



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA



Programa de Pós-Graduação em Geografia
Área de Concentração: Geografia e Gestão do Território

FLÁVIA DE OLIVEIRA SANTOS

**ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA ESCOLA E DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UBERLÂNDIA (MG)**

UBERLÂNDIA

2016

FLÁVIA DE OLIVEIRA SANTOS

**ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA ESCOLA E DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UBERLÂNDIA (MG)**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Geografia.

Área de concentração: Geografia e Gestão do Território.

Linha de Pesquisa: Análise, Planejamento e Gestão Ambiental.

Orientador: Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima

UBERLÂNDIA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S237e Santos, Flávia de Oliveira, 1977-
2016 Estratégias de promoção da saúde a partir da escola e da Unidade
Básica de Saúde da Família, em Uberlândia (MG) / Flávia de Oliveira
Santos. - 2016.
292 f. : il.

Orientador: Samuel do Carmo Lima.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa
de Pós-Graduação em Geografia.
Inclui bibliografia.

1. Geografia - Teses. 2. Cuidados primários de saúde - Teses. 3.
Família - Saúde e higiene - Uberlândia (MG) - Teses. 4. Escola -
Uberlândia (MG) - Teses. I. Lima, Samuel do Carmo. II. Universidade
Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Geografia. III.
Título.

CDU: 910.1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA


Programa de Pós-Graduação em Geografia

FLÁVIA DE OLIVEIRA SANTOS

“ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA ESCOLA E DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UBERLÂNDIA (MG)”.



Professor Doutor Samuel do Carmo Lima (Orientador) - UFU



Professor Doutor Adeir Archanjo da Mota – UF da Grande Dourados - MS



Professora Doutora Márcia Siqueira de Carvalho – UE de Londrina - PR



Professor Doutor Paulo Cezar Mendes – UFU



Professor Doutor Júlio Cesar de Lima Ramires – UFU

Data: 28 / 06 de 2016

Resultado: Aprovada com honra

Dedico este trabalho...

*À minha família,
pelo apoio.*

*À minha mãe Maria Clarice,
razão da minha existência... pelas orações.*

*À minha filha Francielly,
razão da minha persistência,
alegria e orgulho de ser sua mãe.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dar forças e sabedoria, sem as quais seria impossível escrever esta tese.

À minha filha, agradeço pelos quatro anos de paciência, apoio, amizade e carinho.

À minha mãe, irmãos, sobrinhos, afilhados, cunhado, cunhada, tios, tias, madrinhas, primos e primas por entenderem a minha ausência em determinados momentos dessa caminhada.

Ao meu orientador Professor Doutor Samuel do Carmo Lima, por sua confiança, amizade, paciência, apoio, sabedoria e disponibilidade manifestadas durante o período de orientação desta pesquisa.

Ao professor Doutor Paulo Cezar Mendes, agradeço pelo carinho, amizade e pelas contribuições fornecidas na banca de qualificação.

Agradeço ao professor Doutor Paulo Nuno de Maia Sousa Nossa, pelas contribuições fornecidas na banca de qualificação, pelas indicações de leituras e pela acolhida em Portugal durante o estágio de doutorado.

Ao professor Doutor Jean Ezequiel Limongi que me auxiliou com o programa EPI INFO, necessário para a confecção dos gráficos e parte estatística presente na tese.

Agradeço a professora Clélia Regina Cafer de Oliveira, pela amizade, doação, apoio, disponibilidade de tempo e contribuição, primordial para o desenvolvimento dessa pesquisa. Meu eterno reconhecimento!

Ao Professor Doutor João Carlos Oliveira, que além de um grande amigo, contribuiu de forma significativa para a realização deste trabalho, com o auxílio no curso de capacitação, com ensinamentos e atividades realizadas durante a pesquisa.

À Eleusa Gallo Rosenburg e Diana Dias Lopes pelo apoio no início da pesquisa.

À Patrícia Ribeiro Londe pelo apoio e amizade.

À minha querida amiga Jane Dias, que mesmo distante, sempre me incentivou e encontrou tempo para ouvir meus desabafos.

Agradeço à amiga Keila Evangelista mendes por estar sempre presente em minha vida, mesmo distante.

Aos meus colegas do Instituto de Geografia, em especial a Bárbara, Luís Paulo e Malaquias por compreenderem e me auxiliarem nesse período de escrita da tese.

Ao Prof. André Luís Andrade dos Santos, diretor da Escola Municipal Professor Eurico Silva, e em especial a professora Flávia Queirós pela confiança e

disponibilidade em aceitar o desafio proposto, uma pessoa amiga, e eficiente no desempenho de sua função, sem a qual seria difícil a realização deste trabalho.

À Meire Aparecida Vaz de Freitas, por sua disponibilidade, esforço e competência na tabulação dos dados.

Ao Giliander Allan da Silva, por ter me apoiado na produção de mapas e pelas palavras de incentivo.

À Maria José Rodrigues, pela presteza e explicações necessárias para o entendimento da Estratégia Saúde da Família em Uberlândia.

Agradeço a Sandra Célia Muniz Magalhães por sua amizade, disponibilidade e incentivo.

Às estagiárias Alesca, Maria Clara, Aline, Juliana, Francielly e Magaly pelo auxílio no curso de capacitação.

Às colegas de pós-graduação, por ouvir e dividir comigo as preocupações com a escrita da tese: Flávia Araújo, Lidiane Alves e Priscila Alves.

À Ana Carolina, servidora da Atenção Básica em Saúde pelos esclarecimentos necessários para localização das UBSF e UBS no município de Uberlândia.

À Universidade Federal de Uberlândia e ao Programa de Pós-Graduação em Geografia pela oportunidade de realizar este curso em uma instituição pública e de qualidade.

À Secretaria Municipal de Saúde, em especial, à Coordenação da Atenção Básica, à Coordenação do Programa Saúde na Escola, à Diretoria de Vigilância em Saúde, o Centro de controle de zoonoses e o Programa de Dengue.

