1995 (BUSS, 2000). Em 2009, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010a), a esperança de vida dos brasileiros foi de 73,1 anos em média, porém com grandes variações regionais, sendo o Nordeste a região que apresentou menores valores (70,4 anos).

O IBGE (2010b) também publicou dados recentes sobre a evolução da mortalidade infantil no Brasil encontrando variação de 47 à 24 óbitos para cada mil nascidos vivos entre 1990 e 2008, respectivamente, o que representa uma redução de aproximadamente 50% em um período de 18 anos. Considerando que a taxa de mortalidade infantil é tida como importante indicador das condições de vida e de saúde da população esses dados podem representar possíveis melhoras na qualidade de vida.

Por outro lado, é possível observar a permanência de velhos agravos como doenças infectoparasitárias, desnutrição e anemia, ao mesmo tempo em que surgem novas doenças como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), drogas, violência urbana e periurbana, sexualidade precoce, sedentarismo, maus hábitos alimentares e o estresse. As desigualdades sociais entre países, dentro de um mesmo país e, até mesmo entre grupos sociais, assim como o investimento por muito tempo em medicina curativa podem ser importantes determinantes para a consolidação desse atual panorama de saúde.

Nesse contexto, a política de promoção da saúde e prevenção de doenças proposta pelo Programa Saúde na Escola - PSE reconhece o ser humano como parte integrante do meio em que vive e busca oferecer o conhecimento como forma de gerar reflexão e atitude e, assim interferir na tomada de decisão do indivíduo.

A escola é um ambiente de reflexão e formação de futuros cidadãos, além de ser o local onde as crianças e adolescentes passam a maior parte do tempo, por isso pode ser considerada o espaço mais adequado para atuar na promoção da saúde e nutrição e prevenção de agravos, contribuindo para a formação integral do indivíduo.

A rede pública de ensino no Brasil atende, em média, 26% da população do país envolvendo mais de sete milhões de crianças na Educação Infantil, trinta e três milhões no Ensino Fundamental, oito milhões de jovens e adolescentes no Ensino Médio, setecentos e

cinquenta mil jovens e adultos na Educação Profissional, além de cerca de cinco milhões e seiscentos mil cidadãos na Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2007a).

O PSE resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, propondo a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público (BRASIL, 2007a). A execução do Programa conta com o apoio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), representadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e das escolas, visando garantir construções compartilhadas de saberes apoiadas nas histórias individuais e coletivas, considerando a realidade local e respeitando o saber popular e formal.

As propostas de ações em saúde na escola podem visibilizar os fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade, tendo como objetivo a redução das vulnerabilidades e a ampliação da autonomia de sujeitos e coletividades.

Um dos componentes importantes do Programa é a promoção de hábitos alimentares saudáveis, tendo em vista o processo de transição nutricional marcado pelo aumento da obesidade, atualmente considerada um problema de saúde pública. Essa convergência mundial pode estar diretamente relacionada às atuais mudanças no padrão de nutrição e consumo, que acompanham as tendências econômicas, sociais e demográficas (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004). Estas decorrentes do mundo capitalista e globalizado, que traz avanços, mas que irracionalmente adotados resultam em retrocessos.

O PSE propõe a consolidação das ações de saúde e nutrição no ambiente escolar e, por se encontrar em etapa de implantação, necessita de monitoramento para que seja possível a continuidade das ações, assim como aperfeiçoamento das mesmas. Os resultados desse estudo poderão estimular novas discussões, locais e nacionais, subsidiando mudanças ou mesmo complementações em aspectos estruturais ou processuais do Programa. Além de identificar iniciativas que possam ser utilizadas como modelo e incentivo ao desenvolvimento de projetos nacionais, estaduais e municipais.

Desta forma, esse estudo objetivou avaliar as ações de saúde e nutrição do PSE, em alguns municípios do Estado de Pernambuco, divididos por área geográfica e através de indicadores de estrutura e processo. Além de fazer uma abordagem das possíveis limitações para implantação das ações prioritárias para o Programa, tendo em vista seus componentes básicos; descrever as experiências em saúde e nutrição, vivenciadas ou em fase de planejamento nos municípios, e identificar as principais dificuldades do (a)

nutricionista no planejamento, execução e continuidade das ações de alimentação e nutrição na perspectiva da promoção da saúde.

Foram utilizados os dados da entrevista com o nutricionista para elaboração de um artigo original intitulado “*O Programa Saúde na Escola e as Ações de Alimentação e Nutrição: uma análise exploratória*”, que será encaminhado para publicação no Periódico Ciência e Saúde Coletiva. As informações sobre estrutura do programa e demais ações de promoção da saúde, que também foram objeto de estudo dessa pesquisa, subsidiarão outros dois artigos que estão em fase de elaboração, mas não constituirão o corpo desta dissertação.

2

Revisão da Literatura

2. 1 Mudanças contextuais do processo saúde/doença no Brasil

A mudança de paradigma na compreensão do conceito de saúde e doença, atualmente vinculada às condições sociais, econômicas e culturais de um grupo de indivíduos, tem resultado na busca de melhores condições de vida (SEIDL; ZANNON, 2004). E mesmo diante dos evidentes avanços na área da saúde ainda persistem as desigualdades sociais e as antigas enfermidades, estando estas apresentadas com características do mundo globalizado e tecnológico que define as atuais tendências, desde o estilo de vida até o padrão de saúde da população.

Em princípio, o êxodo rural, caracterizado pela transição do homem do campo para a cidade transformou o Brasil em um país urbano, com cerca de 80% da população concentrada nas cidades, segundo Patarra (2000). Por outro lado, a redução da fecundidade de 6 à 8 para aproximadamente 2,3 filhos por mulheres (BATISTA FILHO, 2003), assim como a redução da taxa de mortalidade infantil para níveis médios de 22,5 por mil nascidos vivos, contribuiu para o aumento na expectativa de vida da população próximo à 73,1 anos, em 2009, segundo dados do IBGE (2010b).

Batista Filho (2003) ainda ressalta a melhora no acesso e cobertura das ações de saúde como o aumento do pré-natal, da cobertura vacinal e saneamento básico, entre outros fatores como importantes no processo de transição demográfica e epidemiológica. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Por outro lado, Josué de Castro, com sua visão futurista e pensamentos muito além do seu tempo, alertou a sociedade quanto à necessidade de utilização crítica da “ciência” visando atender aos anseios da humanidade. Ao mesmo tempo fomentava discussões acerca da pobreza e, mesmo inseridas em um contexto sócio-econômico bem diferente do atual, conseguiu enxergar a necessidade de trabalhar os problemas de alimentação e nutrição de forma interdisciplinar.

O desenvolvimento tecnológico está cheio de contradições, pois, na verdade, a tecnologia não tem ética, não é boa nem má, e pode, portanto, ser utilizada para o bem e para o mal – para fazer progredir ou para impedir o progresso. Até hoje a tecnologia trabalhou muito mais contra o desenvolvimento do Terceiro Mundo do que a seu favor (CASTRO, 2003, p.106-107).

A relação entre saúde pública e saúde nem sempre existiu, uma vez que eram estudadas e planejadas de forma individual e centrada nos cuidados médicos. A modificação do conceito de saúde, hoje entendido como bem estar e qualidade de vida e, não simplesmente ausência de doença aproximou essas áreas de estudo, em princípio através do “Informe Lalonde” (1974), considerado o marco inicial do conceito de promoção da saúde (GOULART, 2006).

A I Conferência Internacional sobre promoção da saúde deixou um legado de suma importância para a sociedade moderna, a Carta de Ottawa (CARTA..., 2002, p.19-27). Esta trouxe uma nova discussão sobre o conceito de saúde, que passou a ser entendido como *um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida*. Dessa forma, para se atingir a realização do potencial de saúde se faz necessário à implantação de um meio favorável, acesso à informação, estilo de vida saudável e oportunidades. Sendo assim, a promoção da saúde pode ser considerada um importante instrumento que promove o desenvolvimento pessoal e social, permite o acesso à informação, educação para a saúde e reforço das competências individuais e, por conseguinte habilita os indivíduos a fazerem opções mais conducentes com a saúde.

As políticas públicas saudáveis, por sua vez, tornaram-se essenciais para reduzir a chance de adoecimento, melhorar as condições de vida e assim prolongar a mesma, o que torna a saúde algo dinâmico, socialmente produzido e, não apenas o resultado de uma condição biológica.

Os avanços e conquistas do setor saúde, nos últimos séculos e, ao mesmo tempo a mudança no perfil de adoecimento, decorrentes das grandes transformações sociais, políticas, econômicas, avanços científicos e tecnológicos tornou a “promoção da saúde” uma das principais estratégias para enfrentamento dos atuais problemas de saúde pública.

2.2 Promoção de saúde como estratégia para melhorar a qualidade de vida

Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos – em Ottawa (WHO, 1986), Adelaide (WHO, 1988), Sundsvall (WHO, 1991) –, desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (BRASIL, 2002b). Este conceito de promoção da saúde vem sendo modificado ao longo dos anos e pode ser entendido atualmente como um processo de integração entre o papel da comunidade e a responsabilidade do poder público para garantia da saúde.

Envolve ações mais voltadas para comunidades, que englobam desde os cuidados com o ambiente físico, social, econômico, político, biológico e comportamental, até a valorização e preservação das características culturais, tendo em vista o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas, além da criação de ambientes e situações que possam favorecer escolhas saudáveis.

Segue abaixo trecho da Declaração de Santa Fé de Bogotá – documento de lançamento da promoção da saúde na América Latina - que tem como uma de suas premissas a conquista da equidade:

O papel da promoção da saúde consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações para aliviar seus efeitos, como também atuar como agente de transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes (DECLARAÇÃO..., 2002, p.45-47).

Tendo em vista os atuais problemas de saúde pública, que oscilam desde o consumo cada vez mais elevado de drogas e álcool até a coexistência de doenças emergentes e reemergentes; perpassando pelo aumento no número de idosos, da obesidade, sexualidade precoce, doenças sexualmente transmissíveis, além de outros agravos que se apoderam da sociedade moderna, a “promoção da saúde” vem sendo utilizada como importante estratégia para o enfrentamento desses males.

Em 2008, 63% das mortes no mundo foram atribuídas as DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ALWAN et al., 2010). No Brasil, mesmo com um aumento bruto de 5% na mortalidade por DCNT entre 1996 e 2007, houve redução de 31% para as doenças do aparelho circulatório e de 38% para as respiratórias, mas aumento de 2% para o diabetes (SCHMIDT et al, 2011).

Dentre as principais causas modificáveis das DCNT destaca-se o tabaco, que embora tenha sido reduzido no Brasil ainda apresenta prevalência de 17,2% (IBGE, 2009); a inatividade física, causa de morte de cerca de 3,2 milhões de pessoas no mundo (WHO, 2009); consumo nocivo de álcool, com 71% dos estudantes do 9º ano entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE (BRASIL, 2009a) relatando que haviam experimentado; pressão alta, identificada em 25,5% (IC 95% 24,3-26,7) das mulheres e 20,7% (19,1-22,2) dos homens com idade ≥ 18 anos, no Brasil (BRASIL, 2011a); além do elevado consumo de sal, que é um importante determinante de hipertensão e risco cardiovascular (WHO, 2010) e de gorduras saturadas e ácidos graxos *trans*.

Na tentativa de enfrentar a epidemia da obesidade e com ela o aumento das DCNT, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem propondo várias estratégias que possam agir sobre os diversos fatores causais tomando como bases legais a Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (BRASIL, 2004), a Portaria Interministerial nº 1.010 de 8 de maio (BRASIL, 2006a) que institui as Diretrizes para Promoção da Alimentação Saudável nas escolas de educação infantil, fundamental, e nível médio das redes públicas e privadas, além das perspectivas das Escolas Promotoras de Saúde da Organização Pan Americana de Saúde (2006). No Brasil, destacam-se iniciativas como a Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (BRASIL, 2006b), o Programa Saúde na Escola - PSE (BRASIL, 2007b), o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT – 2011-2022 (BRASIL, 2011b), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN (BRASIL, 2011c), o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (CAISAN, 2011d), entre outras.

A PNAN propõe estratégias para enfrentamento dos novos desafios no campo da alimentação e nutrição, considerando que as atuais necessidades de saúde da população são decorrentes das modificações epidemiológicas e socioeconômicas. A concretização do propósito da PNAN, através de seus princípios e diretrizes, requer articulação entre vários atores envolvidos com a questão da alimentação e nutrição, o que torna fundamental a definição de metas e ações concretas planejadas de forma intersetorial, com pactuação entre gestores (BRASIL, 2011e).

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) está inserida na segunda diretriz da PNAN, assim como prevista no segundo e terceiro eixo de ações estratégicas para alcance das metas propostas pelo Plano de enfrentamento das DCNT (2011) e Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (2011), respectivamente. Nesse contexto, envolve ações no ambiente escolar, a exemplo do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e PSE; regulação da composição nutricional de alimentos processados, prioritariamente da quantidade de sal e açúcar; redução do preço de alimentos saudáveis, para estimular o consumo destes, além da regulamentação da propaganda de alimentos, com foco no público infantil.

O exercício da autonomia e estímulo ao autocuidado dos sujeitos, propósito principal das ações de promoção da saúde, no contexto do PSE, é um processo que envolve ação integrada da Secretaria de Saúde, por intermédio das ESF, transcendendo os limites das UBS; da Secretaria de Educação, com foco nas escolas; dos discentes e da

comunidade, com enfoque na unidade familiar. Quando houver integração desses setores e direcionamento das ações para o enfrentamento das fragilidades locais, espera-se que seja possível, através da *informação* que gera *ação*, melhorar a qualidade de vida desse grupo social.

2.3 Programa Saúde na Escola no Brasil

Entre as várias estratégias para “promoção de saúde” lançada pelo Governo Brasileiro destaca-se o Programa Saúde na Escola, instituído pelo decreto presidencial Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, mas oficialmente lançado no dia 4 de setembro de 2008 na Escola Estadual Francisco de Assis, no Recife. Com cerca de 1.200 alunos, essa escola está localizada no Bairro da Imbiribeira, da capital pernambucana (REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2008).

O Programa é uma iniciativa intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de implementar ações de prevenção e promoção da saúde dos escolares, nas escolas públicas na perspectiva da atenção integral à saúde das crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público.

Existem alguns critérios de inclusão dos municípios nesse Programa e estes estão descritos, até então, na Portaria Nº 1.861, de 04 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008a) e Portaria Nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009b). Sendo assim, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), assim como a cobertura das ESF e a existência do Programa Mais Educação, foram os principais critérios utilizados pelo governo para selecionar os municípios que poderiam aderir ao Programa.

No início dessa pesquisa, em 2010, a adesão ao Programa dependia apenas do envio de uma Manifestação de Intenção a Adesão ao PSE e Ofício assinado pelo prefeito (ou seu representante) e Secretários de Educação e Saúde, além do Projeto do PSE. Atualmente, a adesão ao Programa depende da assinatura de um Termo de Compromisso Municipal, descrito na Portaria Interministerial 1.910 de 08 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011f), que estabelece o mesmo como instrumento para recebimento de recursos financeiros e materiais. Nesse documento, compartilhado entre as Secretarias de Saúde e Educação deve constar as metas das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde dos escolares.

A cláusula segunda do Termo de Compromisso refere-se ao repasse dos recursos financeiros e destaca que os incentivos serão remetidos aos municípios em dois momentos.

Em princípio, após a assinatura do Termo de Compromisso será repassado 70% do valor total e os 30% restantes será repassado após o cumprimento de 70% das metas municipais pactuadas. Em caso de não cumprimento dos 70% das metas, perde-se os 30% restantes do valor total e não será permitida renovação do Programa até que sejam alcançadas 70% das metas.

A cláusula terceira do mesmo documento define os parâmetros essenciais de cobertura das ações do PSE considerando seus componentes básicos. Deverão ser atendidos 500 escolares por ano por ESF para as ações do Componente I (Avaliação Clínica e Psicossocial) e 1000 escolares por ano por ESF para as ações do Componente II (Promoção e Prevenção à saúde). As nomenclaturas dos componentes antes tinham denominações diferentes, entretanto o foco das ações permanece os mesmos, ao mesmo tempo não existiam metas e parâmetros bem definidos para a fiscalização do Programa como descrito na portaria vigente.

O PSE está subdividido em cinco componentes principais, dentro dos quais são priorizadas algumas ações tendo em vista as principais preocupações atuais na saúde pública:

Componente 1: Avaliação Clínica e Psicossocial

Compreende avaliação antropométrica, avaliação oftalmológica, auditiva, nutricional, de saúde bucal e psicossocial, atualização do calendário vacinal, detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e de agravos de saúde negligenciados.

Componente 2: Promoção e Prevenção à saúde

Envolve a ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, educação para saúde sexual, reprodutiva e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) como a AIDS, promoção de práticas corporais e atividade física nas escolas, promoção da paz e prevenção da violência, promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Essas estratégias serão abordadas de acordo com os temas considerados prioritários para a comunidade.

Componente 3: Formação

Consiste na formação das equipes de educação, saúde e gestores para atuar no PSE, além da formação permanente de jovens como principais propagadores e promotores da saúde. Essa atribuição é responsabilidade das três esferas do governo e até então foram lançadas as seguintes estratégias: formação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), formação de jovens protagonistas para o PSE, formação de profissionais da saúde e educação nos temas relativos ao PSE, curso de prevenção do uso de drogas para educadores das escolas públicas, rede Universidade Aberta do Brasil.

Componente 4: Monitoramento e Avaliação da saúde dos estudantes

Pesquisa Estadual e Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) e Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica).

Componente 5: Monitoramento e Avaliação do PSE

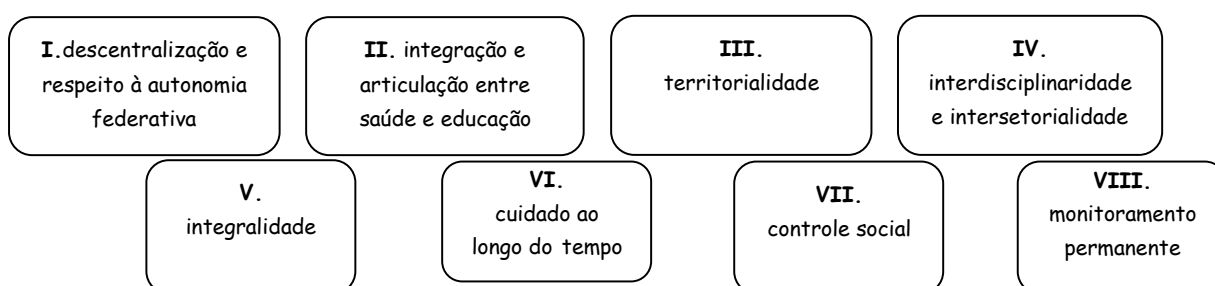
Através de indicadores criados para avaliar o próprio Programa.

Quanto aos objetivos do PSE, destacam-se:

- Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando as ações preventivas, além de estreitar vínculos entre as esferas da saúde e educação;
- Otimizar a utilização de espaços, equipamentos e recursos, através da articulação entre as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e da educação básica pública, ampliando o alcance e impacto dessas ações aos estudantes e familiares.
- Contribuir para formação integral dos discentes;
- Contribuir para construção de um sistema de atenção social, com ênfase na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde;
- Assegurar a troca de informações, entre unidades de saúde e escola, sobre as condições de saúde dos estudantes;
- Fortalecer a participação da comunidade nas políticas públicas;

Para otimizar as ações de promoção e prevenção, as escolas e ESF são contempladas com alguns kits. Para as escolas são destinados: balança eletrônica infantil, estadiômetro (medidor de altura) fixo, trena antropométrica, esfigmomanômetro (aparelho de medir pressão arterial), macro modelos odontológicos e conjunto de fio dental, espelho bucal e limpador de língua. Para as ESF: balança eletrônica; estadiômetro portátil; trena antropométrica; esfigmomanômetro infantil e adulto; estetoscópio pediátrico; infantômetro; macro modelo odontológico e conjunto de fio dental, espelho bucal e limpador de língua. É importante registrar que está sendo realizada nova revisão da composição desses kits, com vistas a fornecer materiais clínicos e pedagógicos de maior auxílio às ESF e escolas no desenvolvimento das ações de promoção e prevenção.

O decreto que instituiu o PSE propõe algumas diretrizes e objetivos que norteiam as ações do mesmo. Dentre as diretrizes para implantação do mesmo destacam-se:



O PSE tem por finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de promoção à saúde, prevenção das doenças e identificação de agravos ou doenças, na sua resolução efetiva. Para isso, é fundamental a articulação com os diversos setores da sociedade como: educação, cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, a sociedade civil, setores não governamentais e setor privado, entre outros, para o desenvolvimento de estratégias que contemplem a dimensão da vida.

A operacionalização das ações ocorre a partir da integração das escolas e UBS em seus territórios de responsabilidade. Todas as ações devem ser desenvolvidas na escola de modo mais articulado possível, aproximando e integrando os profissionais entre si, com os discentes e a comunidade.

Dessa forma, o PSE atende os requisitos da segunda diretriz da PNAN, através da promoção de um diálogo entre profissionais da saúde e educação e a população, contribuindo para o exercício do autocuidado. Por conseguinte, busca o fortalecimento da

autonomia dos indivíduos e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição.

2.4 Interfaces da educação em saúde no contexto escolar

Os primórdios da política de saúde do escolar remontam ao final do século XVIII e início do século XIX, com a criação do Sistema Frank, pelo médico Johan Peter Frank, que “(...) dispunha detalhadamente sobre o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais particularizando desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula” (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010, p.398).

No Brasil, os estudos sobre saúde escolar ganharam mais visibilidade no final do século XIX e início do século XX e, em virtude do contexto histórico marcado por grandes epidemias, estavam mais relacionados a questões de “higiene escolar”, voltados a uma prática higienista e assistencialista.

Apenas no início do século XX, após várias discussões sobre o conceito de promoção da saúde inserido na saúde pública e estendido às escolas, a Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde (IREPS) é então revista e apreciada. Esta vislumbrava, desde meados da década de 80, práticas integrais e interdisciplinares, considerando o indivíduo e suas necessidades no contexto social, econômico, político e ambiental em que está inserido.

Na Europa, a OMS estabeleceu metas de saúde para os próximos anos, tendo a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, assim como, os serviços de saúde um importante papel na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização. A Rede Européia de Escolas Promotoras de Saúde constitui uma iniciativa de caráter mundial articulada pela OMS (1992) para auxiliar no alcance dessas metas.

O resultado dessas ações vem mostrando efeitos positivos na Europa, a exemplo da avaliação do custo-efetividade das intervenções preventivas no ambiente escolar demonstrando que um euro gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de quatorze euros em serviços de saúde, amanhã (THESENVITZ, 2003).

As Escolas Promotoras de Saúde foram lançadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), na região da América Latina e do Caribe, em 1995, com o

objetivo de fortalecer e ampliar a colaboração entre os setores de saúde e educação nas práticas de saúde escolar. Contando com a cooperação dos pais e da comunidade impulsionando políticas dentro da escola baseadas na Carta de Ottawa (MOURA et al, 2007; IPOLLITO-SHEPERD, 2003).

No Brasil, o PSE segue em fase de implantação, tendo como grande inovação a utilização do modelo brasileiro de atenção primária, que são as ESF, como fundamentação teórica e prática do Programa. Outro grande avanço foi a inclusão da família como foco da atenção (RIBEIRO, 2004).

No âmbito educacional a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, surgem os temas transversais no currículo das escolas brasileiras (BRASIL, 2000), com o objetivo de trazer para o debate de sala de aula, ou da própria escola, as questões inerentes ao cotidiano dos alunos e da comunidade. A interdisciplinaridade não se trata de eliminar disciplinas, mas de criar movimentos que propiciem relações entre as mesmas, tendo como ponto de convergência a ação que se desenvolve num trabalho de cooperação.

A interdisciplinaridade nas atividades escolares, apesar de muitos avanços, ainda continua fragmentado. Ao escolher um tema comum para ser trabalhado com professores de áreas diferentes, Araújo (1998) percebeu que os mesmos não conversam entre si para planejar as ações. Sendo assim, a noção de interdisciplinaridade assemelha-se mais ao conceito de multi ou pluridisciplinaridade, em que os trabalhos com mesmo conteúdo são realizados por diferentes professores, não existindo uma sistematização que produza um novo conhecimento ou uma integração, de fato. Entretanto, Morin refere à necessidade da interdisciplinaridade, senão a transdisciplinaridade no processo educativo.

[...] Como nossa educação nos ensinou a separar, compartimentar, isolar e, não, a unir os conhecimentos, o conjunto deles constitui um quebra-cabeças ininteligível. [...] A incapacidade de organizar o saber disperso e compartimentado conduz à atrofia da disposição mental natural de contextualizar e de globalizar (MORIN, 2002, 42-43).

O campo da alimentação e nutrição é necessariamente interdisciplinar, uma vez que abrange a cultura, considerando todas as relações que envolvem o sentido e as práticas alimentares, além do saber técnico científico. Freitas (2008) relata que *nada é mais natural que comer e nada é mais cultural que as formas, as preferências e os sentidos da alimentação*. Sendo assim, se a questão alimentar e nutricional não for entendida em toda sua relevância e amplitude, não será tratada de forma coletiva e, certamente ficará reduzida a ações de intervenção individuais.

Vislumbrando a escola como um ambiente de interação e troca de experiências, a mesma pode contribuir para a formação crítica além de interferir diretamente na construção de valores, crenças e outros aspectos da personalidade do indivíduo (BRASIL, 2011g). Portanto, tem um papel transformador mediante promoção dos hábitos alimentares e estilos de vida mais saudáveis à medida que favorece ao discente, durante sua permanência na escola, escolhas alimentares adequadas.

Ao revisar as iniciativas de alguns estados em relação à regulamentação da comercialização de alimentos em escolas no Brasil, é possível identificar que apenas seis estados, todos do Sul e Sudeste e o Distrito Federal (DF), possuem algum documento legal, em tramitação ou vigência. Em Ribeirão Preto, o refrigerante foi retirado da lista dos proibidos por ser um dos produtos que gera mais lucro. O Rio de Janeiro, por sua vez, elaborou a lista dos alimentos proibidos com um texto de caráter educativo e de fácil entendimento com o propósito de incentivar o consumidor e não simplesmente proibir. Por outro lado, apenas o DF estendeu suas proibições aos ambulantes que se instalam nos arredores das escolas, na premissa de que proibições são necessárias ao processo educativo (BRASIL, 2007c).

A abordagem dos temas de saúde nas escolas, entre eles alimentação saudável, pode ser desenvolvida pelo professor assessorado ou anteriormente orientado pelos profissionais da saúde ou pode ser executado diretamente pelos profissionais da saúde com o auxílio dos professores, porém agendados previamente a partir de um planejamento integrado entre gestores e profissionais da educação e saúde. Para isso, o ambiente escolar deve estar coerente com o que se propõe ao fazer educação em saúde. A cantina pode ser transformada em um espaço de divulgação de informações sobre nutrição, mas faz-se necessário a regulamentação da ação dos ambulantes que cercam a escola.

Em um levantamento bibliográfico realizado por Bezerra (2002) constatou-se que os trabalhos elaborados com o tema alimentação e nutrição, nas escolas, eram desenvolvidos por engenheiros de alimentos, nutricionistas, médicos e psicólogos, havendo um desinteresse dos educadores e pedagogos. Mesmo quando inseridos no Plano Político Pedagógico (PPP) da escola, há dificuldade em trabalhar de forma transversal e interdisciplinar uma vez que poucos profissionais abraçam a proposta (CUNHA; SOUZA; MACHADO, 2010).

Por outro lado, é importante destacar que a necessidade de formação do professor fundamentada na prática, permitindo o manejo de questões referentes à saúde e de forma

continuada, assim como o estreitamento dos elos de discussões entre profissionais da saúde e educação, possibilitando troca de experiências, seria uma importante alternativa para aumentar a autoconfiança do professor ao abordar temas de saúde na sala de aula.

O professor é um ator especial no processo educacional, tanto que os alunos de especialistas em nutrição parecem aprender menos que os dos professores locais, uma vez que estes estão inseridos no contexto social e cotidiano dos discentes (DOYLE, 1994). O educador que conhece a realidade e compartilha da mesma com o educando tem mais facilidade para interagir e assim simplificar o processo ensino-aprendizagem.

Quando capacitados, os docentes sentem-se mais seguros do conteúdo teórico e mostram-se mais sensibilizados quanto ao seu papel enquanto modificador da realidade (DAVANÇO, 2004). Sendo assim, a detenção dos preceitos teóricos assim como o reconhecimento da importância do educador enquanto agente transformador e formador de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, são imprescindíveis para a adoção de uma postura conducente com essa realidade.

A partir do levantamento das necessidades da comunidade, discutem-se as prioridades e criam-se novas estratégias para enfrentá-las, buscando o desenvolvimento sustentável da mesma. A escola sozinha representa o pólo catalisador e irradiador do conjunto de ações de uma rede de atores comprometidos com mais justiça social e econômica, solidariedade e equidade, portanto, comprometidos com a promoção de saúde e a melhoria da qualidade de vida da população de seu entorno, comunidades, bairros, cidades, estados, macrorregiões e do próprio país.

As crianças também podem ser uma influência na família levando da escola para casa saberes, transmitindo e impulsionando o prazer pela atividade física e pelas escolhas alimentares saudáveis. Surge dessa idéia a importância da ação combinada entre a escola, a família e comunidade (REVISTA SOCIEDADE PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA SAÚDE ESCOLAR, 2006).

A escola é um ambiente de fundamental importância para o desenvolvimento de crianças, influenciando não apenas suas atitudes e comportamentos em relação à saúde, mas também suas ações enquanto cidadãos na comunidade, quando adultos (MOYSES et al., 2003).

A melhor contribuição que a saúde poderia oferecer à educação reside na possibilidade de uma ação integrada e articulada que, possa significar oportunidade de atualização dos educadores, capacitando-os para a tarefa de ministrar o discurso sobre

orientação à saúde de forma transversal e interdisciplinar na escola (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Quando for considerada parte integrante da atenção básica à saúde, a escola poderá oferecer respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção de conhecimentos e na prestação de serviços, direcionados ao fortalecimento do SUS.

A escola deve ser entendida como um espaço ideal para realização de triagens, em virtude da sua objetividade e importância das informações coletadas para o direcionamento das ações em saúde, a nível populacional. Porém, não deve ser utilizada para consultas médicas com o propósito da medicalização ou diagnóstico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem.

2.5 Ações de saúde nas escolas brasileiras: experiências exitosas

No início do Século XX, a idéia de saúde no ambiente escolar estava vinculada à saúde pessoal e à higiene. As ações estavam voltadas para inspeção médica de crianças, exames físicos, merenda escolar. Posteriormente, a escola passa a ser vista como local de mensagens e programas preventivos, através da “educação para saúde” que foi planejada como estratégia para prevenir comportamentos de risco nas escolas (STLEGER, 2007).

A filosofia de municípios saudáveis iniciou-se no fim dos anos 70, dentro de um processo de evolução conceitual da promoção à saúde e nos moldes propostos pela Carta de Ottawa. Nessa estratégia, os espaços públicos, como a escola, são percebidos dentro de uma ótica ampliada de qualidade de vida e por isso, considerados locais de suma importância para promoção da saúde (REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, p. 16, 2008).

A Portaria Interministerial Nº 1.010, de 8 de maio de 2006, institui as diretrizes para a promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, ensino fundamental e médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Um dos seus principais objetivos é pautar o tema junto aos estados e municípios e estimular o desenvolvimento de estratégias locais de promoção da alimentação saudável nas escolas, de acordo com suas especificidades.

São várias as ações e iniciativas locais isoladas voltadas para a saúde na escola. Entretanto, não havia, até então, a organização dessas ações em um programa de maior

abrangência, que pudesse reunir e incentivar a continuidade das mesmas, como propõe o PSE.

As experiências anteriores não obtiveram o êxito esperado em virtude da desvinculação dos profissionais de saúde com as famílias e a comunidade, além de descontinuidade e dificuldade da integralidade das ações. No projeto atual (PSE), a ESF, por meio de seus profissionais é responsável por um dado território, com um número específico de escolas.

Uma nova visão de escola baseada nos princípios da educação inclusiva, da participação e democratização do conhecimento proporciona maior extensão das ações em saúde ampliando o vínculo com a comunidade, além de inserir os temas de saúde no currículo dos escolares, o que supera a anterior abordagem transversal (CURITIBA, 2005).

Em Vitória no Espírito Santo, por exemplo, o “Projeto Aprendendo Saúde na Escola”, desenvolvido em um Centro Municipal de Educação Infantil, realizou atividades educativas com os temas: dengue, higiene pessoal, parasitose e destino dos resíduos sólidos. Com isso, fazendo da escola um local de atenção básica e incentivando uma atuação interdisciplinar dos profissionais de saúde (MACIEL et al, 2010).

A Revista Brasileira de Saúde da Família (2008), destinada às ESF, relata experiências de saúde na escola que antecederam o PSE como a da Escola Estadual Francisco de Assis, piloto no programa, que realizou inicialmente um diagnóstico da situação de saúde de seus escolares e detectou tendência à transição nutricional visto que 27,1% dos estudantes estavam com sobrepeso e obesidade. Também se detectou alunos hipertensos e outros em situação limítrofe, além de aproximadamente 70% com cáries dentárias.

Segue abaixo algumas experiências do PSE em nível nacional, divulgadas pela Revista do Ministério da Saúde referida anteriormente.

Desde 2005, em São Paulo, a ESF vem utilizando a “Terapia Comportamental” (instrumento que permite a promoção da vida e mobilização de recursos e das competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades), como instrumento modificador da realidade dos alunos. No ano de 2003, foi criado no estado do Tocantins, o Projeto Sorrindo para o Futuro, e, em 2007, a escola reuniu pais e alunos para construção de um escovódromo. A educação em saúde bucal é continuada com escovações diárias, planejamento a cada 15 dias e realização de oficinas e palestras bimestralmente.

Em Florianópolis, o “Projeto Educação Nutricional”, construção compartilhada de conhecimentos, que iniciou em 2006, vem acompanhando o crescimento e desenvolvimento das crianças através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Foram desenvolvidas ações de promoção à alimentação saudável nas escolas, além da realização de um trabalho de prevenção às doenças crônico-degenerativas e controle de carências nutricionais.

No interior de Minas Gerais, o projeto “Academia Viva” vem reduzindo o sedentarismo e o número de casos de depressão com atividade física e estímulo cultural. Por outro lado, o “Projeto Viver Saudável”, implantado na periferia de Goiânia, propõe a integração entre escola, profissionais de saúde e educação e a comunidade por meio do diálogo.

O “Projeto Olhar Brasil”, que surgiu da parceria entre Ministério da Saúde e Educação, visa identificar problemas visuais em alunos matriculados na rede pública de ensino fundamental (7 a 14 anos), jovens e adultos do Programa Brasil Alfabetizado e na população acima de 60 anos de idade. A elaboração do mesmo se fundamenta no fato de que os problemas visuais respondem por grande parcela da evasão e repetência escolar, pelo desajuste individual no trabalho, por grandes limitações na qualidade de vida, mesmo quando não se trata ainda de cegueira (BRASIL, 2007d).

Ao contrário de ações pontuais, as atividades de saúde na escola deveriam ser inseridas nos currículos de crianças e adolescentes como preconizado pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), contribuindo para formação dos alunos de forma contínua até atingirem a maturidade de escolher sobre os aspectos referentes à sua saúde.

2.6 Transição nutricional: porque e como fazer educação nutricional nas escolas?

Ao avaliar as tendências no cenário da nutrição através das últimas pesquisas nacionais (Estudo Nacional de Despesas Familiares – ENDEF, 1974/1975; Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN, 1989; Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS, 1995/1996; Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF, 2002/2003 e 2008/2009) é possível inferir um declínio considerável da desnutrição em crianças.

Por outro lado, tem-se presenciado um aumento na prevalência da obesidade em todo o mundo e, por conseguinte, de alterações metabólicas como intolerância a glicose, dislipidemia e hipertensão, aumentando o risco de desenvolvimento de Diabetes Melitus

tipo 2 e doenças cardiovasculares. Doenças essas, que no passado eram mais evidentes em adultos e hoje se tornam frequente em faixas etárias cada vez mais jovens.

Entretanto, atualmente convive-se concomitantemente com os “*velhos e novos males da saúde no Brasil*” (MONTEIRO et al, 1995). Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (BRASIL, 2009c) comprovam a persistência de problemas como a deficiência de ferro e vitamina A, ao mesmo tempo em que a POF (2008/2009) confirma a existência de desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população, como crianças indígenas (26%), quilombolas (16%), residentes na região norte do país (15%) e aquelas pertencentes às famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda (15%). Por outro lado, tem-se aumento das DCNT, a exemplo do diabetes tipo 2 cuja prevalência aumentou de 4,5% para 14,1%, em nove anos, no estado de Pernambuco (FIGUEIROA, 2009).

O processo de transição nutricional, demográfica e epidemiológica, decorrentes das mudanças ocorridas no contexto socioeconômico e demográfico, reflete a contínua mudança no perfil de adoecimento populacional, resultado de um estilo de vida inadequado, marcado pela associação entre má alimentação e nutrição e o sedentarismo, dentre outros fatores não modificáveis. Sendo assim, o aumento na incidência de doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e câncer entre crianças e adolescentes tem sido associado ao aumento da obesidade (ALVES; FIGUEIRA, 2010).

Ao longo de trinta e quatro anos o excesso de peso aumentou três e quatro vezes entre meninos e meninas de cinco a nove anos de idade, passando de 10,9% (1975-1975) para 34,8% (2008-2009), e de 8,6% para 32%, respectivamente. Por outro lado, em adolescentes esse aumento foi de três vezes entre as meninas e seis vezes entre os meninos (POF, 2008-2009).