À Secretaria Municipal de Educação, em especial à coordenação do Programa Mais Educação e à Escola Municipal de Ensino Fundamental Prof. Eurico Silva.

Agradeço a CAPES pela concessão de bolsas no exterior e à FAPEMIG pelo financiamento do Projeto.

A todos aqueles, que de alguma forma, contribuíram para minha caminhada.

PESQUISADOR

*Pesquisador
artesão do verbo.
Verbo não mais espontâneo
mas construído
tijolo por tijolo.*

*Buscar palavras
compor ideias
lapidar percepções
para expressar
entraves
dilemas
caminhos
de pequeninas recortes
minúsculos setores
das práticas profissionais
dos problemas sociais.*

*Trabalho de arte
que parece se perder
nas idas, voltas e desvios
dos dias que se repetem
diante da mesa
dos escritos, dos pensamentos
e, ai, como é duro,
dos sentimentos confusos
brutando do isolamento*

*Ah!
Quantas voltas!
Quantas tarefas preliminares!
Quantos esquemas recompostos!
Firmeza para não desanimar.
Calma para elaborar as frustrações.*

*Para que tanto esforço
que, de tão lento,
nem parece esforço
confunde-se com ócio?*

*Quanta força preciso
para continuar acreditando
no fruto nebuloso
que de tanto tardar
nem sei se há de ter
serventia real.*

*Nesse desconforto
nessa arte
nesse ócio
o verbo se faz.
Sem perceber
a gente se refaz
Satisfação.*

*Verbo construído
Original
lançado ao vento.
Em que ouvido chegará?
Em que dará?*

Eymard Maurão Vasconcelos (1999).

RESUMO

Promoção da saúde se contrapõe diretamente ao modelo biomédico e se estabelece por ações intersetoriais, com abordagens coletivas e interdisciplinares, considerando os sujeitos nos seus contextos de vida. Construir territórios saudáveis é promover saúde, o que inclui necessariamente a articulação intersetorial e a mobilização comunitária. Os setores de saúde e educação podem atuar conjuntamente para promover a saúde, desenvolvendo de maneira articulada ações e práticas que envolvam os sujeitos em seu território de vida e trabalho. Este estudo teve por objetivo desenhar e experimentar estratégias de promoção da saúde na escola e nas Unidades Básicas de Saúde da Família, em Uberlândia - MG, a partir de relação intersetorial e mobilização comunitária. O percurso metodológico da pesquisa foi a pesquisa-ação, ou pesquisa com intervenção, porque enquanto se pesquisava já se aplicavam as ideias, para resolução de problemas, através de uma ação coletiva. A pesquisa se iniciou na Escola Municipal de Educação Fundamental Prof. Eurico Silva, com a implantação do Observatório de Saúde para realizar vigilância e promoção da saúde com protagonismo dos alunos, envolvendo todos os sujeitos da escola, alunos, professores e demais servidores no contexto da vida cotidiana, que extrapola os muros da escola, chegando à família e aos grupos sociais, na comunidade a qual estão inseridos. O observatório da saúde passou a existência objetiva com a constituição dos Grupos de Trabalho, que no princípio foram "alimentação saudável" e "mundo sem drogas" e posteriormente, "dengue". Os temas foram escolhidos pelos participantes do Observatório da saúde, nos quais cada um se envolvia preferencialmente. A segunda parte da pesquisa se iniciou com a aproximação entre o Observatório da Saúde e as unidades de saúde (UBS e UBSF). A proposta era que as Escolas e as Unidades de Saúde juntas deveriam realizar prevenção e promoção da saúde, combatendo o *Aedes aegypti* com articulação intersetorial e mobilização comunitária. Para isso era fundamental o envolvimento dos ACS, ACE, ASE e a enfermeira coordenadora da Unidade de Saúde na criação de redes comunitárias no território. Foi realizado um curso de capacitação em todas as equipes de UBSF e UBS com os seguintes temas: visita domiciliar, mobilização comunitária e articulação intersetorial. Nesta etapa, eram as Unidades de Saúde que deveriam se aproximar das escolas, com o objetivo de constituir redes comunitárias para o combate ao *Aedes aegypti* em cada território. Os resultados e o alcance desta experiência só puderam ser levados a bom termo porque a Diretoria de Vigilância em Saúde e a Coordenação da Atenção Básica do município abraçaram a proposta e ajudaram na sua implantação. Resta continuar consolidando este processo de trabalho nas unidades de saúde da atenção básica e nas escolas de educação fundamental, replicar a experiência do Observatório da Saúde na Escola. A conclusão deste trabalho é que escolas e unidades de atenção à saúde juntas, com articulação intersetorial e mobilização comunitária apoiada em redes comunitárias, pode realizar prevenção e promoção da saúde, a partir de um modelo de saúde que considere a determinação social da saúde e superando o modelo higienista/sanitarista.

Palavras Chaves: Promoção da saúde. Intersetorialidade. Mobilização comunitária. Escola. Unidade Básica de Saúde da Família.

ABSTRACT

Health promotion is opposed directly to the biomedical model and established by intersectoral action, with collective and interdisciplinary approaches, considering the subject in their life contexts. Build healthy territories is to promote health, which necessarily includes intersectoral coordination and community mobilization. The health and education sectors can work together to promote health, developing so articulate actions and practices involving the subject in its territory of life and work. This study aimed to design and experience of health promotion strategies in school and Basic Health Units Family in Uberlândia - MG, from intersectoral relationship and community mobilization. The methodological research route was action research, or research intervention, because while researching already applied the ideas to solve problems through collective action. The research began in the Municipal School of Basic Education Prof. Eurico Silva, with the Health Centre's deployment to carry out surveillance and health promotion with active participation of students, involving all subjects of the school, students, teachers and other staff in the context of everyday life, which extrapolates the school walls, reaching the family and social groups in the community to which they belong. The health observatory has the objective existence with the establishment of the working groups, which at first were "healthy eating" and "drug-free world" and later, "dengue". The themes were chosen by the participants of the Health Centre, in which each is involved preferably. The second part of the research started with the approach between the Centre for Health and the health units (UBS and BFHU). The proposal was that the schools and the health nurse unit together should undertake prevention and health promotion, combating *Aedes aegypti* with intersectoral coordination and community mobilization. For it was crucial the involvement of ACS, ACE, ASE and the nurse coordinator of the Health Unit in creating community networks in the territory. home visits, community mobilization and intersectoral coordination: a training course in all BFHU and UBS teams with the following subjects was conducted. At this stage, were the Health Units that should approach the schools, in order to provide community networks to fight *Aedes aegypti* in each territory. The results and the scope of this experiment could only be brought to fruition because the Board of Health Surveillance and Care Coordination council of Basic embraced the proposal and helped in its implementation. It remains to continue consolidating this process of work in health units of primary care and the elementary schools, replicate the Health Centre's experience at school. The conclusion of this work is that schools and care facilities to health together with intersectoral coordination and community mobilization supported by community networks, can carry out prevention and health promotion, from a health model that considers the social determinants of health and overcoming hygienist model / sanitarian.