Dados da III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição - PESN (UFPE, 2008) expressam a melhora do estado nutricional de crianças menores de cinco anos em relação ao retardo do crescimento, uma vez que esse indicador baixou de 16% para 8% em nove anos. Por outro lado, o sobrepeso/obesidade aumentou entre três à quatro vezes (8 – 10%), no mesmo período. Em adultos, a situação é ainda mais preocupante confirmando sobrepeso/obesidade em 49% dos homens e 57% das mulheres.

As mudanças ocorridas na composição da dieta da população das áreas metropolitanas do Brasil nos últimos anos também são evidentes e se caracterizam pela redução do consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos e aumento no consumo

de carboidratos, lipídeos e proteínas de origem animal (IBGE, 2004; LEVY-COSTA et al, 2005). A Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008/2009) identificou uma associação positiva entre o consumo de frutas e verduras, assim como de refrigerante e a renda. Por outro lado, associação inversa foi encontrada entre a renda e o consumo de arroz e feijão.

Em relação aos adolescentes são encontradas práticas alimentares comuns à faixa etária, marcadas pela redução no consumo de frutas e hortaliças (CARMO et al, 2006; TORAL; SLATER; SILVA, 2007) e aumento na ingestão de alimentos ricos em gordura, açúcar e sal, tais como bolachas recheadas, salgadinhos, doces e refrigerantes (FERRANTE et al, 1995), além da frequente omissão do café da manhã.

Vários são os fatores influentes na gênese da obesidade e segundo Oliveira e colaboradores (2003) a obesidade infantil está relacionada de forma inversa com a prática da atividade física e de forma direta com a existência de computador, vídeo-game e televisão nas residências. O mesmo autor, em 2009, ao avaliar a situação de insegurança alimentar em famílias com menores de cinco anos no Município de São João do Tigre, observou elevado grau de pobreza, baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e prevalência, quase generalizada, de insegurança alimentar quanto mais precárias eram as condições de vida.

As preocupações com a promoção da saúde cada vez mais se configuram em prioridades nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. E, dentre as diversas abordagens deste tema, destacam-se as implicações dos hábitos alimentares como fator de risco importante para a manifestação precoce de doenças crônicas como diabetes e obesidade em faixas etárias cada vez mais jovens, causando sérias preocupações para a saúde pública (COOK et al, 2003).

Diante dessa situação, merecem atenção especial as crianças e adolescentes, sendo a “educação”, assim como os meios de comunicação e a indústria de alimentos os principais veículos de informação para essas faixas de idade. Para isso se propõe maior rigidez no controle da propaganda de alimentos, em especial aquelas direcionadas ao público infantil, assim como intervenções de prevenção e promoção da saúde através da “escola” e meios de comunicação.

Por tudo isso, as ações de alimentação e nutrição têm sido priorizadas como forma de promoção e prevenção de agravos à saúde. O Programa Nacional de Alimentação Escolar é prioritariamente a ação de Segurança Alimentar mais atuante na escola. Tem um caráter suplementar e, por isso, não atua na redução das carências nutricionais. Apenas

oferece os requerimentos nutricionais diários para suprir as necessidades do indivíduo no período em que permanece na escola. A Diretriz V do PNAE preconiza a educação alimentar e nutricional para estimular a adoção voluntária de práticas alimentares saudáveis, que colaborem com a aprendizagem, o estado de saúde e a qualidade de vida do escolar (BRASIL, 2009d).

Na tentativa de enfrentar a epidemia da obesidade e com ela o aumento das DCNT, a OMS vem propondo várias estratégias que possam agir sobre os diversos fatores causais existentes, entre eles a propaganda de alimentos. Dentre as principais técnicas de marketing utilizadas pelas empresas alimentícias destacam-se a publicidade televisiva e o marketing de produtos alimentícios no ambiente escolar como grandes formadoras de opiniões interferindo diretamente nas escolhas alimentares, em especial de crianças.

Buscando discutir o assunto mais profundamente, a OMS (HAWKES, 2006) elaborou um relatório que examina o cenário regulatório do marketing de alimentos para crianças em aproximadamente 73 países. A publicidade televisiva é a técnica mais debatida e também a mais amplamente regulamentada, uma vez que em 85% dos países pesquisados tinham alguma forma de regulamentação e quase a metade (44%) tinha restrições quanto ao horário e conteúdo da publicidade televisiva dirigida ao público infantil.

Embora o marketing para crianças em escolas esteja crescendo em quase todos os lugares, apenas 33% dos países pesquisados têm alguma forma de regulamentação e somente alguns países fazem alguma restrição a essa prática. As escolas podem ser vistas como o lugar ideal para divulgar as mensagens publicitárias direcionadas a crianças, uma vez que é nela onde elas se concentram, garantindo o interesse e a qualidade das mensagens que circulam (HAWKES, 2006).

Ao analisar a publicidade de alimentos entre os anos de 2006 e 2007, Monteiro (2009) observou que aproximadamente 78% das peças publicitárias eram direcionadas ao público infantil. Sendo que, do total de 8009 anúncios 21,3% eram de fast foods, 19,2% de doces e sorvetes, 16,4% de salgadinhos de pacote, 11,8% de bolos e biscoitos doces e 9,8% de refrigerantes e sucos artificiais.

Em 29 de julho de 2010 foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 24 (BRASIL, 2010a), que representa um avanço na regulamentação da publicidade de alimentos no Brasil, mas que teve retirado todo capítulo dedicado à proteção das crianças. Em resumo, a resolução exige que qualquer publicidade de alimento com conteúdo

excessivo de açúcar, sódio, gordura saturada ou trans, seja acompanhado de advertências sobre os prejuízos que o seu consumo excessivo pode causar.

De acordo com Millstone e Lang (2002) a cada 500 dólares que são gastos pela indústria de alimentos na promoção de alimentos processados, a OMS gasta um dólar tentando promover hábitos alimentares saudáveis. Sendo assim, a regulamentação da propaganda de alimentos para crianças, focando as devidas restrições, pode ser uma das intervenções mais efetivas em termos de custo, disponíveis atualmente para os governos (MAGNUS et al, 2009).

O impacto de tais proibições sobre a dieta das crianças é difícil de ser avaliado, pois além da dificuldade em fiscalizar a execução das leis, principalmente em países subdesenvolvidos, as decisões internas podem ser enfraquecidas pela publicidade entre fronteiras (publicidade que se origina em outro país).

Triches e Giugliani (2005) ao avaliar a relação entre obesidade com práticas alimentares e conhecimentos de nutrição observou que as crianças com práticas alimentares menos saudáveis e menor conhecimento sobre nutrição apresentaram cinco vezes mais chance de serem obesas. Sendo assim, as autoras concluem que as crianças ainda possuem pouco conhecimento sobre nutrição e hábitos alimentares sugerindo que as escolas, os pais e a mídia têm veiculado mensagens insuficientes e ineficazes de hábitos alimentares mais saudáveis.

Fazer educação nutricional na Educação Infantil requer a utilização de ferramentas pedagógicas como jogos, elaboração conjunta de livros, aulas de culinária adaptadas, brincadeiras de arrumar geladeira e outras. É necessário que o educador nutricional saiba adaptá-las às diferentes fases do desenvolvimento da criança e para isso é necessário conhecer quais são mais eficazes a cada uma destas etapas (FREITAS, 2008).

As intervenções educativas que requerem mudança de hábito, como a “Educação Alimentar e Nutricional”, exigem paciência e dedicação por parte do educador, pois os resultados não são imediatos. Uma das causas do fracasso da educação em saúde na escola é a idéia fixa de que o conhecimento repassado sempre resulta em mudança de comportamento e atitude, quando muitas vezes desconsidera-se a história de vida do indivíduo, suas crenças, seus valores, sentimentos e outros aspectos intrínsecos e característicos de cada pessoa (GAZZINELLI et al, 2005).

Fazer educação considerando a realidade em que o indivíduo está inserido e de forma problematizadora, como proposta por Paulo Freire, pode contribuir para uma formação crítica e transformadora.

Enquanto na concepção “bancária” [...] o educador vai “enchendo” os educandos de falso saber, que são os conteúdos impostos, na prática problematizadora, vão os educandos desenvolvendo o seu poder de captação e de compreensão do mundo que lhes aparece, em suas relações com ele, não mais como uma realidade estática, mas como uma realidade em transformação, em processo (FREIRE, 2004, p.71).

Ao tentar verificar o impacto de palestras e programas de educação alimentar, Rodrigues (2006) observou que a primeira estratégia apresenta papel menos relevante diante do repasse do conhecimento e, por conseguinte na mudança de comportamento. Portanto, programas efetivos de promoção da saúde podem ser importantes na melhora dos hábitos alimentares. Os atuais pensamentos no âmbito da psicologia defendem a intervenção no ciclo “conhecimento” que gera “atitude” que pode conduzir à mudança de “comportamento”.

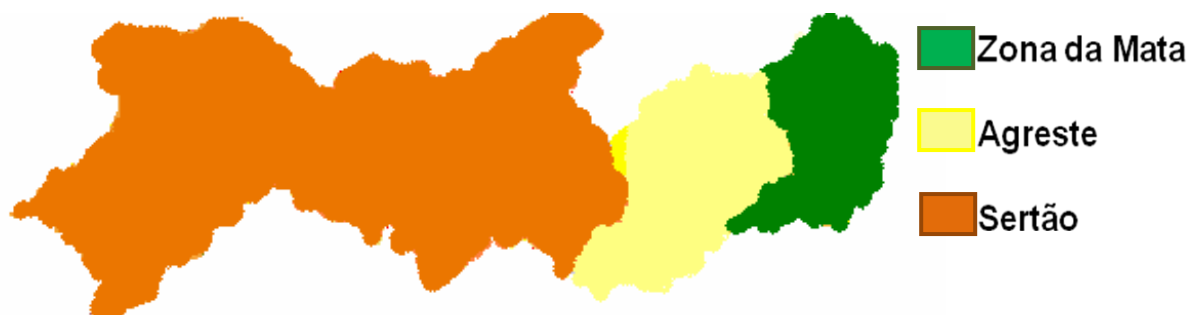
Para mudança de hábitos e estilos de vida se faz necessário, muito mais que transmitir conhecimentos. Espera-se a realização de ações integradas que visem à saúde das crianças, envolvendo família, escola, comunidade e, se possível, a própria indústria de alimentos. Além de um sistema de saúde que priorize a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Portanto, educar em nutrição é tarefa complexa, que deve considerar conhecimentos prévios, crenças, valores e predisposições pessoais. A mudança de atitude requer além do conhecimento, reflexão, tempo e orientação competente.

3

Metodologia

3.1 Descrição da área de estudo

A pesquisa foi desenvolvida em Municípios do Estado de Pernambuco, uma das 27 Unidades Federativas do Brasil, situado na região centro-leste da região Nordeste. Está dividido em três grandes regiões: Zona da Mata, Agreste e Sertão.



3.2 População de estudo

O estudo foi realizado em dez municípios do estado de Pernambuco. Em cada um deles foram entrevistados os gestores municipais das secretarias de saúde e de educação, podendo ser substituído pelo responsável direto pelo PSE (coordenador) das respectivas secretarias; o diretor e um professor por escola urbana e rural, estas selecionadas prioritariamente por meio de sorteio; o responsável direto pelas UBS, geralmente enfermeiro, e outro profissional que compunha a ESF de abrangência das escolas urbana e rural, previamente selecionadas; o nutricionista Responsável Técnico (RT) pelo PNAE ou da secretaria de saúde, quando o primeiro não se encontrava no município.

3.3 Desenho de estudo

A pesquisa foi realizada por meio de um “estudo de caso”, utilizando questionários com uma abordagem qualitativa e quantitativa para possibilitar a composição de um quadro mais completo da situação analisada. Todos os instrumentos de coleta de dados foram elaborados pela equipe de pesquisadores do referido projeto, testado em um município e revisados para reprodutibilidades nos demais municípios da amostra.

O primeiro questionário era direcionado aos gestores municipais da saúde e da educação tendo por objetivo identificar em que ponto se encontrava o processo de implantação do PSE (Apêndice A e B). Nas escolas, o (a) diretor (a) era questionado (a) quanto aos recursos disponíveis e utilização dos mesmos, e os professores quanto à continuidade no repasse das informações para os discentes e levantamento do tipo de ações prioritárias, até então desenvolvidas (Apêndice C).

Na UBS era realizado um levantamento da equipe multiprofissional responsável pelas escolas contempladas. Também eram questionados aspectos relacionados à operacionalização das ações prioritárias para o programa; sobre os diagnósticos das condições de saúde em cada esfera exigida (nutricional, auditiva, oftalmológica, clínica, psicossocial, bucal); ações desenvolvidas e planejadas; metodologia utilizada na execução das atividades (Apêndice D).

Os profissionais da saúde e da educação também eram questionados individualmente quanto ao nível de conhecimento e concepção sobre o Programa Saúde na Escola, descrever as ações de sua competência e possíveis dificuldades para implantação das mesmas.

Os aspectos relacionados à qualidade e quantidade, além da utilização adequada dos recursos materiais disponíveis (kit para escola, kit para a ESF, materiais didáticos); capacitação dos gestores; Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI); experiências positivas de ações de saúde na escola; integração entre as principais áreas envolvidas (saúde e educação) e integralidade no planejamento das atividades, foram questionamentos que constavam em todos os questionários, para que fosse possível garantir maior confiabilidade dos dados.

O Apêndice “E” apresenta informações do nutricionista baseadas na Portaria Interministerial Nº 1.010 de 08 de maio de 2006, com o objetivo de subsidiar informações referentes à área de alimentação e nutrição das escolas. Estas serão o instrumento básico para elaboração do artigo que compõe os resultados expostos nessa dissertação.

Os indicadores e dimensões de qualidade foram utilizados e classificados para compor as etapas de estrutura, processo e resultado, propostas por Donabedian (1988), sendo que a última etapa (resultado) não será analisada em virtude da atuação ainda recente do referido Programa. As subdivisões propostas por Contandriopoulos et al (1997), foi utilizada para subdividir a estrutura em recursos materiais, físicos e humanos e o processo, em dimensão técnica dos serviços e dimensão das relações inter-pessoais.

A dimensão técnica dos serviços ainda foi subdividida em três grupos de avaliação, considerando os componentes básicos do PSE, a saber: Componente 1: Avaliação das condições de saúde dos escolares; Componente 2: Promoção da saúde e prevenção de doenças e Componente 3: Educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens para o PSE. No componente 2 foi formado um subgrupo específico voltado às atividades de “alimentação e nutrição” (APÊNDICE E).

A organização e disposição das variáveis de acordo com as classificações propostas para avaliação desse Programa, nesse estudo, são de responsabilidade da autora deste trabalho e, constituem-se em um planejamento metodológico básico estando, portanto, aberto a críticas, sugestões e reorganização, visto que ainda existem muitos questionamentos e um vasto campo de estudo sobre a maneira e subdivisões utilizadas em avaliações de programas públicos.

Quadro 1. Seqüência metodológica dos indicadores de estrutura do programa saúde na escola, baseados nos dados da pesquisa.

ESTRUTURA		
INDICADORES	O QUE AVALIAR?	OBJETIVO
Recursos materiais		
1. Material didático e equipamentos completos	Identificar a chegada dos materiais e equipamentos enviados pelos Ministérios da educação e saúde para subsidiar as ações do PSE nos municípios contemplados.	1 a 6. Reduzir as queixas relacionadas a falta de materiais e equipamentos para executar as ações e quanto à logística de transportar os mesmos recursos ao se deslocar às escolas.
2. Destino dos materiais didáticos e equipamentos		
3. Equipamentos nas escolas		
4. Equipamentos nas ESF		
5. Conservação dos equipamentos		
6. Kit pedagógico nas escolas		
Recursos humanos		
7. Coordenador do PSE na educação	Ação e atitude dos coordenadores do PSE em nível de gestão;	7 a 8. Identificar o nível de envolvimento do gestor e sua satisfação na realização das atividades do PSE;
8. Coordenador do PSE na saúde		
9. Composição da ESF da zona rural		Quantidade de recursos humanos disponíveis são
10. Composição da ESF da zona		

urbana	humanos disponíveis nas escolas ESF;	suficientes ou existem déficits.
11. Quantidade de profissionais da ESF, suficiente		
12. Quantidade de profissionais das escolas, suficiente		
Recursos organizacionais		
13. Esclarecimento gestores quanto à implantação do PSE	Capacidade de organização dos gestores municipais, estaduais e federais em todos os aspectos que antecederam a execução das ações prioritárias.	13. Verificar a comunicação dos níveis estaduais e federais para com os níveis municipais de gestão , no que se refere à formação e informação sobre a implantação do PSE.
14. Esclarecimento do GTI quanto à implantação do PSE		14. Identificar o repassé das informações sobre o PSE, em nível municipal , para os membros do GTI;
15. Esclarecimento dos profissionais das ESF e escolas quanto à implantação do PSE		15. Verificar o nível de conhecimento dos profissionais da ponta (diretores, professores, membros ESF) sobre o PSE ;
16. GTI atuante		16. Verificar se as ações do PSE são planejadas de forma interdisciplinar pelos membros do GTI;
17. Outros representantes GTI		17 e 18. Identificar a capacidade de integração , em prol da promoção da saúde, dos diversos setores governamentais e não-governamentais ;
18. Parcerias intersetoriais		
19. Número de escolas por ESF		19. Verificar a logística utilizada na distribuição da cobertura das ESF por escolas ;

Quadro 2. Sequência metodológica dos indicadores do processo de promoção da saúde e prevenção de doenças, prioritários para o Programa Saúde na Escola, baseados nos dados da pesquisa.