Keywords: Health promotion. Intersectionality. community mobilization. School. Basic Units of Family Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo Dahlgren e Witehead.....	59
Figura 2 - Observatório da Saúde para o território escolar, 2010.....	116
Figura 3 - Desenho realizado por estudante sobre alimentação saudável, 2014	140
Figura 4 - Desenho realizado por estudante sobre alimentação saudável, 2014	141
Figura 5 - Convite da I Feira de Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014	142
Figura 6 - Processo de preparação do sal de ervas	144
Figura 7 - Dicas de alimentação saudável	144
Figura 8 - Desenho realizado por estudante, 2014	166
Figura 9 - Confecção de desenho realizada por estudante, 2014	166
Figura 10 - Desenho realizado por estudante, 2014	167
Figura 11 - Desenho realizado por estudante, 2014	168
Figura 12 - Desenho realizado por estudante, 2014	169
Figura 13 - Desenho realizado por estudante, 2014	170
Figura 14 - Flyer da peça de teatro “Chapeuzinho Colorido: o espetáculo”, maio de 2014	172
Figura 15 – Flyer do Seminário Internacional Saúde na Escola, na Família e na Vizinhança, fevereiro 2015	176
Figura 16 – Publicação de relato de experiência de ação de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> , 2016.....	226

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação-ação	21
Fluxograma 2 - Mudanças na concepção processo saúde-doença	106
Fluxograma 3 - Situação de saúde determinada pelo modo de vida da população, como expressão da vida cotidiana	109
Fluxograma 4 - Observatório da saúde na escola.....	118

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da população de Uberlândia por setor sanitário	41
Gráfico 2 - Brasil: municípios com Equipe de Saúde da Família de 1998 a 2015.....	97
Gráfico 3 - Brasil: Estratégia de Saúde da Família – população coberta de 1998 a 2015	98
Gráfico 4 - Minas Gerais: Equipes de Saúde da Família implantadas de 1998 a 2015	98
Gráfico 5 - Minas Gerais: Estratégia de Saúde da Família – população coberta de 1998 a 2015.....	99
Gráfico 6 - Uberlândia: Equipe de Saúde da Família implantadas de 2003 a 2015...99	
Gráfico 7 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – evolução da população coberta de 2003 a 2015.....	100
Gráfico 8 - Nos últimos 7 dias, em quantos dias, você tomou refrigerantes?	128
Gráfico 9 - Nos últimos 7 dias, em quantos dias, você comeu bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)?	130
Gráfico 10 - Nos últimos 7 dias, em quantos dias, você comeu batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)?	130

Gráfico 11 - Nos últimos 7 dias, em quantos dias, você comeu bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote?	131
Gráfico 12 - Nos últimos 7 dias, em quantos dias, você comeu salada crua?	134
Gráfico 13 - Na sua vida qual(is) dessas(as) substâncias você já usou?	157
Gráfico 14 - Durante os últimos três meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou anteriormente?	158
Gráfico 15 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir as drogas abaixo?.....	159
Gráfico 16 - Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de drogas resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	160
Gráfico 17 - Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de alguma dessas drogas você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas?	161
Gráfico 18 - Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação como seu uso de drogas?	161
Gráfico 19 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de algumas dessas drogas e não conseguiu?	162

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 - Reuniões para elaboração do regimento interno do Observatório da saúde, outubro e dezembro de 2012.....	24
Imagem 2 - Reunião para aprovação do Observatório da Saúde na Escola e de seu regimento interno, dezembro de 2012.....	25
Imagem 3 - Reunião com as famílias e alunos da escola para apresentação dos projetos, maio de 2013.....	28
Imagem 4 - Reunião com os estagiários da UBSF São Jorge II e colaboradores do Observatório da saúde, 2013	29

Imagem 5 - Reunião para ampliação de parcerias, setembro de 2014	30
Imagem 6 - Professores e estagiários da UFU que realizaram curso de capacitação, agosto de 2015.....	34
Imagem 7 - Um dos encontros semanais realizados com os grupos de trabalho em 2013	122
Imagem 8 - Discussão e elaboração do questionário sobre Alimentação saudável, maio de 2013.....	123
Imagem 9 - Discussão e elaboração do questionário sobre Drogas, maio de 2013	124
Imagem 10 - Instrução para aplicação do questionário sobre alimentação, maio de 2013	125
Imagem 11 - Instrução para aplicação do questionário sobre drogas, maio de 2013	125
Imagem 12 - Reunião com as famílias e estudantes, novembro de 2013.....	135
Imagem 13 - Discussão com os alunos do questionário sobre alimentação a ser aplicado para as famílias, 2014.....	136
Imagem 14 - Café da manhã para pais e estudantes, 2014.....	137
Imagem 15 - Cultivo e benefícios dos condimentos naturais, 2014	138
Imagem 16 - Preparação de lanches saudáveis, 2014	138
Imagem 17 - Confecção de cartazes sobre alimentação saudável, 2014	139
Imagem 18 - Estande do GT – Alimentação Saudável na I Feira Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014	143
Imagem 19 - Estande do curso de enfermagem da ESTES – UFU na I Feira Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014	145
Imagem 20 - Reunião com as famílias, novembro de 2013	153
Imagem 21 - Reunião com as famílias para aplicação do questionário, julho de 2014	155
Imagem 22 - Roda de conversa com os grupos, julho de 2014	156

Imagem 23 - Apresentação da síntese das discussões realizadas pelos grupos, julho de 2014	156
Imagem 24 - Cartazes confeccionados pelos estudantes sobre o tema drogas, 2014	164
Imagem 25 - I Feira de Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014	164
Imagem 26 - Estande do GT – Mundo sem Drogas realizado na I Feira Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014	165
Imagem 27 - Caminhada contra as drogas, 2014	165
Imagem 28 - Apresentação da peça teatral “Quem quer se casar com o rato?”, na I Feira Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014.....	171
Imagem 29 - Integrantes do grupo de teatro “Quem quer casar com o rato?”, 2014	172
Imagem 30 - Grupo de dança do observatório da saúde, 2014	173
Imagem 31 - Aulas de música na escola municipal Prof. Eurico Silva, 2014	174
Imagem 32 - Participação dos estudantes do observatório da saúde na escola, no III Simpósio Internacional Saúde Ambiental para Cidades Saudáveis, agosto de 2014	174
Imagem 33 - Oficinas temáticas realizadas no Seminário Internacional Saúde na Escola, na Família e na Vizinhança, fevereiro 2015.....	177
Imagem 34 - Reunião para discutir o projeto sobre dengue, março de 2015.....	179
Imagem 35 - Reunião com a secretária Municipal de Educação, março 2015.....	180
Imagem 36 - Reunião com coordenadores do Programa Mais Educação das escolas municipais de Uberlândia, abril de 2015	180
Imagem 37 - Grupo de teatro “Xô Dengue”, 2015	181
Imagem 38 - Apresentação do grupo de teatro “Xô Dengue”, na Universidade Federal de Uberlândia, junho de 2015	182
Imagem 39 - Apresentação do grupo de teatro “Xô Dengue”, na Universidade Federal de Uberlândia, setembro de 2015	182
Imagem 40 - Debate sobre epidemia da dengue e visita domiciliar no 1º módulo do curso de capacitação, 2015.....	188

Imagem 41 - Grupo de discussões do 1º módulo do curso de capacitação, 2015..	191
Imagem 42 - Síntese das discussões realizadas em grupo no 1º módulo do curso de capacitação, 2015	192
Imagem 43 - Discussões sobre a atividade de dispersão do 1º módulo, 2015	194
Imagem 44 - Discussões iniciais sobre mobilização comunitária no 2º módulo do curso de capacitação, 2015.....	195
Imagem 45 - Grupo de discussões do 2º módulo do curso de capacitação, 2015..	196
Imagem 46 - Síntese das discussões realizadas em grupo no 2º módulo do curso de capacitação, 2015	197
Imagem 47 - Discussões iniciais sobre articulação intersetorial no 3º módulo do curso de capacitação, 2015.....	200
Imagem 48 - Grupo de discussões do 3º módulo do curso de capacitação, 2015..	201
Imagem 49 - Síntese das discussões realizadas em grupo no 3º módulo do curso de capacitação, 2015	202
Imagem 50 - Seminário Redes Territoriais Locais e Promoção da Saúde o Controle da Dengue, dezembro de 2015	204
Imagem 51 – Apresentação da peça de teatro “Xô Dengue” no seminário Redes Territoriais Locais e Promoção da Saúde, 2015.....	205
Imagem 52 – Assinatura do pacto de cooperação com as secretarias de Educação e de Saúde, 2015	212
Imagem 53 – Equipes da UBSF São Jorge II e III, 2015.....	213
Imagem 54 – Cartaz alertando sobre o perigo da dengue, 2015	213
Imagem 55 - Cartaz alertando sobre o perigo da dengue, 2015	214
Imagem 56 – Orientações sobre a dengue para as crianças do Lar espírita Maria Lobato de Freitas, 2016	215
Imagem 57 – Ensinando as crianças do Lar espírita Maria Lobato de Freitas a transformarem os focos, 2016.....	215
Imagem 58 – Agente mirim no combate à dengue do Lar espírita Maria Lobato de Freitas, 2016	216

Imagem 59 – Mostruário do mosquito <i>Aedes aegypti</i> no Lar espírita Maria Lobato de Freitas, 2016	217
Imagem 60 - explicação sobre as fases do mosquito para as crianças do Lar espírita Maria Lobato de Freitas, 2016.....	217
Imagem 61 – Apresentação da peça de teatro “Xô Dengue” no Lar espírita Maria Lobato de Freitas	218
Imagem 62 – Reunião com a Associação Cultural Manos do Hip Hop, 2016	219
Imagem 63 – Apresentação de teatro sobre dengue Escola Municipal de Educação Infantil Augusta Maria de Freitas, 2016.....	219
Imagem 64 – Conversa com os estudantes sobre como eliminar os focos do mosquito transmissor da dengue, março de 2016.....	220
Imagem 65 – Bilhete enviado aos pais e/ou responsáveis, março de 2016.....	221
Imagem 66 – Panfleto distribuído aos estudantes, março de 2016.....	221
Imagem 67 – confecção de material sobre dengue realizados pelos estudantes, 2016	222
Imagem 68 – Apresentação de texto sobre a dengue realizada por estudante, março de 2016	223
Imagem 69 – Apresentação de jograis elaborado pelos estudantes, março de 2016	223
Imagem 70 – Apresentação de paródia elaborada pelos estudantes, março de 2016	224
Imagem 71 – Apresentação de peça de teatro, março de 2016.....	225
Imagem 72 – Visita do representante do MEC na escola municipal Prof. Eurico Silva, abril de 2016.....	227

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Mapa de localização de Uberlândia, MG.	37
--	----