PROCESSO		
INDICADORES	O QUE AVALIAR?	OBJETIVO
Dimensão prática		
Componente 1: Avaliação das condições de saúde dos escolares		
1. Diagnóstico do Estado Nutricional (EN)	Identificar precocemente casos especiais de crianças que necessitam de acompanhamento específico.	1 a 6. Intervenção precoce para evitar agravos mais complexos na situação de saúde do escolar.
2. Registro do EN no SISVAN		
3. Diagnóstico de saúde bucal		
4. Diagnóstico da acuidade visual e auditiva		
5. Avaliação clínica e psicossocial		
6. Diagnóstico de DCNT		
Componente 2: Promoção da saúde e prevenção de doenças		
7. Alimentação saudável	Execução de atividades voltadas para promoção da saúde e prevenção de doenças nos eixos prioritários da saúde.	7. Incentivar adoção de bons hábitos alimentares.
8. Aula de educação física e/ou ações de promoção relacionadas		8. Estimular a prática de atividade física.
9. Orientações sobre saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/AIDS		9. Redução dos elevados índices de gravidez na adolescência, DST/AIDS, etc.
10. Prevenção de violência e promoção da paz		10. Reduzir atos de violência dentro e fora da escola;
11. Prevenção do uso do álcool, tabaco e outras drogas		11. Diminuir o consumo de drogas lícitas e ilícitas.
12. Prevenção de acidentes		12. Evitar acidentes dentro e fora da escola.
13. Saúde bucal		13. Diminuir os elevados índices de problemas odontológicos.
14. Metodologias utilizadas		14. Buscar o interesse do aluno e contribuir para uma aprendizagem fluente.
Componente 2.1: Promoção da saúde e prevenção de doenças através da ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO		

15. Oferece frutas e verduras ao menos 3 vezes na semana	Compromisso do nutricionista com as atividades de promoção e prevenção da saúde no ambiente escolar.	15. Verificar a efetividade da Resolução nº 38 de 16 de julho de 2009, FNDE.
16. Possui horta escolar		16. Identificar iniciativas de interesse para o estado;
17. Venda de alimentos dentro das escolas		17 e 18. Verificar o nível de envolvimento do município/nutricionista com a campanha contra maus hábitos alimentares ;
18. Venda de alimentos próximo às escolas		19. Verificar a efetividade da Resolução nº 38 de 16 de julho de 2009, FNDE.
19. Levantamento de aceitação da merenda escolar		20 e 21. Identificar interesse em descrever o perfil nutricional dos escolares, tendo em vista a luta contra sobrepeso/obesidade .
20. Estado Nutricional dos escolares		22 a 24. Avaliar a qualificação dos manipuladores de alimentos para atuarem no PNAE.
21. Consumo alimentar dos escolares		25. Verificar a ação integral da educação nutricional, considerando o discente no meio em que vive e como importante agente multiplicador.
22. Capacitação com os manipuladores		26. Interesse em inserir o tema “alimentação e nutrição” na rotina da escola .
23. Motivo do treinamento/capacitação		
24. Temas do treinamento/capacitação		
25. Educação nutricional com os pais/responsáveis/família		
26. “Alimentação e nutrição” incluídos no PPP da escola.		
Componente 3: Educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens para o PSE		
27. Formação de jovens para	Formação de multiplicadores	27 a 29. Garantir a continuidade

promoção da saúde	para promoção da saúde e prevenção de doenças.	das ações através da formação de multiplicadores.
28. Formação de profissionais da educação		
29. Formação de profissionais da saúde		
Dimensão das relações interdisciplinares		
30. Interdisciplinaridade nas ações entre nutricionistas da saúde e educação	Interdisciplinaridade das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças nos diversos níveis de gestão.	30 a 32. Promover a integração das secretarias e profissionais da saúde e educação para planejamento e execução das ações de saúde na escola.
31. Interdisciplinaridade no planejamento das ações entre gestores da saúde e educação		
32. Interdisciplinaridade no planejamento das ações entre profissionais da saúde e educação		

3.4 Seleção da amostra

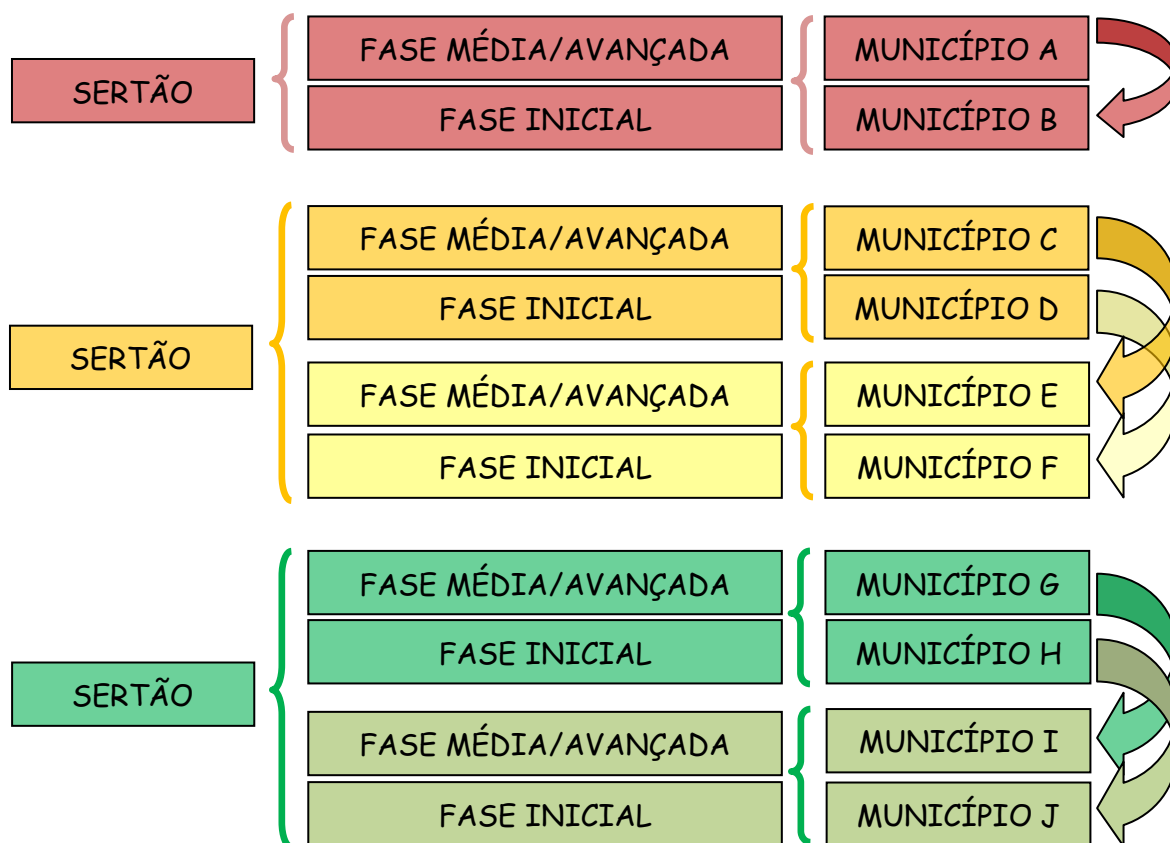
A Portaria Nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008b), foi a primeira a credenciar os municípios para recebimento de recursos, depois de manifestado interesse em aderir ao PSE. Foram selecionados nove dos vinte municípios contemplados no estado de Pernambuco e inseridos nessa Portaria, sendo quatro da Zona da Mata, três do Agreste e dois do Sertão de Pernambuco.

Para completar a amostra foi selecionado mais um município, este do Agreste, totalizando 10 municípios. Este último aderiu ao PSE em Portaria posterior (Portaria Nº 1.537/GM/MS, de 15 de junho de 2010), mas foi selecionado em virtude do trabalho de promoção da saúde já desenvolvido e apresentado na *I Mostra Nacional do Programa Saúde na Escola*, no ano de 2010, em Brasília.

Dentre os critérios de adesão dos municípios ao PSE, divulgado na Portaria 1.861 de 4 de setembro de 2008, destacam-se: menor Índice de Desenvolvimento da Educação Básica; 100% de cobertura populacional por ESF e existência de escolas participantes do Programa Mais Educação. Considerando os dez municípios selecionados para essa pesquisa, oito deles se enquadravam nos critérios de adesão do PSE dos itens 1 e 2 e os outros dois municípios atendiam ao critério descrito no item 3 acima.

Dentro de cada área geográfica os municípios foram divididos de acordo com o estágio de implantação do PSE. Sendo assim, dois municípios da Zona da Mata e do Agreste e um do Sertão, estavam em estágio de implantação médio ou avançado e a outra metade em estágio inicial.

Figura 1: Descrição dos municípios da amostra por área geográfica e fase de implantação do PSE.



O ponto de partida foi a seleção dos municípios que se encontravam em estágio médio ou avançado. Estes foram identificados através do histórico de desenvolvimento de atividades de promoção da saúde na escola, a partir de informações fornecidas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) ou que tivessem participado da I Mostra Nacional do Programa Saúde na Escola, evento que teve como objetivo descrever as diversas ações de saúde na escola que estavam sendo desenvolvidas no país.

Em seguida, foram pontuados os municípios em estágio inicial de implantação considerando os seguintes critérios de inclusão:

1º Ter sido contemplado na 1ª Portaria de Credenciamento Nº 2.931, dezembro de 2008;

2º Ser da mesma área geográfica de um município classificado em estágio avançado;

3º Estar situado na mesma Gerência Regional de Saúde (GERES), de um município em estágio avançado;

4º Ter características sócio-econômicas semelhantes e estar próximo de outro em estágio avançado;

Quadro 3: Descrição dos critérios de inclusão utilizados para seleção dos municípios que compuseram a amostra do referido estudo

FASE AVANÇADA	FASE INICIAL	GERES	DISTÂNCIA (Km)
Sertão			
A	B	(GERES VI) (GERES IX)	400 Km
Agreste			
C	D	(GERES V)	20,4 Km
E	F	(GERES II)	13 Km
Zona da Mata			
G	H	(GERES III)	88 Km
I	J	(GERES I)	43 Km

3.5 Etapas da coleta de dados

A coleta das informações foi iniciada no final do ano de 2010 e concluída em 2011. As entrevistas realizadas por único pesquisador, autora do trabalho, considerando a

necessidade de garantir a qualidade da coleta. Contou com apoio logístico para os deslocamentos entre Recife e os municípios do estudo, além da assessoria de uma equipe de pesquisadores (coordenador e supervisor de campo).

As entrevistas foram realizadas, preferencialmente, em sala reservada, norteadas por um roteiro semi-estruturado composto por duas partes: a primeira, com questões objetivas referentes ao perfil dos participantes e a segunda, com questões abertas que tinham por objetivo estimular os entrevistados a expressarem suas percepções, a importância, as expectativas e a avaliação individual sobre as ações de educação em saúde, na perspectiva do PSE.

Quando algum profissional foco das entrevistas não se encontrava no município no dia da visita era solicitado o contato do mesmo para realização posterior da entrevista por meio eletrônico ou telefone. As limitações financeiras do estudo impossibilitaram o retorno aos municípios.

Ao chegar em cada município a equipe dirigia-se inicialmente à Secretaria de Saúde, na qual era solicitado a planilha com o nome das UBS e escolas, respectivamente, contempladas com o PSE. Posteriormente, era realizado um sorteio para definir qual das escolas e respectiva ESF seriam visitadas, sendo uma na zona rural e outra pertencente à zona urbana.

Em seguida iniciávamos a entrevista com o responsável pelo PSE, na saúde, caso o secretário não estivesse presente ou preferisse que o coordenador do programa fosse o intermediador direto da pesquisa. O mesmo se procedia na secretaria de educação. Posteriormente procurava-se a escola da zona rural e urbana entrevistando o diretor ou responsável pela escola, caso aquele não estivesse presente, e um professor. Nas UBS a entrevista era realizada com o responsável pela mesma, geralmente o enfermeiro, e outro profissional da equipe multidisciplinar. Por último, tentava-se contato com o nutricionista do PNAE ou da Saúde.

3.6 Plano de análise dos dados

A digitação e análise dos dados quantitativos foram realizadas no Programa Excel. Todos os formulários foram criticados e pré-codificados antes da digitação.

A análise dos dados qualitativos seguiu o modelo da análise temática que, de acordo com Bardin (2009) baseia-se em operações de desmembramento do texto em

unidades, descobrindo os núcleos de sentido e posteriormente reagrupando em classes ou categorias. A primeira etapa, denominada pré-análise, busca compreender o material através de uma leitura flutuante e identificar a ideia central. Em seguida, busca-se apreender as características comuns em eixos ou categorias temáticas, que estruturaram os depoimentos. Por fim, segue o tratamento e interpretação dos dados através da articulação do tema, objetivo, questões e pressupostos da pesquisa com a literatura.

3.7 Variáveis estudadas

3.7.1 Caracterização dos municípios

- ❖ **Número de escolas por zona urbana e rural:** obtido a partir do gestor da educação o número de escolas, por zona urbana e rural.
- ❖ **Número de ESF por zona urbana e rural:** obtido a partir do gestor da saúde o número de Equipes de Saúde da Família por zona urbana e rural.
- ❖ **Número de alunos:** obtido a partir do gestor da educação o número estimado de alunos, baseado no censo do ano anterior.
- ❖ **Número de professores:** obtido a partir do gestor da educação o número estimado de professores da rede de escolas municipais.
- ❖ **Conselho de Alimentação Escolar (CAE):** classificado em: SIM para os municípios que possuem o CAE atuante e NÃO para aqueles que não possuem ou possuem, mas não exercem suas funções.

3.7.2 Relacionadas à estrutura do programa no que se refere aos recursos materiais disponíveis:

- ❖ **Material didático e equipamentos completos:** direcionado aos gestores da saúde e da educação. Classificou-se em: COMPLETOS quando todos os equipamentos e materiais didáticos destinados às ESF e escolas chegaram em quantidade e

qualidade adequadas; INCOMPLETOS quando chegaram, mas em quantidade insuficiente ou qualidade inadequada; Não se Aplica (NSA) quando não chegaram ao município.

- ❖ **Destino dos equipamentos:** direcionado aos gestores da saúde e da educação, tem por objetivo identificar onde se encontram, no momento da visita, os equipamentos recebidos. Classificou-se em: SECRETARIA, quando os equipamentos estavam nas secretarias; ESCOLAS/ESF, quando estavam distribuídos pelas escolas e ESF; Não sabe (NS) quando não se sabe o destino e NSA quando o município ainda não recebeu.
- ❖ **Equipamentos nas escolas:** direcionado às escolas e tem como objetivo confirmar ou não a presença dos equipamentos nas escolas. Classificou-se em: SIM para as escolas que receberam os equipamentos completos; ALGUNS para aquelas que receberam os equipamentos incompletos; NÃO para aqueles que ainda não receberam;
- ❖ **Equipamentos nas ESF:** direcionado às ESF e tem como objetivo confirmar ou não a presença dos equipamentos nas mesmas. Classificou-se em: SIM para as ESF que receberam os equipamentos completos; ALGUNS para aquelas que receberam os equipamentos incompletos; NÃO para aqueles que ainda não receberam;
- ❖ **Estado de conservação dos equipamentos:** direcionado aos diretores das escolas e responsáveis pelas ESF. Classificou-se em: BOM, quando os equipamentos se encontravam em perfeito estado de uso e conservação; REGULAR, quando algum deles apresentava-se com defeito ou em estado inicial de depreciação; RUIM, algum equipamento quebrado ou em estado de depreciação avançado; NSA, quando os equipamentos não se encontram nas unidades.
- ❖ **Kit pedagógico para as escolas:** classificou-se em: SIM, quando as escolas receberam o Kit, NÃO quando não receberam, NS quando o entrevistado não soube responder e NSA quando a escola não recebeu nenhum instrumento do PSE.

3.7.3 Relacionadas à estrutura do programa no que se refere aos recursos humanos disponíveis:

- ❖ **Coordenador do PSE:** direcionada ao responsável pelo Programa. Classificou-se em SIM, quando o coordenador do PSE estava voltado especificamente para o planejamento de ações desse programa ou outros relacionados à educação em saúde, PARCIALMENTE quando a pessoa referida como responsável acumulava atribuições e, sendo assim não considerava o programa como sua responsabilidade e prioridade, ou NÃO quando a secretaria não soube informar quem estava na coordenação do PSE. Esta variável foi descrita por secretaria (saúde e educação).
- ❖ **Composição da ESF:** as ESF foram classificadas como COMPLETAS quando possuíam o número mínimo de profissionais recomendada na legislação vigente no período da pesquisa (Portaria Nº 2.027, de 25 de agosto de 2011): 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde ou INCOMPLETAS, quando não havia a quantidade mínima de profissionais exigidos. Essa amostra foi estratificada por zona urbana e rural.
- ❖ **Número de profissionais da ESF suficiente:** foi aplicada aos profissionais das ESF, com o intuito de captar a opinião dos mesmos quanto à quantidade de profissionais e a demanda local, incluindo as atividades de educação em saúde nas escolas. Classificou-se em: SIM, quando o número de profissionais da ESF era suficiente para atender a demanda da UBS e fazer educação em saúde nas escolas, e NÃO quando não era possível conciliar as atribuições da UBS e das escolas, de acordo com a opinião do entrevistado.
- ❖ **Número de profissionais da educação suficiente:** direcionada a um professor de cada escola com o intuito de captar a opinião dos mesmos quanto à quantidade de profissionais e a demanda local, incluindo as atividades de educação em saúde. Classificou-se em: SIM, quando o entrevistado considerou que o número de profissionais da escola era suficiente para atender a demanda e fazer educação em saúde na sala de aula, e NÃO quando acreditava que não era suficiente.

3.7.4 Relacionadas à estrutura do programa no que se refere aos recursos organizacionais:

- ❖ **Esclarecimentos para os gestores quanto à implantação do PSE:** direcionada aos gestores das secretarias de saúde e educação. Classificado em SIM, caso o gestor tenha recebido alguma capacitação a nível estadual ou federal sobre o programa e processo de implantação do mesmo; NÃO, quando não recebeu nenhuma orientação; NS, se não sabia informar.
- ❖ **Esclarecimentos para o GTI sobre o PSE:** direcionada aos gestores das secretarias de saúde e educação. Classificado em SIM, caso o GTI tenha sido convocado para receber alguma orientação/esclarecimento sobre o programa; NÃO, quando não recebeu nenhuma orientação; NS, se não sabia informar.
- ❖ **Esclarecimentos para os profissionais da saúde e educação sobre o PSE:** direcionada ao diretor das escolas e coordenador das ESF, urbana e rural. Classificado em SIM, quando o GTI ou coordenadores do programa elaboraram alguma reunião para apresentar o PSE aos profissionais da escola e ESF, ressaltando a relevância do mesmo para a comunidade escolar e seu entorno; NÃO, quando não receberam nenhuma orientação; NS, se não sabia informar.
- ❖ **GTI atuante:** direcionada aos coordenadores da saúde e educação, com o objetivo de verificar o nível de concordância entre os mesmos no que se refere à atuação do GTI. Em caso de discordância a informação foi averiguada ou anulada, mas apenas uma resposta foi considerada. Classificado em: SIM, quando o GTI era atuante, NÃO quando não exercia suas atividades.
- ❖ **Presença de representantes de outras áreas no GTI:** direcionada aos coordenadores da saúde e educação, com o objetivo de verificar o nível de concordância entre os mesmos. Em caso de discordância a informação foi averiguada ou anulada, mas apenas uma resposta foi considerada. Classificou-se em: SIM, quando existiam outras representações que não fossem da secretaria de saúde e educação; NÃO quando havia apenas representantes da educação e saúde;

NS quando o entrevistado não sabia informar os componentes do GTI; NSA, quando não sabia o que era o GTI.

- ❖ **Parcerias intersetoriais:** direcionada aos coordenadores da saúde e educação, com o objetivo de verificar o nível de concordância entre os mesmos. Em caso de discordância a informação foi averiguada ou anulada, mas apenas uma resposta foi considerada. Classificou-se em: SIM, quando o planejamento das ações do programa contava com o apoio de outras secretarias, Organizações Não Governamentais (ONG), conselhos municipais ou outras instituições; NÃO, quando todo planejamento e execução envolviam apenas o auxílio das secretarias de saúde e educação; NS, quando o entrevistado não sabia informar.
- ❖ **Número de escolas por ESF:** calculou-se a média geral entre o número de escolas por ESF, baseado nos dados fornecidos nas UBS visitadas nos dez municípios da amostra, destacando a diferença entre zona urbana e rural.