Mapa 2 - Uberlândia (MG): Localização da Escola Municipal Professor Eurico Silva	39
Mapa 3 - Uberlândia (MG): Distribuição espacial das residências dos estudantes da Escola Municipal Professor Eurico Silva, 2015.	42
Mapa 4 – Uberlândia (MG): Unidades da Atenção Básica, 2016.	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de profissionais capacitados, Uberlândia 2015	33
Tabela 2 - Quantidade de escolas contempladas com o Programa Saúde na Escola em Uberlândia	73
Tabela 3 - Quantidade de escolas que aderiram ao Programa Mais Educação no Brasil	81
Tabela 4 - Quantidade de escolas que aderiram ao Programa Mais Educação em Minas Gerais	81
Tabela 5 - Quantidade de escolas que aderiram ao Programa Mais Educação em Uberlândia	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASE	Agente de Saúde Escolar
ACE	Agentes de Combate a Endemias
ARS	Administração Regional de Saúde
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEBRID/UNIFESP	Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CONASEMS-MG	Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPOC	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EMPES	Escola Municipal Professor Eurico Silva
ESB	Equipes de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESTES	Escola Técnica de Saúde
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GT	Grupo de Trabalhos
GTI	Grupo de Trabalho Intersectorial
GTI-M	Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE	Instituto de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IP	Instituições Públicas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAGEM	Laboratório de Geografia Médica
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OSE	Observatório da Saúde na Escola
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PDDE	Programa Dinheiro Direto na Escola
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PDR	Planos Diretores de Regionalização
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PME	Programa Mais Educação
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde

SEB	Secretaria de Educação Básica
SECAD	Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SAEB	Sistema de Avaliação da Educação Básica
SC	Sociedade Civil
SIDA	Síndrome de ImunoDeficiência Adquirida
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 A CONSTRUÇÃO DE UM CAMINHO METODOLÓGICO	20
1.1 CAMINHOS TRILHADOS.....	20
1.2 LOCALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	36
2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO	48
2.1 O TERRITÓRIO E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE	49
2.2 A SAÚDE NA ESCOLA.....	60
2.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	89
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA ESCOLA	114
3.1 O OBSERVATÓRIO DA SAÚDE DA ESCOLA MUNICIPAL PROFESSOR EURICO SILVA	114
3.2 GRUPOS DE TRABALHO - MUNDO SEM DROGAS E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	119
3.3 OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO OBSERVATÓRIO DA SAÚDE	171
4 PROMOÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA UBSF	184
4.1 UMA EXPERIÊNCIA A PARTIR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	185
4.2 REDES COMUNITÁRIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE	206
CONCLUSÃO	229
REFERÊNCIAS	235
ANEXOS	255
APÊNDICES	274

INTRODUÇÃO

A sabedoria precisa de esquecimento. Esquecer é livrar-se dos jeitos de ser que se sedimentaram em nós, e que nos levam a crer que as coisas têm de ser do jeito que são. Não. Não é preciso que as coisas continuem a ser do jeito como sempre foram (Rubem Alves).

Para a compreensão da saúde no território, a Geografia Médica ou a Geografia da Saúde tem um papel importante, por ser um campo multidisciplinar e multiprofissional, sobretudo, quando está voltada para entender a saúde e não a doença, não apenas o que ocorre no corpo biológico, mas no contexto da vida. É um campo do conhecimento no qual devem participar os diversos técnicos e profissionais interessados em estudar os processos de saúde, doença e cuidado no espaço geográfico, para nele poder intervir (BARCELLOS, 2008).

A compreensão de como se dão as complexas relações entre homem e o seu espaço/território de vida e trabalho é fundamental para a identificação de suas características históricas, econômicas, culturais, epidemiológicas e sociais, bem como de seus problemas (vulnerabilidades) e potencialidades (BATISTELLA, 2007; ALBUQUERQUE, 2001).

Segundo Sacardo e Gonçalves (2007) o território está em constante construção, pois, além das redes de serviços públicos, privados, redes comunitárias, equipamentos de lazer, cultura, entre outros, apresenta relações estabelecidas pelos sujeitos com seu território, o que resulta em uma construção e reconstrução permanente.

As ações em promoção da saúde se devem concretizar nos lugares em que as pessoas moram, nas escolas e no trabalho, ou seja, nos lugares em que as pessoas vivem, sob diferentes contextos.

Para se adotar e colocar em prática os princípios e as estratégias de promoção da saúde é necessário o envolvimento de diversos segmentos da sociedade (mobilização social) e dos diversos setores da governança pública (intersetorialidade) e tem como objetivo a melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, o maior desenvolvimento humano.

A saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, nem tampouco pelo setor da saúde no seu senso estrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros. Pode ser entendida então, como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis. Como lembra Moysés; Mysés; Krempel (2004, p. 629).

A ação do poder público sobre a saúde deve ser estabelecida por meio de uma gestão intersetorial em que educação, cultura, meio ambiente, segurança pública, saneamento ambiental, esporte e lazer, através de ações coordenadas, tenham responsabilidade de atuar em prol de um bem comum, a "saúde" (MOYSÉS; MYSÉS; KREMPEL, 2004, p. 629).

Os setores de saúde e educação podem atuar conjuntamente para promover a saúde, discutindo e desenvolvendo ações e práticas de promoção que envolva toda a comunidade, com o envolvimento dos sujeitos em seu território de vida e trabalho. Por tudo isso, é necessário a construção de espaços de diálogos interdisciplinares e intersetoriais para troca de experiências e de construção coletiva de um projeto de saúde no território, que envolva além das unidades de saúde, a comunidade.

Para Silva (2010), a perspectiva é de que as parcerias, através das redes comunitárias, se fortaleçam no território e envolva instituições e indivíduos, construindo vínculos com a comunidade em busca de um objetivo comum, a construção de territórios saudáveis e uma cidade saudável.

Promover uma cidade saudável não é tarefa só dos profissionais da saúde, é necessário uma cumplicidade entre os setores de governo que fazem a gestão da cidade e ainda com órgãos não governamentais e com a própria comunidade.

A escola, juntamente com a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) pode mobilizar a comunidade, a começar pelos alunos, professores e demais trabalhadores da comunidade escolar, para produzir diagnósticos de situação de saúde e, a partir do diagnóstico pactuar um projeto de saúde no território, com estratégias e metas. Dessa forma, a comunidade passará a exercer uma maior

participação na formulação e implementação das políticas de saúde, com práticas de saúde que estão mais condizentes com sua realidade e necessidades.

[...] entendemos que as ações de saúde devem ser prioritariamente ações de vida, libertação e cidadania, e que a Saúde Comunitária deve pautar-se pela criação de estruturas de referência, mobilização e aprendizado na e da comunidade, estimulando e favorecendo a participação dos profissionais de saúde, das famílias e dos moradores em geral, num esforço de construção do sujeito individual e do sujeito coletivo, de uma rede formal e informal de cuidado e educação em saúde (GÓIS, 2008, p. 24).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (1995), a promoção da saúde na escola tem uma visão integral e multidisciplinar, que considera as pessoas no contexto familiar, comunitário, social e ambiental. No entanto, essa visão nem sempre esteve presente nas práticas pedagógicas desenvolvidas na escola. Segundo Valadão (2004, p. 4),

A expressão “saúde na escola” é utilizada para designar o campo que compreende concepções, diretrizes, programas, projetos e ações relacionadas à saúde que acontecem no cenário da escola, sejam elas de natureza educativa, preventiva ou assistencial. Nesse campo a “promoção da saúde na escola” corresponde a uma visão e a um conjunto de estratégias que têm como objetivo produzir repercussões positivas sobre a qualidade de vida e os determinantes de saúde dos membros da comunidade escolar (VALADÃO, 2004, p. 4).

A Escola e a Estratégia Saúde da Família (ESF) têm como um dos seus princípios alcançar os seres humanos em sua complexidade e integralidade. E para tal devem incluir ações que vão além dos muros das instituições e atinja o contexto de vida da população para promover a saúde. Nessa perspectiva, a escola e a UBSF devem trabalhar de maneira articulada no desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Nesse sentido, a hipótese desta pesquisa é que as Escolas e as UBSF juntas, com articulação intersetorial e mobilização comunitária, podem realizar ações de prevenção e promoção da saúde capazes de atenuar a Determinação Social da Saúde e construir territórios saudáveis.

A escola e a Unidade Básica de Saúde da Família podem se transformar nesse espaço de mobilização e participação democrática para a produção da saúde no território, em que estão envolvidos os sujeitos e a comunidade, promovendo o debate e o reconhecimento da realidade e das necessidades do lugar. A escola precisa interagir mais com as famílias e a comunidade e as unidades de saúde necessitam estabelecer processos de trabalho com ações voltadas não somente ao indivíduo, mas também à coletividade, para tratar doença, mas também prevenir e promover a saúde, considerando os Determinantes Sociais da Saúde.

Assim, numa perspectiva de pesquisa participante (pesquisa-ação), esse estudo objetiva desenhar e experimentar estratégias de promoção da saúde na escola e nas Unidades Básica de Saúde da Família a partir de articulação intersetorial e mobilização comunitária. Esse estudo busca ainda:

- Implantar um observatório da saúde na Escola Municipal de Ensino Fundamental Eurico Silva, com estratégias de vigilância e promoção da saúde, como alternativa ao Programa Saúde na Escola.
- Aproximar escola e Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) para uma articulação intersetorial com vistas a realização de ações de prevenção e promoção da saúde, apoiadas em redes comunitárias.

Vale salientar que não se ambiciona tornar as experiências desenvolvidas nesta pesquisa um modelo de estratégia de promoção da saúde. Ao contrário, o que se pretendeu foi relatar a trajetória de uma construção coletiva, para a partir deste relato se repensar o modelo de saúde, deixando em aberto a possibilidade da construção de processos de trabalho em saúde que enfrentem a determinação social da saúde com percursos que reconheçam os indivíduos, a coletividade e os territórios.

Este trabalho foi estruturado com uma introdução, quatro capítulos e uma conclusão.

Na *introdução*, procurou-se apresentar o objeto, os objetivos e a hipótese de trabalho, discutindo brevemente o tema da pesquisa, a partir do debate sobre as possibilidades de ação intersetorial entre a escola e a UBSF para prevenção e promoção da saúde.

No capítulo 1, "*a construção de um caminho metodológico*", apresenta-se o método utilizado para o desenvolvimento da pesquisa, que foi estruturada com base em procedimentos da pesquisa participante ou pesquisa-ação. Nesta abordagem objeto e métodos de pesquisa se confundem, porque o objetivo é a construção de uma experiência de promoção da saúde, que foi posta em curso, envolvendo o pesquisador e os outros sujeitos da pesquisa, neste caso os alunos, professores e demais servidores da escola, assim como os profissionais de saúde das UBSF/UBS, e também a população e as redes comunitárias no território.

O capítulo 2, "*promoção da saúde no território*" contempla os principais conceitos utilizados na pesquisa, discutindo saúde e território, apresentando as bases teóricas para a experiência de promoção da saúde estabelecida na intersectorialidade entre educação e saúde, escola e UBSF.

No capítulo 3, "*promoção da saúde a partir da escola*" apresentam-se as estratégias de promoção da saúde realizadas a partir da Escola Municipal de Ensino Fundamental Professor Eurico Silva, com a criação do Observatório da Saúde na Escola, buscando o apoio intersectorial da UBSF.

No Capítulo 4, "*promoção da saúde a partir da UBSF*", apresentam-se as estratégias de prevenção e promoção da saúde realizadas a partir das Unidades de Saúde da Família, articulando a intersectorialidade, em especial, entre os setores da educação e da saúde, e promovendo mobilização comunitária com o apoio de redes comunitárias.

Na *conclusão*, procurou-se responder aos objetivos e a hipótese da tese, apontando possíveis caminhos para prevenção e promoção da saúde a partir da escola e da UBSF, através da mobilização social, articulação intersectorial e constituição de redes comunitárias no território.