3.7.5 Relacionadas ao processo de avaliação das condições de saúde dos escolares:

As respostas para as variáveis desse quesito foram classificadas como: SIM, quando o diagnóstico ou avaliação havia sido realizado; NÃO, quando não foi executado e NS quando o entrevistado não soube responder. A exceção ocorre na variável “registro do Estado Nutricional (EN) no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)” na qual foi acrescida além das classificações anteriores, a opção NSA quando o EN não tiver sido diagnosticado.

As variáveis que seguem abaixo foram questionadas aos gestores da saúde e educação e, suas respostas são complementares, ou seja, quando apenas um dos gestores referiu a realização de determinada atividade de promoção da saúde, a mesma foi considerada presente para o respectivo município.

- ❖ **Diagnóstico do EN:** refere-se à existência de algum diagnóstico municipal que possa identificar prevalência de sobrepeso/obesidade e desnutrição, de acordo com os mais diversos índices e indicadores antropométricos disponíveis por faixa etária, em alguns ou todos os estudantes de algumas ou todas as escolas. Tendo como objetivo traçar o perfil epidemiológico desse grupo local.

- ❖ **Registro do EN no SISVAN:** verificar se os municípios que realizaram o diagnóstico do estado nutricional dos escolares estão inserindo esses dados no SISVAN. Classificado como: SIM, caso os dados coletados de EN tenham sido ou estejam sendo registrados no SISVAN; NÃO, quando o diagnóstico foi realizado, mas os dados não foram registrados no SISVAN; NS quando não souber informar e NSA quando o diagnóstico não tiver sido realizado.
- ❖ **Diagnóstico de saúde bucal:** compreende a avaliação das estruturas da cavidade bucal, com finalidade de diagnóstico segundo critérios epidemiológicos com o objetivo de traçar o perfil dos estudantes de algumas ou todas as escolas.
- ❖ **Diagnóstico da acuidade visual e auditiva:** procedimento de triagem oftalmológica em geral via Projeto Olhar Brasil, e auditiva, com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico do grupo alvo.
- ❖ **Avaliação clínica e psicossocial:** conhecer como anda o crescimento e o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens, levando em conta também os aspectos relativos à sua saúde mental.
- ❖ **Diagnóstico de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT):** compreende a avaliação médica para identificar alunos com suspeitas de hipertensão arterial sistêmica, diabetes ou outras doenças crônicas.

3.7.6 Relacionadas ao processo de promoção de saúde e prevenção de doenças nos escolares:

Todas as respostas para as variáveis desse quesito, exceto “metodologias utilizadas”, foram classificadas como: SIM, quando alguma ação foi desenvolvida; NÃO, quando não foi realizada e NS quando o entrevistado não sabia responder.

Os itens desse tópico foram direcionados aos diretores e responsáveis pelas ESF, e as respostas foram complementares, ou seja, se uma das escolas ou ESF tinha sido contemplada com alguma ação que não havia sido realizada em outra escola ou ESF, considerou-se que a respectiva atividade havia sido realizada no município.

- ❖ **Alimentação saudável:** compreende a realização de alguma atividade educativa de promoção da alimentação saudável e segurança alimentar.
- ❖ **Aula de educação física ou ações de promoção relacionadas:** informar se a escola desenvolve aulas ou atividades de incentivo ao menos uma vez na semana.
- ❖ **Orientações sobre saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/AIDS:** informar se as ESF e professores desenvolvem atividades educativas sobre prevenção das DST/HIV/AIDS.
- ❖ **Prevenção de violência e promoção de paz:** informar se as ESF e professores desenvolvem atividades de prevenção de violência e promoção da cultura da paz junto à comunidade escolar.
- ❖ **Prevenção do uso do álcool, tabaco e outras drogas:** informar se as ESF e professores desenvolvem ações educativas de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas.
- ❖ **Prevenção de acidentes:** informar se as equipes desenvolvem ações de prevenção de acidentes, junto à comunidade escolar, voltadas para crianças e adolescentes.
- ❖ **Saúde bucal:** informar se a equipe de saúde bucal esta desenvolvendo atividades de promoção de bons hábitos de higiene bucal e prevenção das doenças bucais (como cárie e doença periodontal).
- ❖ **Metodologias utilizadas:** descrever o tipo de metodologia utilizada como, por exemplo: PALESTRAS, ENCENAÇÃO, EXTRACLASSE, EVENTOS e OUTROS.

3.7.7 Relacionadas ao processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da educação e da saúde e jovens para o PSE:

Todas as respostas para as variáveis desse quesito foram classificadas como: SIM, quando alguma ação tinha sido desenvolvida; NÃO, quando não havia sido realizada e NS quando não sabe.

- ❖ **Formação de jovens para promoção da saúde:** direcionada para o gestor da educação e saúde. Refere-se à realização de educação permanente de jovens para Promoção da Saúde, ou seja, capacitação de adolescentes para que os mesmos possam se tornar multiplicadores de informações.
- ❖ **Formação de profissionais da educação:** direcionada ao gestor da educação. Refere-se à educação permanente e capacitação de profissionais da educação nos temas da saúde.
- ❖ **Formação de profissionais de saúde:** direcionada ao gestor da saúde. Refere-se à qualificação das equipes de saúde que atuarão nos territórios do PSE.

3.7.8 Relacionadas ao processo de interdisciplinaridade entre os profissionais da saúde e educação

- ❖ **Integração das ações entre nutricionistas da saúde e educação:** direcionada para os nutricionistas. Classificado em: SIM, quando o profissional acreditava que havia integração; NÃO, quando, na opinião do mesmo, não existia compartilhamento das ações e NSA, quando existia apenas um nutricionista no município.
- ❖ **Integração das ações entre os gestores da saúde e educação:** direcionada aos gestores da educação e saúde. Classificado como: SIM, quando o gestor acreditava que havia integração e NÃO, quando, na opinião do mesmo, não existia compartilhamento das ações.
- ❖ **Integração das ações entre os profissionais das escolas e ESF:** direcionada aos diretores e responsáveis pelas ESF. Classificado como: SIM, quando os profissionais acreditavam que havia integração e NÃO, quando, na opinião dos mesmos, não existia compartilhamento das ações.

3.7.9 Relacionadas ao processo de atuação do nutricionista como promotor da saúde:

As respostas para as variáveis desse quesito foram classificadas como: SIM, quando a nutricionista desenvolveu alguma atividade relacionada; NÃO, quando não foi realizada.

- ❖ **Frutas e verduras três vezes por semana:** verificar se as escolas oferecem ao menos 200g de frutas e hortaliças semanalmente, o que corresponderia a 3 ou mais vezes.
- ❖ **Horta escolar:** verificar se alguma escola possuía horta ativa no momento da entrevista.
- ❖ **Venda de alimentos dentro das escolas:** verificar se existia comércio de alimentos pouco saudáveis dentro das escolas.
- ❖ **Venda de alimentos próximo as escolas:** verificar se existia comércio de alimentos pouco saudáveis nas proximidades das escolas.
- ❖ **Aceitação do cardápio:** verificar se em algum momento foi realizada avaliação da aceitação ou pesquisa com sugestões relacionadas ao cardápio e suas preparações constituintes.
- ❖ **Avaliação do estado nutricional dos escolares:** verificar se havia sido realizada avaliação do estado nutricional para traçar o perfil nutricional dos alunos e funcionários através da mensuração do peso e altura dos mesmos.
- ❖ **Avaliação do consumo alimentar dos escolares:** identificar se foi aplicado algum questionário de consumo alimentar, como o disponível no SISVAN, para identificar hábitos alimentares e possibilitar intervenções precoces.
- ❖ **Capacitação/treinamento manipuladores:** investigar se houve elaboração e execução de atividades direcionadas aos manipuladores de alimentos, garantindo a produção de alimentos seguros do ponto de vista nutricional e higiênico-sanitário.

- ❖ **Motivo do treinamento:** verificar se as capacitações são realizadas periodicamente, apenas quando solicitado ou fundamentado em algum diagnóstico.
- ❖ **Temas do treinamento:** identificar os principais temas abordados nas capacitações, quando realizadas.
- ❖ **Educação nutricional familiares/comunidade:** identificar se havia sido realizada alguma atividade de promoção de hábitos alimentares saudáveis incluindo os pais, funcionários e a comunidade.
- ❖ **Alimentação e nutrição no Plano Político Pedagógico (PPP) da escola:** averiguar se o nutricionista tinha conhecimento da inserção da temática “alimentação e nutrição” no PPP das escolas.

4

Resultados

Os resultados deste estudo estão apresentados sob a forma de artigo científico original, conforme regulamentação do Colegiado da Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

- Artigo 1:

O Programa Saúde na Escola e as Ações de Alimentação e Nutrição: uma análise exploratória.

*O Programa Saúde na Escola e as
Ações de Alimentação e Nutrição:
uma análise exploratória*

RESUMO

A mudança no perfil de adoecimento da população reflete um novo desafio para a saúde pública no campo da alimentação e nutrição. Na busca de estratégias para o enfrentamento dessa situação destaca-se a promoção da saúde e prevenção de doenças. As ações de alimentação e nutrição, sob responsabilidade dos nutricionistas, subsidiaram este estudo, que teve por objetivo verificar o desenvolvimento de atividades de promoção da alimentação adequada e saudável no ambiente escolar, inseridos na perspectiva de educação em saúde e nutrição proposta pelo Programa Saúde na Escola. É um estudo qualitativo cuja avaliação dos dados seguiu o modelo da análise temática proposto por Bardin, através do qual foi possível desmembrar os discursos em quatro eixos. Poucos nutricionistas realizavam educação nutricional numa perspectiva integrada envolvendo membros da escola e da família. Apenas em metade dos municípios existia algum dado relativo ao estado nutricional dos discentes e em três eram ofertadas Frutas, Verduras e Legumes na alimentação escolar. Em todos havia venda de guloseimas próximo à escola. Por outro lado, questiona-se quanto ao excesso de atribuição, falta de apoio dos gestores e ausência de integração no planejamento e execução das ações de alimentação e nutrição.

Palavras-chave: educação nutricional, hábitos alimentares, nutrição escolar, nutricionista, promoção da saúde

ABSTRACT

The change in disease profile of the population, reflects a new challenge to public health worldwide in the field of Food and Nutrition. In pursuit of strategies for facing this situation, the "health promotion and disease prevention" is emphasized. The actions of Food and Nutrition in the counties, under the responsibility of the nutritionist, supported the above study, which helped to verify the development of activities to promote proper and healthy nutrition school environment, set in the perspective of Health and Nutrition education proposed by School Health Program (SHP). It is a qualitative study whose evaluation of the data followed the model of thematic analysis proposed by Bardin, through which it was possible to break up the speeches in four thematic areas. Few nutritionists performed nutrition education by an integrated approach involving members of the school and family. Only half of the counties there any data on the nutritional status of students and three were offered Fruits and Vegetables in school meals. All of them was selling candy near the school. On the other hand, the nutritionist complains about the over-allocation, lack of management support and lack of interdisciplinary approach in planning and execution of actions on Food and Nutrition.

Keywords: nutrition education, eating habits, school nutrition, nutritionist, health promotion

Introdução

No Brasil, alguns autores relatam um aumento crescente da obesidade, assim como o declínio da desnutrição, nos últimos vinte anos^{1,2}. O processo de transição nutricional, demográfica e epidemiológica, decorrentes das mudanças ocorridas no contexto socioeconômico e demográfico, reflete a contínua mudança no perfil de adoecimento populacional, resultado de um estilo de vida inadequado, marcado pela associação entre má alimentação e nutrição e o sedentarismo, dentre outros fatores não modificáveis.

Ao longo de trinta e quatro anos o excesso de peso aumentou três e quatro vezes entre meninos e meninas de cinco a nove anos de idade, passando de 10,9% (1975-1975) para 34,8% (2008-2009), e de 8,6% para 32%, respectivamente. Por outro lado, em adolescentes esse aumento foi de três vezes entre as meninas e seis vezes entre os meninos³.

O atual padrão alimentar da população é marcado por alimentos com alta densidade calórica e baixa concentração de nutrientes, caracterizado pelo aumento no consumo de açúcares, gorduras saturadas e sal. Essa atual preferência por alimentos industrializados podem explicar, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas.

Na tentativa de enfrentar a epidemia da obesidade e com ela o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem propondo várias estratégias que possam agir sobre os diversos fatores causais tomando como bases legais a Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, a Portaria Interministerial nº 1.010 de 8 de maio de 2006 que institui as Diretrizes para Promoção da Alimentação Saudável nas escolas de educação infantil, fundamental, e nível médio das redes públicas e privadas, além das perspectivas

das Escolas Promotoras de Saúde da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e, o Programa Saúde na Escola, no Brasil.

Além disso, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), atualizada através da Portaria 2.715⁴ também propõe estratégias para enfrentamento dos atuais desafios no campo da alimentação e nutrição. A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) através de ações de promoção da saúde, proposta pela segunda diretriz, é considerada uma importante linha de ação para que o propósito da PNAN seja alcançado.

Segue abaixo trecho da Declaração de Santa Fé de Bogotá – documento de lançamento da promoção da saúde na América Latina - que tem como uma de suas premissas a conquista da equidade:

...o papel da promoção da saúde consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações para aliviar seus efeitos, como também atuar como agente de transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes... (BRASIL, 2002, p.45-48)⁵

Entre as várias estratégias para promoção de saúde lançada pelo Governo Brasileiro destaca-se o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial Nº. 6.286 de 2007. O referido programa propõe uma política intersetorial entre Saúde e Educação na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e na educação de jovens e adultos). A iniciativa conta com o apoio dos membros da comunidade escolar, das Equipes de Saúde da Família (ESF) e da comunidade local.

O programa está subdividido em cinco componentes principais, a saber: Componente 1: Avaliação das condições de saúde dos escolares; Componente 2: Promoção da saúde e prevenção de doenças; Componente 3: Educação permanente e capacitação dos

profissionais da educação e da saúde e de jovens para o PSE; Componente 4: Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes e Componente 5: Avaliação do PSE.

Ao adicionar a escola à rede de espaços que compõem a atenção básica à saúde pode-se contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Bógus et al⁶, a promoção da saúde no ambiente escolar envolve três aspectos principais: o enfoque integral, garantindo o crescimento e desenvolvimento saudável dos discentes; a criação de ambientes saudáveis dentro e nas proximidades da escola e a garantia de recursos na escola, unidade de saúde e instituições da sociedade civil com o intuito de contribuir para o atendimento integral à criança e adolescente.

O PSE acata os requisitos da segunda diretriz da PNAN, através da promoção de um diálogo entre profissionais da saúde e educação e a população, contribuindo para o exercício do autocuidado. Dessa forma, busca-se o fortalecimento da autonomia dos indivíduos e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição, como propõe alguns princípios da mesma Política.

O presente artigo foi baseado no projeto intitulado “*Avaliação das ações de saúde e nutrição na perspectiva do Programa Saúde na Escola*”, desenvolvido entre o ano de 2010 e 2011 e tem como objetivo analisar o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no âmbito da alimentação e nutrição no ambiente escolar, como proposto em uma das ações do componente 2 do PSE.

Métodos

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizado através de entrevista semi-estruturada com nutricionistas de sete municípios do Estado de Pernambuco, região Nordeste do Brasil. Destes, dois localizam-se na Região do Sertão, dois no Agreste e três na Zona da Mata.

Os municípios foram selecionados levando em consideração os seguintes critérios de inclusão: 1. Integrarem a pesquisa mais ampla que norteia esse estudo; 2. Terem aderido ao PSE desde primeira Portaria de adesão, publicada em 2008, ou desenvolverem atividades de educação em saúde antes do início da pesquisa; 3. Apresentarem características socioeconômicas semelhantes, tendo em vista o agrupamento por Gerência Regional (GERES).

Em cada município um nutricionista era entrevistado, sendo priorizado o profissional da Secretaria de Educação, responsável técnico pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE, tendo em vista ser a escola o ambiente prioritário para o desenvolvimento de ações do PSE.

O questionário foi constituído por questões objetivas e abertas baseado na Portaria Interministerial Nº 1.010/2006⁷, que institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas. Para fundamentar a proposta deste questionário, o mesmo foi aplicado em um município, revisado e ajustado por uma equipe de apoio para definição da versão final.

O instrumento de pesquisa atende aos requisitos de documentos técnicos que incentivam a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), como: a. segunda Diretriz da PNAN; b. segundo eixo das ações estratégicas para alcance das metas propostas pelo Plano de Enfrentamento das DCNT (2011); c. terceiro eixo do Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (2011); d. segundo componente básico do PSE.

As entrevistas foram realizadas, preferencialmente, em local reservado seguindo um roteiro pré-estabelecido, composto por duas partes: a primeira, com questões objetivas referentes ao perfil dos entrevistados, incluindo informações como idade, sexo, anos de atuação e de profissão, além das ações de promoção e prevenção realizadas no município até o momento da visita; e a segunda, contendo questões abertas que possibilitavam aos

nutricionistas expressarem suas percepções sobre educação em saúde na escola, por meio do conhecimento da existência do PSE e o entendimento de suas atribuições no referido programa, além de destacar os principais desafios para realizar educação nutricional com os escolares.

A análise dos dados qualitativos seguiu o modelo da análise temática que, de acordo com Bardin⁸ baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, descobrindo os núcleos de sentido e posteriormente reagrupando em classes ou categorias. A inferência é a última etapa sendo realizada por meio das informações obtidas e tomando como base para discussões outras publicações científicas acerca dos temas abordados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Proc. No. 0428.0.172.000-10) e aos entrevistados foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A preservação da identificação dos municípios foi mantida por meio da citação de letras, assim como foi garantido o sigilo das informações prestadas pelos profissionais que participaram da pesquisa.

Resultados e Discussão

A pesquisa contou com a participação de sete nutricionistas sendo seis responsáveis técnicos pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e um pelas atividades da Secretaria de Saúde, alocado no Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF). A maioria do sexo feminino, com mediana de idade de aproximadamente trinta e quatro anos, variando de vinte e cinco a cinquenta e quatro anos. Quanto ao tempo de formação acadêmica a variação foi de dois a vinte e um anos como tempo mínimo e máximo, respectivamente.

A partir da análise dos depoimentos foi possível identificar as seguintes categorias temáticas relacionadas aos questionamentos realizados: a. atribuições do nutricionista no contexto do PSE; b. ações de nutrição e alimentação saudável; c. o PSE na perspectiva do nutricionista e d. desafios para realizar ações de educação alimentar e nutricional na escola.

ATRIBUIÇÕES DO NUTRICIONISTA NO CONTEXTO DO PSE

Ao analisar os depoimentos dos nutricionistas quando se questiona sobre suas atribuições, fica evidente o comprometimento com as atividades básicas da área de atuação. Sendo que as ações mais frequentes envolveram desde a elaboração de cardápios até o planejamento e execução de treinamentos para manipuladores de alimentos, quando se refere ao profissional da Secretaria de Educação.

Elaboro cardápios, faço treinamento com as merendeiras duas vezes por ano e visita bimestral nas escolas. (nutricionista A)

Orientação e treinamento das merendeiras, controle dos alimentos que chegam, controle na confecção das preparações servidas, atuação no controle da variedade dos gêneros que são pedidos na licitação. (nutricionista G)

Dessa forma, é possível atingir os objetivos referentes à sensibilização dos profissionais envolvidos com alimentação escolar, para que possam produzir e oferecer alimentos saudáveis, seguros e de qualidade.