1 A CONSTRUÇÃO DE UM CAMINHO METODOLÓGICO

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar” (FREIRE, 2000, p. 155).

Este capítulo tem por objetivo apresentar os caminhos trilhados para alcançar os objetivos do trabalho, bem como realizar uma abordagem sucinta da área de estudo.

1.1 Caminhos trilhados

Como se mencionou, o objetivo principal desse trabalho é desenhar e experimentar estratégias de promoção da saúde na escola e nas Unidades Básicas de Saúde da Família a partir de articulação intersetorial e mobilização comunitária.

Nessa perspectiva a pesquisa-ação apresenta-se como a orientação teórico-metodológica que melhor atende a essas exigências. Embasada nos princípios da abordagem qualitativa, se refere, entre outras coisas, a compreender o fenômeno em seus aspectos constitutivos e propor alternativas de ação, sendo a realidade que contextualiza os fenômenos analisada como histórica e socialmente construída (MIRANDA, 2012).

A pesquisa-ação pode oferecer condições mais satisfatórias para a resolução de problemas através de ação coletiva dos participantes. Segundo Schulz (2003, p. 205), a pesquisa ação

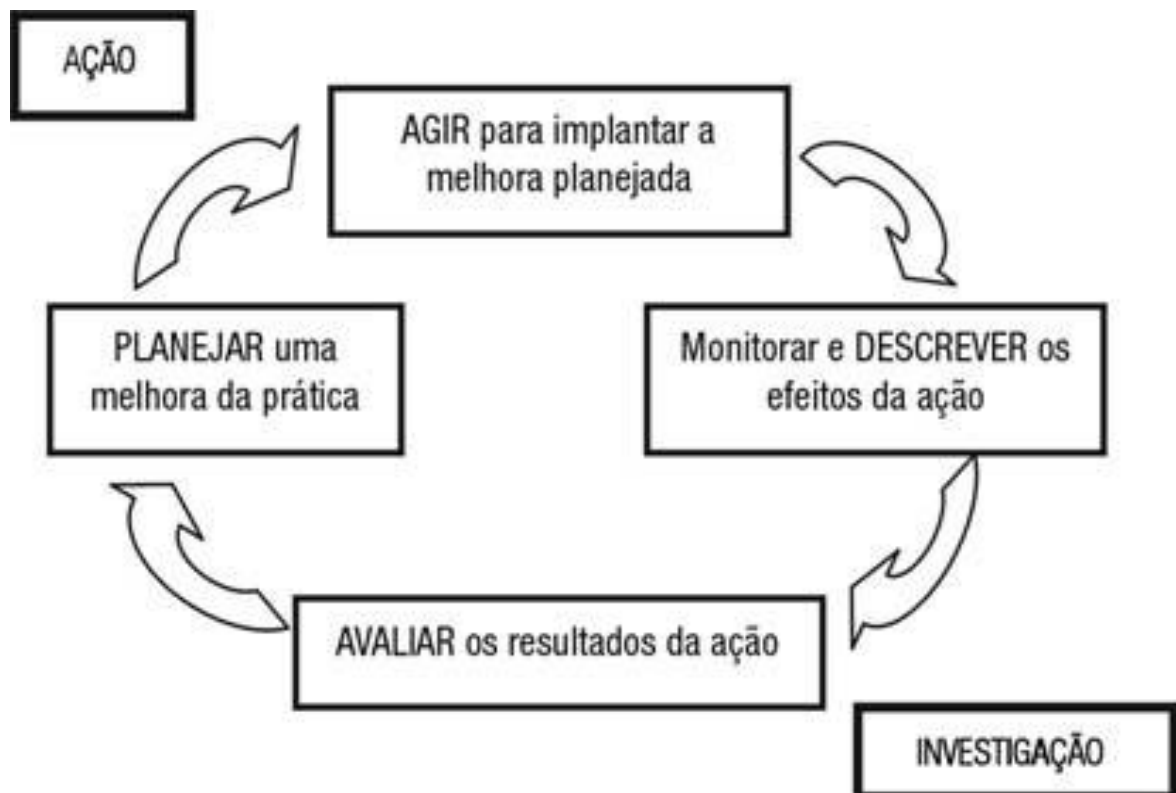
Deverá ser orientada em função do conhecimento, da descrição do objeto ou do fenômeno em questão, com o objetivo de solucionar os problemas em estudo, com vistas às transformações, não para a comunidade envolvida, mas com ela, isto é, os problemas devem ser estudados e resolvidos em conjunto, evitando, assim, que se crie dependência e filiação (SCHULZ, 2003, p. 205).

Para Miranda (2012, p. 15), a pesquisa-ação busca através de uma ação coletiva entre os participantes solucionar os problemas. E a relação com o

pesquisador ocorre de forma interativa, sem definições pré-concebidas. Existe uma relação intencional e não planejada, já que o trabalho é “com os outros” e não “sobre os outros”.

De acordo com Tripp (2005), é preciso que se reconheça a pesquisa-ação como um dos tipos de investigação-ação. É um ciclo que começa com planejamento, em seguida com a implementação, descrição e por último a avaliação das atividades realizadas e a eficiência da ação, num processo contínuo de retroalimentação, o que propicia uma melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (Fluxograma 1). A pesquisa-ação é participativa na medida em que inclui todos os que, de um modo ou outro, estão envolvidos nela e é colaborativa em seu modo de trabalhar.

Fluxograma 1 - Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação-ação



Para Miranda (2012), na pesquisa-ação as etapas de desenvolvimento têm a intenção de orientar o pesquisador e não determinar suas ações. Não possui uma metodologia com etapas pré-definidas, mas que vão ser organizadas de acordo com as demandas que surgirem no decorrer da pesquisa. Sendo assim, os instrumentos de coleta de dados não se diferem da pesquisa clássica, tais como: observação, entrevista individual ou de grupo, questionários, dentre outros que se fizerem necessário, porém acontece de forma interativa, sem um roteiro prévio. Nesta modalidade de pesquisa, a observação é participativa, ou seja, o pesquisador interage de forma objetiva e subjetiva. Sendo ele, o mediador e articulador de possibilidades.