Entretanto, as atividades de educação nutricional envolvem ações que ultrapassam a elaboração de refeições seguras e de qualidade e, portanto têm por objetivo conscientizar a população acerca da importância da alimentação para saúde e, por conseguinte promover

uma reflexão sobre seu comportamento alimentar⁹. Ao mesmo tempo procura resgatar a cultura alimentar, considerando, também, aspectos sociais, políticos e econômicos, além de acesso à terra, emprego e renda, educação e serviços de saúde, importantes para a aquisição dos alimentos e a manutenção da saúde.

Nessa linha, apenas uma das nutricionistas entrevistadas, referiu executar atividades relacionadas à promoção da alimentação saudável utilizando ações educativas que integram outros membros da comunidade escolar, como preconiza o PSE.

Sou coordenadora e nutricionista do NASF e além do atendimento no NASF faço educação nutricional com alunos, pais, professores e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). (nutricionista E)

Uma causa, provável, da reduzida presença de ações educativas na área de alimentação e nutrição pode ser o excesso de atribuições do nutricionista, traduzido por municípios em que o mesmo profissional se responsabiliza pelas atividades das secretarias de saúde e educação. Nesses casos, o nutricionista quase sempre prioriza uma função em detrimento de outra, ou seja, uma das secretarias é penalizada e nesta o serviço de nutrição torna-se deficitário.

Elaboro cardápios e pedidos no início do ano e eles são apenas ajustados ao longo do ano, mas atendo mais no ambulatório. Fico mais na saúde embora seja contratada pela educação. (nutricionista H).

Outras justificativas podem ser a baixa remuneração, limitação dos recursos humanos, assim como falta de clareza e prática profissional. Rodrigues et al¹⁰ na tentativa

de descreverem as condições de trabalho e o perfil dos nutricionistas egressos da Universidade Federal de Ouro Preto/MG encontraram que 59% desses profissionais possuíam dois ou mais vínculos empregatícios. Desses, 25% relatou satisfação profissional, 27% por melhoria salarial e 31% por ambas as causas. Este pode ser um importante indicador de deterioração da qualidade do serviço ao longo dos anos.

AÇÕES DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Alguns estudos^{11,12} ao descreverem as mudanças ocorridas na composição da dieta da população das áreas metropolitanas do Brasil, nos últimos anos, verificaram redução do consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos e aumento no consumo de carboidratos, lipídeos e proteínas de origem animal.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF-2008/2009)¹³ identificou uma associação positiva entre o consumo de frutas e verduras, assim como de refrigerante e a renda. Por outro lado, associação inversa foi encontrada entre a renda e o consumo de arroz e feijão. As práticas alimentares de crianças e adolescentes tem sido marcadas pela redução do consumo de frutas e hortaliças^{14,15} e a preferência por guloseimas e refrigerantes vem superando o consumo de alimentos saudáveis como frutas frescas, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)¹⁶.

Por isso, são priorizadas estratégias de educação alimentar como forma de enfrentar as atuais mudanças no perfil nutricional e epidemiológico que acometem a população em todas as faixas de idade, conforme Portaria 1.010, como segue:

- I - definir estratégias, em conjunto com a comunidade escolar, para favorecer escolhas saudáveis;
- II - sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos com alimentação na escola para produzir e oferecer alimentos mais saudáveis;

III - desenvolver estratégias de informação às famílias, enfatizando sua co-responsabilidade e a importância de sua participação neste processo;

IV - conhecer, fomentar e criar condições para a adequação dos locais de produção e fornecimento de refeições às boas práticas para serviços de alimentação, considerando a importância do uso da água potável para consumo;

V - restringir a oferta e a venda de alimentos com alto teor de gordura, gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e desenvolver opções de alimentos e refeições saudáveis na escola;

VI - aumentar a oferta e promover o consumo de frutas, legumes e verduras;

VII - estimular e auxiliar os serviços de alimentação da escola na divulgação de opções saudáveis e no desenvolvimento de estratégias que possibilitem essas escolhas;

VIII - divulgar a experiência da alimentação saudável para outras escolas, trocando informações e vivências;

IX - desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional das crianças, com ênfase no desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e educação nutricional; e

X - incorporar o tema alimentação saudável no projeto político pedagógico da escola, perpassando todas as áreas de estudo e propiciando experiências no cotidiano das atividades escolares.

Para fins de análise dos resultados, do referido estudo, sobre as ações de promoção de alimentação saudável e adequada, conforme requisito do PSE, convencionou-se que as ações estariam “muito presentes” quando detectadas em seis a sete municípios, ou seja, em todos ou na maioria deles; “presentes” quando em quatro ou cinco; “pouco presentes” quando em dois ou três e “muito pouco presentes” quando referida por apenas um entrevistado.

❖ Ações muito presentes

- Venda de alimentos não saudáveis “próximo” às escolas;

❖ Ações presentes

- Existência de horta em alguma escola do município;

- Venda de alimentos não saudáveis “dentro” das escolas;
- Realização de Avaliação do Estado Nutricional dos escolares;
- Realização de alguma atividade de educação alimentar e nutricional;

❖ Ações pouco presentes

- Oferta de Frutas, Verduras e Legumes na merenda escolar ao menos três vezes na semana;
- Envolvimento dos pais em atividades educativas;

❖ Ações muito pouco presentes

- Inclusão do tema Alimentação e Nutrição no Plano Político Pedagógico da escola;

A oferta de frutas e verduras ao menos três vezes por semana (200g/aluno/semana) na merenda escolar está previsto na Resolução nº 38 do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE como importante forma de incentivar e garantir o consumo desse grupo de alimento. Sendo assim, a presença da horta nas escolas, por sua vez, também pode ser importante instrumento de incentivo ao consumo de FVL promovendo uma alimentação saudável e adequada para os alunos através de reeducação alimentar, além de reduzir os custos da merenda escolar.

Por outro lado, a maioria das cantinas dentro e fora das escolas vende alimentos com alta concentração de gordura, açúcar e sal, contribuindo para estimular práticas alimentares não saudáveis¹⁷ e, dessa forma, diminuir o prazer de consumir alimentos mais saudáveis na infância e, por conseguinte, na vida adulta.

O marketing em alimentos tem importante influência sobre a construção de hábitos alimentares inadequados, essencialmente na infância. No Brasil, apenas seis estados, todos do Sul e Sudeste e o Distrito Federal (DF), possuem algum documento legal, em tramitação ou vigência, sobre a regulamentação da comercialização de alimentos em

escolas. Em Ribeirão Preto, o refrigerante foi retirado da lista dos proibidos por ser um dos produtos que gera mais lucro. O Rio de Janeiro, por sua vez, elaborou a lista dos alimentos proibidos com um texto de caráter educativo e de fácil entendimento com o propósito de incentivar o consumidor e não simplesmente proibir. Por outro lado, apenas o DF estendeu suas proibições aos ambulantes que se instalam nos arredores das escolas, na premissa de que proibições são necessárias ao processo educativo (BRASIL, 2007)¹⁸.

A OMS¹⁹ elaborou um relatório que examina o cenário regulatório do marketing de alimentos para crianças em aproximadamente 73 países. A publicidade televisiva é a técnica mais debatida e também a mais amplamente regulamentada, uma vez que em 85% dos países pesquisados tinham alguma forma de regulamentação e quase a metade (44%) tinha restrições quanto ao horário e conteúdo da publicidade televisiva dirigida ao público infantil.

Ao analisar a publicidade de alimentos entre os anos de 2006 e 2007, Monteiro²⁰ observou que aproximadamente 78% das peças publicitárias eram direcionadas ao público infantil. Sendo que, do total de 8009 anúncios 21,3% eram de fast foods, 19,2% de doces e sorvetes, 16,4% de salgadinhos de pacote, 11,8% de bolos e biscoitos doces e 9,8% de refrigerantes e sucos artificiais.

O nutricionista pode ser considerado importante ator social para a formação de hábitos alimentares saudáveis na medida em que contribui para melhorar o estado nutricional dos indivíduos e, por conseguinte, aumentar a capacidade de aprendizagem dos mesmos. Também pode contribuir na formação de docentes para que os mesmos possam reproduzir o tema em sala de aula e desenvolver atividades de educação nutricional com os próprios alunos.

A Resolução nº 38 define para fins do Programa Nacional de Alimentação Escolar, que será considerada educação alimentar e nutricional o conjunto de ações formativas que

objetivam estimular a adoção voluntária de práticas e escolhas alimentares saudáveis, sendo responsabilidade do nutricionista a coordenação das ações de alimentação escolar:

...a oferta da alimentação saudável na escola, a implantação e manutenção de hortas escolares pedagógicas, a inserção do tema alimentação saudável no currículo escolar, a realização de oficinas culinárias experimentais com os alunos, a formação da comunidade escolar, bem como o desenvolvimento de tecnologias sociais que a beneficiem.

A avaliação do estado nutricional pode ser o ponto de partida para o planejamento e direcionamento das ações de alimentação e nutrição, uma vez que oferece um diagnóstico da situação nutricional dos escolares, subsídio importante para o direcionamento das atividades. Por outro lado, a inclusão da família, parentes ou responsáveis é importante para garantir a continuidade dos hábitos alimentares saudáveis para além do ambiente escolar.

Os profissionais entrevistados, em geral, não souberam informar se o tema alimentação e nutrição estava incluído no Plano Político Pedagógico (PPP) das escolas. Sendo este um importante instrumento de promoção da saúde dentro da escola, e para isso exige uma elaboração participativa, a fim de contribuir para organização e dinamização das ações educativas²¹. Mesmo quando os temas de alimentação e nutrição estão inseridos no PPP há dificuldade em trabalhar de forma transversal e interdisciplinar, uma vez que ainda são poucos os profissionais que abraçam a causa²².

Em relação à didática utilizada para abordagem dos temas foi possível identificar a predominância de “palestras”, apesar da referência a outros métodos:

Realizei antes do PSE. Palestras sobre alimentação saudável, doenças crônicas não transmissíveis, entre outras, para alunos e professores e merendeiras. Lembrei que ainda cheguei a fazer uma palestra para as merendeiras dentro do PSE. (nutricionista G)

...músicas e brincadeiras sobre alimentação e lavagem das mãos, distribuição de cartilhas (consumo de FLV), palestra sobre alimentação saudável, grupos alimentares, pirâmide alimentar e sua importância; Distribuição de almanaques/gibis, palestra sobre o Prato Equilibrado, distribuição de gibis do Fome Zero e avaliação nutricional. (nutricionista I)

...oficina com ACS e professores para realizarem avaliação antropométrica dos alunos; palestras com pais e avós das crianças através do Hiperdia; capacitação das merendeiras; avaliação nutricional de alguns professores e inserção dos dados no SISVAN; projeto Lanche Saudável em algumas escolas; avaliação nutricional dos alunos uma vez por ano; oficina de beneficiamento de jenipapo com pais dos alunos. (nutricionista E)

Fazer educação nutricional na Educação Infantil requer a utilização de ferramentas pedagógicas como jogos, elaboração conjunta de livros, aulas de culinária adaptadas, brincadeiras de arrumar geladeira e outras. É necessário que o educador nutricional saiba adaptá-las às diferentes fases do desenvolvimento da criança e para isso é necessário conhecer quais são mais eficazes a cada uma destas etapas²³.

Alves²⁴ diferencia o professor do educador e ressalta a importância do “educador” na mudança de atitude, propósito da educação nutricional:

Educadores, onde estarão? Em que covas terão se escondido? Professores há aos milhares. Mas o professor é profissão, não é algo que se define por dentro, por amor. Educador, ao contrário, não é profissão; é vocação. E dotada de um grande amor, de uma grande esperança...

A realização de palestras em escolas parece não apresentar a eficácia esperada ao contrário de programas efetivos de promoção da saúde. Estes podem resultar em mudanças importantes no comportamento alimentar, melhorando os hábitos alimentares²⁵. Por outro

lado, metodologias integrativas e continuadas como hortas escolares e oficinas de alimentos, desde que com o apoio da família, comunidade, escolares e professores podem contribuir para formação de cidadãos mais conscientes e aptos a fazer escolhas alimentares mais saudáveis²⁶.

Boog²⁷ tenta descrever a complexidade que envolve o processo de educação nutricional e sua correlação com a segurança alimentar:

...é um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando o acesso econômico e social de todos os cidadãos a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social.

O PSE NA PERCEPÇÃO DO NUTRICIONISTA

A integralidade das ações de alimentação e nutrição entre os diversos setores da sociedade, em específico da saúde e educação, como proposto pelo PSE, foi destacada em trechos de alguns depoimentos.

O PSE é uma integração entre saúde e educação e se for bem executada consegue modificar hábitos alimentares. (nutricionista E)

Um programa de integração da secretaria de saúde com a educação visando prevenir os alunos sobre... problemas de saúde pública. (nutricionista G)

Uma proposta de trabalho articulado e integrado entre as áreas da saúde e educação, onde os assuntos e ações de saúde estejam inseridos no cotidiano da escola e no processo de aprendizado... (nutricionista I)

A responsabilidade pelas atividades propostas pelo Programa, não foi reconhecida por apenas um nutricionista entrevistado e, pode ter sido por desconhecimento sobre a existência e peculiaridades do PSE ou mesmo por dificuldades na operacionalização das ações. Sendo assim, o responsável técnico pela secretaria de educação transferiu as ações de educação nutricional para o profissional locado na secretaria de saúde, fato este que também reflete a ausência de integração entre estes profissionais, de setores diferentes, de um mesmo município. Essa situação dificulta a implantação do PSE tal como idealizado.

*... o PSE é o “trabalho das ESF” atendendo as escolas dentro de suas microáreas...
(nutricionista B)*

Por outro lado, é notável o descontentamento do nutricionista com o excesso de atribuições, o que pode ser considerado importante fator causal do comprometimento da quantidade e qualidade dos resultados em alguns serviços.

É um ótimo programa, mas as atividades de alimentação e nutrição deveriam ser mais executadas com “mais profissionais nutricionistas” inseridos no programa e não aproveitando os profissionais da saúde ou de outros programas... (nutricionista A)

Na concepção de aproximadamente metade dos nutricionistas o Programa em análise é um importante aliado na prevenção de agravos através da promoção da saúde

voltada para propagação de informações visando a mudança de atitude por iniciativa do próprio indivíduo.

... a intensificação dessas ações (promoção e prevenção) melhorariam os quadros comprovados de obesidade elevados e os de desnutrição que ainda são preocupantes e também fariam com que as crianças adquirissem hábitos saudáveis para toda a vida.
(nutricionista A)

Um programa que ajuda a cuidar melhor e orientar as crianças em relação aos cuidados com a saúde. (nutricionista H)

... ações de saúde inseridas no cotidiano da escola e no processo de aprendizado, envolvendo não só alunos mas a comunidade escolar e famílias. (nutricionista I)

Em meio à dimensão que envolve a situação alimentar e nutricional do país, esta deve ser tratada de forma interdisciplinar para não ser reduzida a ações pontuais e individuais. A interação entre saúde, por meio das ESF, e educação, por meio das escolas, pode contribuir para construção de forma participativa de práticas e estratégias para superação dos problemas de saúde locais. Além disso, a inserção da família nesse contexto representa importante avanço.

DESAFIOS PARA REALIZAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NAS ESCOLAS

Segundo Pires²⁸, o trabalho em saúde geralmente não tem como resultado um produto material. Assim sendo, o processo de educação nutricional requer tempo para

observação de resultados e, para que haja mudança de hábito, se faz necessário maior dedicação e trabalho contínuo, ao invés de ações pontuais.

As dificuldades para realização desse tipo de atividade são muitas e, entre as mais citadas pode-se destacar a falta de integração entre as secretarias e profissionais da saúde e educação.

...uma grande dificuldade é a integração entre saúde e educação, e dentro da própria secretaria de saúde... (nutricionista E)

Para que a prática em educação nutricional atinja os objetivos desejados é necessária a construção coletiva do conhecimento, através de planejamento prévio e integrando a escola, ESF, criança e família²⁹, abordando temas práticos e considerando o contexto social, econômico e cultural.

O excesso de atribuições, assim como a falta de apoio logístico e material são importantes aspectos que dificultam o trabalho do nutricionista no campo da promoção e prevenção da saúde. Como um efeito dominó, isso gera desmotivação, contribui para redução do rendimento do profissional e com o passar do tempo causa acomodação e conformismo com a situação instalada.

Trabalhar sem apoio material, pessoal, logístico, motivacional, vou ser muito sincera, hoje trabalho por obrigação nessa área, depois que comecei a trabalhar em prefeitura, desgostei totalmente da minha profissão, apesar de todas as resoluções hoje, em favor do profissional, a realidade continua outra, e os interesses continuam os mesmos. (nutricionista G).

Outro importante desafio para os profissionais que atuam na atenção primária, mais especificamente com promoção da saúde através da prevenção de doenças, como é o caso do nutricionista, é garantir a continuidade das ações uma vez que a mudança de atitude, que é o objetivo principal dessa intervenção não pode ser observada de imediato, ou seja, requer tempo, dedicação e persistência. Por isso, as condições de trabalho e, por conseguinte os métodos empregados durante esse processo são fundamentais para garantir ou não o envolvimento do aluno com os temas abordados.

Não existe apoio dos governantes para ajudar o nutricionista a desenvolver trabalhos de prevenção. Na própria escola não existem aulas com essa abordagem porque os professores não estão interessados. Dentro da escola existem barracas vendendo besteiras e dentre outras coisas as nossas atribuições tornam-se muitas e sozinhos não conseguimos dar conta de tudo. (nutricionista H)

Além disso, como se consegue fazer educação alimentar e nutricional, ressaltar a importância de hábitos alimentares saudáveis e da segurança alimentar e nutricional, através do acesso a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, garantindo as condições higiênico-sanitárias e de forma ambientalmente sustentável, em comunidades com precárias condições sócio-econômicas? Será esse o maior desafio atual desses profissionais? Segue alguns desafios, no ponto de vista de alguns nutricionistas, que dificultam a realização de ações de promoção da saúde no âmbito da alimentação saudável.

... as questões socioeconômicas e culturais, mudança de hábitos alimentares, trabalho articulado e integrado entre Saúde e Educação. (nutricionista I)

*Ter uma equipe para lhe auxiliar porque trabalho sozinha e as atribuições são muitas...
(nutricionista C)*

Outra dificuldade é a escassez de estudos bem como a existência de metodologias para avaliar a repercussão das intervenções nutricionais na mudança de hábito alimentar. Aqueles encontrados na literatura se mostram contraditórios uma vez que alguns relatam melhora nos conhecimentos nutricionais, atitudes e comportamento alimentar influenciando também nos hábitos alimentares da família, quando a educação nutricional foi utilizada como estratégia de intervenção³⁰. Por outro lado, Reinehr³¹ não encontrou diferenças significativas entre conhecimentos em nutrição de crianças e adolescentes obesos e eutróficos. Ou seja, o conhecimento parece não ser suficiente para mudar a prática alimentar levando a modificações no Índice de Massa Corporal (IMC).

Conclusão

A escola é um espaço de formação de cidadãos e contribui para o desenvolvimento de uma visão crítica e política do indivíduo. Dessa forma, a criança e adolescente, com a posse do conhecimento e consciente do melhor para sua saúde pode fazer escolhas pertinentes com uma qualidade de vida melhor para si, para aqueles com quem convive e, por conseguinte para a sociedade.

O presente estudo pontua alguns problemas, referidos pelos nutricionistas, que dificultam a execução das ações de promoção da alimentação saudável e adequada nas escolas, tais como: espaço físico e material inadequado; ausência de uma equipe de apoio no planejamento e execução das ações; excesso de atribuições; falta de integração no planejamento das ações e falta de apoio e reconhecimento dos gestores.

A educação nutricional, por sua vez, pode ser considerada importante instrumento de estímulo à mudança de hábitos alimentares e à adoção de estilos de vida mais saudáveis. Por isso, deve ser planejada por um profissional capacitado e que detém com mais segurança o conhecimento na área de alimentação e nutrição, neste caso o nutricionista.

As ações em promoção da saúde que almejam mudança de comportamento são ainda mais complexas e requerem atenção especial. Por isso, deve-se garantir a formação dos profissionais envolvidos no processo, assim como a continuidade das atividades e o planejamento prévio de todas as ações, sendo este planejamento organizado e executado de forma integrada.

As ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável podem ser desenvolvidas pelo nutricionista, contribuindo de forma fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças, dentro e fora do ambiente escolar. Alguns exemplos são a realização de avaliação nutricional e levantamento de consumo alimentar dos discentes, educação nutricional com inserção da família e comunidade, capacitação dos manipuladores de alimentos e incentivo à construção de hortas escolares. Basta que, para isso, seja-lhes oferecida a estrutura física, material e organizacional de que necessita.

Por isso, o ambiente escolar deve ser transformado em um espaço ideal para incentivar práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças para que dessa forma as crianças, futuros jovens, adultos e idosos possam fazer escolhas mais corretas.

Por outro lado, o impacto da educação nutricional continuada na mudança de hábitos alimentares ainda se mostra pouco desvendado na literatura e assim surge a necessidade de desenvolver metodologias para avaliar até que ponto e de que forma as ações de promoção da saúde e nutrição podem resultar em mudança de atitude e comportamento.

REFERÊNCIAS

1. Alves JGB, Figueira F. Doenças do adulto com origem na infância. **Méd Book** 2010; (páginas)
2. Gallo SKAM. *Comportamento alimentar e mídia: a influencia da televisão no consumo alimentar de crianças do Agreste Meridional Pernambucano, Brasil* (tese). São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2011.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2008-200**: Antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010.
4. Brasil. Portaria Interministerial Nº 2.715 de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União** 2011; 18 nov.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Bógus CM, Westphal MF, Mendes, R, Santos KF. Promoção da Saúde no âmbito escolar: a Estratégia Escola Promotora de Saúde. In: Garcia RWD, Mancuso AMC, Organizadores. **Nutrição e metabolismo: mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda; 2011. p. 181-185.
7. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.010 de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. **Diário Oficial da União** 2006; 9 mai.
8. Bardin, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2009.

9. Rodrigues LPF, Roncada MJ. Educação nutricional no Brasil: evolução e descrição de proposta metodológica para escolas. **Com. Ciências Saúde**. 2008;19(4):315-322.
10. Rodrigues KM, Peres F, Waissmann. Condições de trabalho e perfil profissional dos nutricionistas da universidade Federal de Ouro Preto. **Cien Saude Colet** 2007; 12 (4): 1021-1031.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamento Familiar 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004.
12. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev. Saúde Pública** 2005; 39(4):530-540.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2011.
14. Carmo MB, Toral N, Silva MV, Slater B. Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba, São Paulo. **Rev Bras Epidemiol** 2006; p. 121-30.
15. Toral N, Slater B, Silva MV. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. **Rev Nutr** 2007; p.449-59.
16. Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.
17. Brasil, Ministério da Saúde. **A saúde pública e a regulamentação da publicidade de alimentos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

18. Brasil. ***Regulamentação da Comercialização de alimentos em escolas no Brasil: Experiências estaduais e municipais, Série B.*** Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
19. Organização Mundial da Saúde. ***Marketing de alimentos para crianças: o cenário global das regulamentações.*** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2006.
20. Monteiro RA. ***Influência de Aspectos Psicossociais e Situacionais sobre a Escolha Alimentar Infantil*** (tese). Brasília: Universidade de Brasília: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações; 2009.
21. Monfredini IO. O projeto pedagógico em escolas municipais: análise da relação entre a autonomia e manutenção e/ou modificação de práticas escolares. ***Educ Pesqui.*** 2002; 28(2):41-56.
22. Cunha E, Souza AA, Machado NM. A alimentação orgânica e as ações educativas na escola: diagnóstico para a educação em saúde e nutrição. ***Cien Saude Colet*** 2010; 15(1): 39-4.
23. Freitas KLS. ***Envolver ferramentas pedagógicas em educação nutricional*** (monografia). Rio Grande do Norte: UFRN; 2008.
24. Alves R. ***Conversas com quem gosta de ensinar.*** 6. ed. Campinas: Papirus; 2003.
25. Rodrigues T. ***Impacto de palestras versus programas de educação alimentar.*** In: Revista da Sociedade Portuguesa para o estudo da saúde escolar: Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Escolar; 2006. n. 2, p. 15.
26. Rodrigues LPF, Roncada MJ. Educação nutricional no Brasil: evolução e descrição de proposta metodológica para escolas. ***Com. Ciências Saúde*** 2008;19(4):315-322.
27. Boog M C F. Contribuição da educação nutricional à construção da segurança alimentar. ***Saúde Ver*** 2004; 6(13): 17-23.

28. Pires D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm** 2000; 53:251-263.
29. Bizzo MLG; Leder L. Educação Nutricional nos Parâmetros Curriculares Nacionais Para o Ensino Fundamental. **Revista de Nutrição** 2005; 18(5):661-67.
30. Müller MJ, Asbeck I, Mast M, Langnäse K, Grund A. Prevention of obesity-more than an intention. Concept and first results of the Kiel Obesity Prevention study (KOPS). **Int J Obes Relat Metab Disord** 2001; 25(Suppl 1):66–74.
31. Reinehr T. Ambulante Schulung ‘Obeldicks’ für adipose Kinder und Jugendliche. **Kinder-Jugendmed** 2001; 1:82-85.

5

Considerações finais

O grande desafio do nutricionista do século XXI está sendo a responsabilidade com a mudança nos padrões de saúde da população, marcado atualmente pela transição nutricional e epidemiológica. Estas, caracterizadas pelo aumento, em nível mundial e em todas as fases da vida, do sobrepeso e obesidade, assim como do sedentarismo e preferência por alimentos ricos em gordura, açúcar e sal. Entretanto, é importante ressaltar que, em países em fase de desenvolvimento, como o Brasil, essa situação coexiste com pobreza, desnutrição, doenças infectoparasitárias, refletindo precárias condições higiênico-sanitárias ainda existentes.

Diante dessa situação, o governo tenta traçar metas e desenvolver métodos de enfrentamento desses problemas, além de outros que envolvem, com maior incidência, crianças e adolescentes como as drogas, doenças sexualmente transmissíveis (DST), prostituição, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), problemas áudio visuais e odontológicos. Uma das propostas é o Programa Saúde na Escola (PSE), que tem por principal objetivo atuar em promoção da saúde e prevenção de doenças, incentivando a cumplicidade entre saúde e educação.

Durante a análise da implantação desse programa em alguns municípios do sertão, zona da mata e agreste de Pernambuco, foi possível identificar dificuldades comuns a todos. Esses dados, referentes à avaliação da estrutura do PSE, não foram descritos nessa dissertação, mas sugerem que o programa segue em passos lentos seu processo de implantação, apresentando dificuldades de integrar os gestores e profissionais da saúde e educação em um propósito interdisciplinar de contribuir para uma formação generalista, humanista e crítica do indivíduo.

Dentre as ações de saúde e nutrição prioritárias para o PSE, a educação bucal foi tida como a mais eficaz em todos os municípios da amostra, sua ação contava com macro modelos odontológicos, palestras, escovação, aplicação de flúor e distribuição de kits, disponibilizados pelo programa. Sendo assim, conseguia atrair a atenção dos alunos e provocar reflexão imediata, uma vez que a criança levava consigo os principais instrumentos para modificar sua atitude (escova, creme dental, fio dental).

Por outro lado, as ações de alimentação e nutrição, que foram o objeto de estudo do artigo exposto nessa dissertação, por almejar mudança de hábito alimentar não estavam sendo desenvolvidas com a assiduidade e desenvoltura que as ações de saúde bucal, nos municípios da amostra. A mudança de comportamento envolve cultura e condições sócio-econômicas e, por isso requerem intervenções integradas e continuadas.

O nutricionista, principal profissional habilitado ao desenvolvimento de ações voltadas à educação nutricional, pode contribuir para promoção de hábitos alimentares saudáveis e adequados, dentro e fora do ambiente escolar. Para isso, a escola deve ser transformada em um espaço adequado e condizente com o propósito da promoção da saúde e nutrição.

A oferta de frutas, verduras e legumes na alimentação escolar, preconizado em lei, ainda é insuficiente e realidade na minoria dos municípios, por outro lado a venda de guloseimas próximo às escolas e, por vezes dentro da mesma é uma situação corriqueira. O diagnóstico nutricional, instrumento básico para fundamentar o planejamento das ações de alimentação e nutrição para um grupo ou indivíduo tinha sido realizado em poucos municípios e as atividades de educação nutricional se limitavam em sua maioria à realização de palestras pontuais sem perspectiva de continuidade.

Segue algumas situações problemas que dificultam a execução das ações de promoção da alimentação saudável e adequada nas escolas, na concepção dos nutricionistas: 1. espaço físico e material inadequado; 2. ausência de uma equipe de apoio no planejamento e execução das ações; 3. excesso de atribuições; 4. remuneração injusta; 5. falta de interdisciplinaridade no planejamento das ações; 6. falta de apoio e reconhecimento dos gestores.

A exemplo de algumas ações e incentivos da nutrição no ambiente escolar pode-se destacar a realização do diagnóstico do estado nutricional e levantamento de consumo alimentar dos discentes, educação nutricional com inclusão da família e comunidade, capacitação dos manipuladores de alimentos, além do incentivo à construção de hortas escolares. Entretanto, para que essas atividades sejam viáveis é necessária a disponibilidade de uma estrutura física adequada, além de recursos materiais e organizacionais.

O PSE pode deixar de ser utopia e tornar-se realidade nos municípios, em princípio quando a educação e a saúde decidirem caminhar e traçar metas comuns, independente do nível de gestão. Quando estreitarem seus objetivos com a finalidade de promover saúde, prevenir doenças, lutar pela melhoria da qualidade de vida e autonomia do indivíduo gerada a partir do único instrumento que jamais poderá ser retirado de nós: “o conhecimento”.

Considerando as limitações dos instrumentos metodológicos utilizados para avaliação do referido programa, nesse estudo, é necessário o desenvolvimento de

pesquisas e investimentos voltados para grupos focais que busquem a elaboração de novas metodologias para avaliação de programas sociais, garantindo maior fiscalização das políticas públicas. Além de incentivos à pesquisa que possibilitem a mensuração do impacto das ações de educação nutricional na mudança de hábito alimentar.

Referências

ALVES, J. G. B.; FIGUEIRA, F. **Doenças do adulto com origem na infância**. 2. ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2010.

ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, London, n. 376, p. 1861-68, 2010.

ARAÚJO, Ulisses Ferreira. Apresentação à edição brasileira. In: BUSQUETS, et al **Temas Transversais e Educação**: bases para uma formação integral. São Paulo: Ática, 1998, p. 9-17.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.

BATISTA FILHO, M.; RISSI, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. S181-S191, 2003.

BEZERRA, J.A.B; **Comer na escola**: significados e implicações. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2002.

BÓGUS, Cláudia Maria; WESTPHAL, Márcia F.; MENDES, Rosilda; SANTOS, Katia Ferreira dos. Promoção da Saúde no âmbito escolar: a Estratégia Escola Promotora de Saúde. In: DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda; CEVATO-MANCUSO, Ana Maria. (Orgs.). **Nutrição e metabolismo**: mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, v. 1, p. 181-185.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: meio Ambiente e Saúde: temas transversais, 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BRASIL. Portaria nº 596, de 8 de abril de 2004. Institui Grupo Técnico Assessor com a finalidade de proceder análise da Estratégia Global sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde e, em caráter consultivo, fornecer subsídios e recomendar ao Ministério da Saúde posição a ser adotada frente ao tema. Diário Oficial da União, Brasília, nº 69, p.25, 12 abr. 2004. Seção 2.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.010 de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília-DF, nº87, p.70, 9 mai. 2006a. Seção 1.

BRASIL. Portaria Nº 687 de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília-DF, nº63, p.138, 31 mar. 2006b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais**, Brasília, 2007a.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, seção 1, p. 2, 5 dez. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamentação da comercialização de alimentos em escolas no Brasil**: experiências estaduais e municipais: série B. Brasília, 2007c.

BRASIL. Portaria Normativa Interministerial MEC/MS Nº 15 de 24 de abril de 2007. Instituir o "Projeto Olhar Brasil", que tem como objetivo identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração, visando reduzir as taxas de evasão escolar e facilitar o acesso da população idosa à consulta oftalmológica e aquisição de óculos. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde e Educação, nº80, p.04, 26 abr. 2007d. Seção 1.

BRASIL. Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, nº185, p.39, 24 set. 2008a. Seção 1.

BRASIL. Portaria Nº 2.931 de 04 de dezembro de 2008. Altera a Portaria Nº - 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, nº237, p.46, 5 dez. 2008b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE – 2009**. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: IBGE, 2009a.

BRASIL. Portaria Nº 3.146 de 17 de dezembro de 2009. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, nº242, p.83, 18 dez. 2009b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher**: PNDS, 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Resolução/CD/FNDE nº 38, de 16 de julho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, FNDE, nº135, p.10, 17 jul. 2009d. Seção 1.

BRASIL. RDC 24 de 15 de junho de 2010. Dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura

saturada, de gordura trans, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, ANVISA, nº122, p.46, 29 de jun. 2010a. Seção 1.

BRASIL. Portaria Nº 1.537 de 15 de junho de 2010. Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, nº113, p.83, 16 jun 2010b. Seção1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 2.715 de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, nº221, p.89, 18 nov. 2011c. Seção 1.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para população brasileira**. Brasília: CAISAN, 2011d. 49 p. (Versão pós Pleno da CAISAN, 02 de setembro de 2011).

BRASIL. Texto aprovado na 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do SUS, em 27 de outubro de 2011e. Portaria que institui a PNAN em processo de publicação.

BRASIL. Portaria Nº 1.910 de 8 de agosto de 2011. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde e Educação, nº152, p.49, 9 ago 2011f. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – (Série C. Projetos, programas e relatórios). Brasília: Ministério da Saúde, 2011g.

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

CARMO, M. B. et al. Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba.. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, 9(1): 121-30, 2006.

CARTA de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 19-27 (Série B. Textos Básicos em Saúde)

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 725-733, 2003.

CASTRO, Josué de. Estratégia do desenvolvimento. In: CASTRO, A. M. (Org.) **Fome: tema Proibido**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 102-121.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

COOK, S. et al. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, Chicago, 157:821-27, 2003.

CURITIBA. Secretaria da Educação. **Programa Comunidade Escola: termo de referência**. Curitiba, 2005. 15 p.

CUNHA, E.; SOUZA, A. A.; MACHADO, N. M. A alimentação orgânica e as ações educativas na escola: diagnóstico para a educação em saúde e nutrição. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 39-49, 2010.

DAVANÇO, G. M.; TADDEI, J. A. A. C.; GAGLIANONE, C. P. G. Conhecimentos, atitudes e práticas de professores de ciclo básico, expostos e não expostos a Curso de Educação Nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 2, 177-184, 2004.

DECLARAÇÃO de Santa fé de Bogotá. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 45-48 (Série B. Textos Básicos em Saúde)

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, Chicago, p. 1743-1748, 1988.

DOYLE, E. I.; FELDMAN, R. H. L. Are local teachers or nutrition experts perceived as more effective among Brazilian high school students. **Int. Sch Health**, Canadá, v. 64, n. 3, p. 115-118, 1994.

FERRANTE, E. et al. Nutritional epidemiology during school age. **Ann. Ist. Super Sanita**, Roma, p. 435-439, 1995.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p 397-402, 2010.

FIGUEIROA, M. N. **Diabetes mellitus tipo 2 em adultos no Estado de Pernambuco**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil, Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira-IMIP, Recife, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 38.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004. 184p.

FREITAS, K.L.S. **Envolver ferramentas pedagógicas em educação nutricional**. Natal: UFRN, 2008.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 200-206, 2005.

GOULART, R. M. M. Promoção de saúde e o programa escolas promotoras de saúde. **Caderno de pesquisa em ciências da saúde**, São Caetano do Sul: Universidade IMES, v. 1, n.1, p. 1-66, 2006.

_____. **Pesquisa de Orçamento Familiar 2002-2003**: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. **Informação Demográfica e Socioeconômica**, Rio de Janeiro, n. 27, 2010a.

_____. **Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil**: o passado, o presente e perspectivas. Rio de Janeiro, 2010b.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008**: pesquisa Especial de Tabagismo (PETab). Rio de Janeiro, 2009.

_____. **Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

HAWKES, Corinna. **Marketing de alimentos para crianças**: o cenário global das regulamentações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2006.

IPOLLITO-SHEPERD, J. **A promoção da saúde no âmbito escolar**: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LEVY-COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 530-540, 2005.

MACIEL, E. L. N et al. Projeto aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 389-396, 2010.

MAGNUS, et al. The cost-effectiveness of removing television advertising of high-fat and/or high-sugar food and beverages to Australian children. **International Journal of Obesity**, New York, 3:1094-1102, 2009.

MILLSTONE, E.; LANG, T. eds. (2003). The Atlas of Food. London: Earthscan (& New York: Penguin & Paris: Autrement) (2nd edition 2008 Earthscan & University of California Press).

MONTEIRO, C. A. et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In _____, (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec, Nupens-Universidade de São Paulo; 1995. p. 247-55.

MONTEIRO, R. A. **Influência de Aspectos Psicossociais e Situacionais sobre a Escolha Alimentar Infantil**. 2009. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

MORIN, E. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro**. 6. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2002. 115p.

MOYSÉS, S. T. et al. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. **Health Promot. Int.**, Oxford, v. 18, n. 3, p. 209- 218, 2003.

MOURA, J. B. V. S. et al. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, p. 489-501, 2007.

OLIVEIRA, J. S. et al. Insegurança Alimentar e estado nutricional de crianças de São João do Tigre, no semi-árido do Nordeste. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v.12, n.3, p. 413-423, 2009.

OLIVEIRA, A. M. A. et al. Sobrepeso e obesidade infantil: Influência dos fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v.47, n.2, p. 144-150, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies**: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom. Geneva: World Health Organization, 2010.

_____. **Global health risks**: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.

PATARRA, L., 2000. Mudanças na dinâmica demográfica. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil**. pp. 61-78, 2a Ed., São Paulo: Editora Hucitec.

PINHEIRO, A. R. O; FREITAS, S. F. T; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev Nut.**, Campinas, v.17, n.4, p. 523-33, 2004.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA, n. 20. Brasília: Ministério da Saúde, out./dez. 2008. 74 p.

REVISTA SOCIEDADE PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA SAÚDE ESCOLAR, n. 2. Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Escolar, Portugal, 36p, 2006.

RIBEIRO, O. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 658-64, 2004.

RODRIGUES, Teresa. Impacto de palestras versus programas de educação alimentar. **In: Revista da Sociedade Portuguesa para o estudo da saúde escolar**, Portugal, n. 2, p. 15, 2006.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

STLEGER, L et al. School health promotion – achievements, challenges and priorities. In: QUEEN, D. M.; JONES, C. M. (Eds.). **Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness**. New York: International Union for Health Promotion and Education, 2007. p. 107-124.

SCHMIDT, M. I. et al. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v.377, p. 1949-1961, 2011.

THESENVITZ, J. **Supporting Comprehensive Workplace Health Promotion in Ontario Project**. Effectiveness of Workplace health Promotion. The Health Communication unit at the Centre for health Promotion University of Toronto. March 2003.

TORAL, N.; SLATER, B.; SILVA, M. V. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. **Rev. Nutr**, Campinas, v.20, n.5, p. 449-459, 2007.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, p. 541-547, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Departamento de Nutrição; INSTITUTO MATERNO-INFANTIL DE PERNAMBUCO; PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição – PESN 2006**: situação alimentar, nutricional e de saúde no estado de Pernambuco: contexto socioeconômico e de serviços: síntese dos Resultados. Recife: [Os editores], 2008.

Apêndices

Apêndice A

*Pesquisa sobre o PSE com o gestor da
Educação*

APÊNDICE A - Pesquisa sobre o PSE com o gestor Municipal da Secretaria de Educação

Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

DADOS GERAIS				
1.Município:				
2.Nome do Secretário(a) Educação:				
3.Número de professores do Município?				
4.Número de escolas do Município:		Rurais:	Urbanas:	
5.Nome do Responsável pelo PSE na educação: _____				
*Satisfeito com a função? () SIM () PARCIAL () NÃO/ Porque?				
6.Nome Nutricionista do Município:				
7.Nome Nutricionista PNAE:				
8.O CAE do Município é atuante?		() 1.SIM	() 2.NÃO	
INDICADORES DE ESTRUTURA				
9.Nome das escolas participantes do PSE		10. PSF Responsável		
11. O GTI é atuante?		() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.NS
12.Quem são seus representantes?				
NOME		REPRESENTAÇÃO		

13. O Projeto PSE já está concluído?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()4. Em andamento	
14.O Projeto Municipal do PSE é realizado com parcerias	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
15.Se sim, quais os parceiros intersetoriais do PSE no Município?					
Instituições de Ensino e Pesquisa	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Setor privado	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Organização não-governamentais	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Instituições civis (igrejas, centro comunitário)	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Representações de juventude	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Conselho estadual de educação	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Conselho municipal de educação	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Conselho estadual de saúde	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Conselho municipal de saúde	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Conselho de outras políticas sociais	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Outros	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
16.Materiais completos?	()1.COMPLETOS ()2.INCOMPLETOS ()9.NSA				
Balança eletrônica infantil	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Estadiômetro fixo	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Trena antropométrica	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Esfigmômetro infantil/adulto	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Macro modelo odontológico	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Kit com fio dental, espelho e limpador de língua;	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Kit pedagógico;	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
17.Em que local se encontram os equipamentos?	()1.SECRETARIA	()2.ESCOLAS/ESF	()8.NS	()9.NSA	
• Em que local se encontram os materiais didáticos?	()1.SECRETARIA	()2.ESCOLAS/ESF	()8.NS	()9.NSA	
18.O gestor recebeu alguma capacitação para implantação do PSE?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
19.Foi elaborado algum treinamento com o GTI para esclarecimento sobre as ações do PSE?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
• Os profissionais da educação e saúde foram esclarecidos sobre o PSE?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	

INDICADORES DE PROCESSO					
20.Foi realizada alguma ação em educação permanente e capacitação?					
Formação de jovens para Promoção da saúde	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Formação de profissionais da educação	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
21.Foi realizado algum diagnóstico da situação de saúde das escolas?					
• Avaliação estado nutricional?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
• Dados no SISVAN?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
• Saúde bucal?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
• Saúde visual/auditiva?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
• Saúde clínica e psicológica?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
• DCNT?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
22.A educação e saúde estão integradas?					
23.Experiências de educação em saúde na escola no Município?					
24. Você detecta a necessidade de abordagem de quais temas de saúde dentro da escola, de acordo com a realidade do seu município?					
25. Tem conhecimento do valor do recurso que é repassado para o Programa (PSE), pelo governo federal?					
26. Em que o recurso está sendo investido?					

Apêndice B

Pesquisa sobre o PSE como gestor da Saúde

DADOS GERAIS					
1.Município:					
2.Nome do Secretário(a) Saúde:					
3.Nome do Responsável pelo PSE na saúde: _____					
*Satisfeito com a função? () SIM () PARCIAL () NÃO/ Porque?					
4.Numero de ESF do Município:		Rurais:	Urbanas:		
5.Nome Nutricionista do Município:					
6.Existe Centro de Especialidade Odontológica(CEO)?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.N5	Quantas? _____	
7.Existe CMS no Município?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.N5	Atuante? _____	
INDICADORES DE ESTRUTURA					
8.Nome das ESF integrantes do PSE			9. Quantidade de escolas responsáveis? Rural ou urbana?		
10. O GTI é atuante?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.N5		
11. Quem são seus representantes?					
NOME			REPRESENTAÇÃO		

12. O Projeto PSE já está concluído?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.Em andamento	
13.O Projeto Municipal do PSE é realizado com parcerias intersetoriais?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
14.Se sim, quais os parceiros intersetoriais do PSE no Município?					
Instituições de Ensino e Pesquisa	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Setor privado	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Organização não-governamentais	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Instituições civis (igrejas, centro comunitário)	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Representações de juventude	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Conselho estadual de educação	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Conselho municipal de educação	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Conselho estadual de saúde	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Conselho municipal de saúde	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Conselho de outras políticas sociais	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Outros	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
15.Equipamentos para todas as ESF?	()1.COMPLETOS ()2.INCOMPLETOS ()9.NSA				
Balança eletrônica	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Estadiômetro portátil	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Trena antropométrica	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Esignamômetrometro	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Estetoscópio pediátrico	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Infantômetro	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Macro modelo odontológico	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Kit com fio dental, espelho e limpador de língua	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Material didático	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
• .Em que local se encontram os equipamentos?	()1.SECRETARIA	()2.ESCOLAS/ESF	()8.NS	()9.NSA	
• Em que local se encontram os materiais didático?	()1.SECRETARIA	()2.ESCOLAS/ESF	()8.NS	()9.NSA	
16.O gestor recebeu alguma capacitação para implantação do PSE?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	

17.Foi elaborado algum treinamento com o GTI para esclarecimento sobre as ações do PSE?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Os profissionais da educação e saúde foram esclarecidos sobre o PSE?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
INDICADORES DE PROCESSO					
18.Foi realizada alguma ação em educação permanente e capacitação?					
Formação de jovens para Promoção da saúde	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Formação de profissionais da saúde	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
19.Foi realizado algum diagnóstico da situação da saúde dos escolares?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS		
Avaliação estado nutricional?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Dados no SISVAN?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Saúde bucal?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Saúde visual/auditiva?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Saúde clínica e psicológica?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
DCNT?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
20.A Educação e Saúde estão integradas?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS onde está	()9.NSA	
21.Nº atividades de saúde no ambiente escolar, já realizadas? _____					
22.Experiências de educação em saúde na escola?					
23. Você detecta a necessidade de abordagem de quais temas de saúde, de acordo com a realidade local?					
24. Valor do recurso repassado ao Programa?					
25. Em que o recurso está sendo investido?					

Apêndice C

*Pesquisa sobre o PSE com
profissionais da escola*

APÊNDICE C - Pesquisa sobre o PSE com o gestor escolar

Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

DADOS GERAIS					
1.Município:					
2.Nome da escola:					
3.Nome do Responsável pela escola:					
4.Endereço da escola:					
5.Nome Nutricionista do PNAE:					
INDICADORES DE ESTRUTURA					
6.Nº de alunos da escola? _____					
7.Conhece o PSE?				() 1.SIM	() 2.NÃO
8.Chegaram equipamentos para a escola?	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9.NSA	
Balança eletrônica infantil	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9.NSA	
Estadiômetro fixo	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9.NSA	
Trena antropométrica	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9.NSA	
Esfigmômetro infantil/adulto	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9.NSA	
Macro modelo odontológico	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9.NSA	
Kit com fio dental, espelho e limpador de língua;	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9.NSA	
9.Qual o estado dos equipamentos?	() 1.BOM	() 2. RE-GULAR	() 8. RUIM	() 9.NSA	
10.Chegaram os Kits pedagógicos?	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9.NSA	
11. O nº de profissionais da educação são suficientes para atender a escola fazendo educação em saúde?			() 1.SIM	() 2.NÃO	
INDICADORES DE PROCESSO					
12.Foi realizado algum diagnóstico dos escolares?					
Avaliação nutricional	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9. NSA	
Avaliação odontológica	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9. NSA	
Avaliação visual	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9. NSA	
Avaliação auditiva	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9. NSA	
Avaliação clínica e psicossocial	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9. NSA	
Atualização do calendário vacinal	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9. NSA	
Detecção precoce de HAS	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.N5	() 9. NSA	

13.Os profissionais da Educação e Saúde estão integradas?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
ATIVIDADES PRIORITÁRIAS PARA O PSE					
14.Desenvolvidas ações de segurança alimentar e alimentação saudável?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
15.Quais?					
16. Desenvolvidas ações de promoção da atividade física?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
17.Quais?					
18. Desenvolvidas ações de prevenção do álcool, tabaco e outras drogas?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
19.Quais?					
20. Ações de promoção da paz e prevenção da violência?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
21.Quais?					
22.Ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/AIDS?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
23.Quais?					
24.Ações de prevenção de acidentes?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
25.Quais?					
26.Ações de saúde bucal?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
27.Quais?					
28.Metodologias utilizadas para executar as ações?					
29.Desenvolvimento de metodologia para avaliação e monitoramento das ações?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
30.Como?					

31.Como o professor está incluindo esses temas nas aulas?(para professor(a))

32.Experiências positivas de educação em saúde na escola? (professor e diretor)

33.Dificuldades para realizar educação em saúde na escola?

34. Sugestões de temas de saúde para abordagem na escola, de acordo com a realidade local:

Apêndice D

*Pesquisa sobre o PSE com
profissionais da ESF*

APÊNDICE D - Pesquisa sobre o PSE com a ESF

Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

DADOS GERAIS					
1.Município:					
2.Nome do ESF/PSF:					
3.Nome do Coordenador do PSE:					
4.Endereço do ESF/PSF:					
6.Escolas responsáveis:					
INDICADORES DE ESTRUTURA					
• Conhece o PSE?			()1.SIM	()2.NÃO	
7.Profissionais da ESF?					
Médico	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	Nº ____	
Enfermeiro	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	Nº ____	
Auxiliar de enfermagem	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	Nº ____	
Agente de saúde	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	Nº ____	
Odontólogo	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	Nº ____	
Assistente social	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	Nº ____	
Psicólogo	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	Nº ____	
Outro	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	Nº ____	
8.Nº de escolas circunscritas à ESF? _____					
9.O nº de profissionais é suficiente para demanda, fazendo educação em saúde na escola?			()1.SIM	()2.NÃO	
8.Chegaram todos equipamentos destinados à ESF/PSF?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Balança eletrônica	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Estadiômetro portátil	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Trena antropométrica	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Esfignamômetro infantil/adulto	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Estetoscópio pediátrico	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Infantômetro	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Macro modelo odontológico	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Kit com fio dental, espelho e limpador	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
9.Qual o estado dos equipamentos?	()1.BOM	()2. RE- GULAR	() 8. RUIM	()9.NSA	
INDICADORES DE PROCESSO					

10. Foi realizado algum diagnóstico dos escolares?					
Avaliação nutricional	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Avaliação odontológica	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Avaliação visual	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Avaliação auditiva	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Avaliação clínica e psicossocial	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Atualização do calendário vacinal	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
Deteção precoce de HAS	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
11.Os profissionais da Educação e Saúde estão integradas?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
ATIVIDADES PRIORITÁRIAS PARA O PSE					
12.Desenvolvidas ações de segurança alimentar e alimentação saudável?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
13.Quais?					
14. Desenvolvidas ações de promoção da atividade física?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
15.Quais?					
16. Desenvolvidas ações de prevenção do álcool, tabaco e outras drogas?					
17.Quais?					
18. Ações de promoção da paz e prevenção da violência?					
19.Quais?					
20.Ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/AIDS?					
21.Quais?					
22.Ações de prevenção de acidentes?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
23.Quais?					
24.Ações de saúde bucal?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	()9.NSA	
25.Quais?					
26.Metodologias utilizadas para executar as ações?					

27. Desenvolvimento de metodologia para avaliação e monitoramento das ações?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.N5	()9.NSA	
28.Como?					
PERCEPÇÃO DE CADA PROFISSIONAL DO GTI EM RELAÇÃO AO PSE					
PROFISSIONAL 1: _____					
29. O que é o PSE na sua concepção?					
30.Quais ações são de sua competência no PSE (Plano Municipal) ?					
31.Realizou alguma ação?Quais?					
32.Quais os maiores desafios na sua área?					

Apêndice E

Pesquisa sobre o PSE com o nutricionista

APÊNDICE E - Pesquisa sobre o PSE com a nutricionista

Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

DADOS GERAIS					
1.Município:					
2.Nome Nutricionista:					
3.Idade:					
4.Ano de formação:					
5.Quais atividades você executa?					
6.No município há escolas do PSE com hortas?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS	Quantas? _____	
7.Oferece frutas e hortaliças ao menos 3 vezes na semana (200g)?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS		
8.Qual a procedência da água utilizada para produção das refeições?					
9.Existe venda de alimentos ricos em gordura, sal e açúcares na escola?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS		
10.Existe venda de alimentos ricos em gordura, sal e açúcares próximo da escola?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS		
11.Realizou algum diagnóstico de aceitação da merenda/cardápio?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS		
12.Existe algum diagnóstico do estado nutricional dos escolares?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS		
13.Se sim, quem realizou?					
14.Poderia nos apresentar o relatório?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS		
15.Existe algum diagnóstico do consumo alimentar dos escolares?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS		
1. Se sim, quem realizou?					
17.Poderia nos apresentar o relatório?	()1.SIM	()2.NÃO	()8.NS		

18. Já realizou algum treinamento com os manipuladores de alimentos?	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.NS		
19. Se sim, quem realizou?					
20. Qual o tema?					
21. Qual o motivo do treinamento?	() 1. rotina	() 2. Necessidade detectada	() 3. Solicitado manipulador	() 4. Solicitado gestores	
22. Realizou alguma atividade sobre al. E nutrição com pais dos alunos?	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.NS		
23. Se sim, quem realizou?					
24. O que foi abordado?					
25. O tema "alimentação e nutrição" está inserido no PPP da escola?	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.NS		
26. A nutricionista da saúde atua de forma integrada com a da educação?	() 1.SIM	() 2.NÃO	() 8.NS		
PERCEPÇÃO DO NUTRICIONISTA EM RELAÇÃO AO PSE					
NUTRICIONISTA: _____					
28. O que é o PSE na sua concepção?					
29. Quais ações são de sua competência no PSE (Plano Municipal) ?					
30. Realizou alguma ação? Quais?					
31. Quais os maiores desafios na sua área?					

Apêndice F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO DE NUTRIÇÃO
CENTRO COLABORADOR EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - CECAN NE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

QES

--	--	--

Título:

A ESCOLA COMO ESPAÇO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS:
AVALIAÇÃO INTERDISCIPLINAR COM ENFOQUE NA NUTRIÇÃO

A – Proposta:

Você está sendo convidado a participar de um estudo que a mestrandia Nathália Souza, sob a orientação do professor Pedro Lira, está realizando, com a finalidade de avaliar o Programa Saúde na Escola (PSE), enfatizando as ações de saúde e nutrição, em alguns municípios do estado de Pernambuco.

B – Procedimento:

Se você concordar em participar deverá responder algumas perguntas sobre o PSE através de um questionário semi-estruturado.

C – Riscos e Desconforto

Se alguma das questões que constam no questionário lhe causar constrangimento ou for inapropriada, na sua concepção, poderá interromper a entrevista a qualquer momento.

D – Benefícios

Auxiliar na avaliação, aperfeiçoamento e continuidade de um Programa de Saúde de grande importância para promoção de saúde e prevenção de doenças dentro do ambiente escolar.

Também, pretende-se oferecer uma oficina sobre alimentação e nutrição com membros da educação e saúde, de forma a incentivar a interdisciplinaridade das ações de saúde na escola.

E – Confiabilidade dos dados

Todas as providências serão tomadas para assegurar a confidencialidade das informações que você irá fornecer. As informações serão codificadas e mantidas em local reservado. Após o término deste estudo, as informações serão transcritas dos questionários para arquivos em computador os quais serão mantidos arquivados em local reservado.

F – Tratamento e compensação por injúria

Se você sofrer qualquer injúria como resultado da sua participação neste estudo, ou se acreditar que não tenha sido tratado razoavelmente, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pela pesquisa, Profº Pedro Israel Cabral de Lira ou a mestrande Nathália Paula de Souza, no Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) ou pelo telefone (81) 21268470. Entretanto, a UFPE não prevê nenhuma forma de compensação financeira por possíveis injúrias.

G - Consentimento

A PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA É VOLUNTÁRIA. Você tem o direito de não concordar em participar ou mesmo de retirar-se do estudo em qualquer momento, sem riscos pessoais. Se você desejar e concordar em participar, deve assinar na linha abaixo deste documento em duas vias. Uma delas, com a assinatura do pesquisador responsável, ficará em seu poder.

Nome do entrevistado: _____ CPF/ID: _____

Assinatura do entrevistado: _____ Data: ____/____/2010

Assinatura do pesquisador responsável:



Pedro Israel Cabral de Lira - CRM 5272

Anexos

Anexo A

Termo de Aprovação do Comitê de Ética



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 338/2010 - CEP/CCS

Recife, 02 de dezembro de 2010

Registro do SISNEP FR – 382844

CAAE – 0426.0.172.000-10

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 430/10

Título: A escola como espaço de promoção da saúde e prevenção de doenças: Avaliação interdisciplinar com enfoque na nutrição.

Pesquisador Responsável: Pedro Israel Cabral de Lira

Senhor(a) Pesquisador(a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 01 de dezembro 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

Ao
Prof. Pedro Israel Cabral de Lira
Departamento de Nutrição- CCS/UFPE