Essa opção metodológica possibilita uma maior interação do pesquisador e permite que “[...] a realidade social seja investigada e interpretada por meio de referenciais teórico-metodológicos abertos e flexíveis, aos quais devem explicitar os conflitos e contradições inerentes ao contexto sócio-histórico-cultural” (MIRANDA, 2005, p. 14). A partir da interação entre os participantes é que são definidos os procedimentos que serão utilizados para alcançar os objetivos propostos.

De acordo com Miranda (2012), na pesquisa-ação o pesquisador assume diferentes papéis, tais como: articulador, mediador, etc., contudo, não detém o controle da dinâmica do processo.

Orientada por esse raciocínio, os instrumentos de coleta de dados foram sendo construídos à medida que a pesquisa foi sendo desenvolvida. Cabe ressaltar que, a pesquisa-ação, embasada nos princípios da abordagem qualitativa, não descarta o tratamento quantitativo das informações recolhidas nas estratégias de análise e de produção do conhecimento. Ao contrário, o uso da pesquisa-ação e os dados numéricos e estatísticos se completam nesta pesquisa, na busca de uma melhor compreensão do objeto de estudo.

Para Tripp (2005) uma proposta de pesquisa, embasada no processo de pesquisa-ação, tem dificuldade de ser aprovada por um comitê de pesquisa da universidade porque não é possível especificar com antecedência qual conhecimento será obtido nem quais resultados práticos serão alcançados. Isso porque os resultados de cada ciclo determinarão o que acontecerá a seguir e não há como dizer no início aonde o processo levará.

Para definir o objeto empírico de estudo, capaz de dar subsídios para responder aos objetivos e aos problemas da pesquisa de doutoramento fez-se necessário um recorte espacial das escolas e das UBSF que participaram da pesquisa. A princípio pensou-se em todas as escolas de ensino fundamental da rede municipal de ensino e em todas as Unidades Básica de Saúde da Família de Uberlândia (MG). Logo percebeu-se que haveriam imensas dificuldades operacionais para desenvolver e avaliar experiências de promoção da saúde nas 53 escolas municipais de ensino fundamental, porque não bastava sugerir as atividades a serem realizadas, era necessário auxiliar a construção das ações junto com os sujeitos. Decidiu-se, então, iniciar por uma escola, para posteriormente implantar o projeto nas demais, após a experiência ter sido realizada e avaliada.

Para seleção da escola, foram realizadas conversas com diversos professores do ensino fundamental e pessoas que já teriam desenvolvido pesquisas e atividades de extensão universitária nas escolas. Nesses diálogos, destacou-se a Escola Municipal Professor Eurico Silva, onde as informações recebidas apontavam que a escola, além de ser muito receptiva aos projetos universitários, tinha como ponto forte uma inserção grande junto às famílias dos alunos e na comunidade local (vide mapa p. 39).

O primeiro passo foi marcar uma audiência com o diretor da escola, em setembro de 2012, para apresentar-lhe o projeto e saber da possibilidade de aceitação do mesmo pela escola. Preocupou-se em demonstrar que a intenção não era simplesmente usar a escola para fazer uma pesquisa, mas realizar uma experiência em que a escola pudesse ganhar em qualidade de saúde, refletindo positivamente no ensino, e que para isso era necessário pensar a educação e saúde no contexto da vida cotidiana dos alunos, estreitando relações com as famílias e a comunidade.

O interesse do diretor foi imediato. Marcou-se então uma reunião, ainda em setembro de 2012, com os professores, pedagogos da escola, Agentes de Saúde Escolar (ASE) da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), que fazem parte do Programa Saúde na Escola (PSE) e a coordenadora do Programa Mais Educação (PME) na escola para discutir o detalhamento do projeto que se iniciava com a implantação do "Observatório da Saúde na Escola", que teria como fundamento o protagonismo juvenil e um professor voluntário para orientar as

atividades. A ideia foi bem acolhida e durante os meses seguintes, outubro e novembro de 2012, foram realizadas outras reuniões com o objetivo de amadurecimento de uma proposta de estruturação do Observatório da Saúde na Escola (OSE), com regimento e direcionamentos (Imagem 1).

Imagem 1 - Reuniões para elaboração do regimento interno do Observatório da saúde, outubro e dezembro de 2012



Fonte: OLIVEIRA, C. R. C. (2012).

Nesses encontros, percebeu-se o maior envolvimento e interesse de alguns, dentre eles, a professora que é coordenadora do Programa Mais Educação, o que nos levou a considerar que a mesma seria uma parceira importante no desenvolvimento do projeto. E ainda, o fato do programa está em funcionamento na escola com apoio de colaboradores que contribuem com as atividades desenvolvidas, assim, foi percebido, dentro do contexto do Programa Mais Educação uma possibilidade de parceria. E isso seria interessante, haja vista, que a intenção é que a escola ganhasse autonomia, conseguindo desenvolver as atividades, tendo como parceiro o Laboratório de Geografia Médica (LAGEM), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) nos projetos desenvolvidos pelo Observatório da Saúde implantado na escola.

Cabe ressaltar que o Programa Saúde na Escola da atenção básica deveria trabalhar em parceria com o Programa Mais Educação para promover a saúde no território. No entanto, percebe-se que isso raramente ocorre, ambos os Programas trabalham de forma isolada. Assim, a iniciativa do Observatório da Saúde

na Escola foi um meio para promover a intersectorialidade entre a escola e a Unidade Básica de Saúde da Família.

Como a pesquisa-ação requer o envolvimento e a decisão conjunta dos envolvidos e é feita “com os outros” e não “sobre os outros” (MIRANDA, 2012, p.14), fez-se necessários vários encontros, para elaboração do Regimento Interno do Observatório da Saúde na Escola (Apêndice A). Em dezembro de 2012, final de ano letivo, marcou-se nova reunião com a direção, representantes dos pais e professores e com agentes de saúde escolar da escola, agora para a aprovação do Observatório da Saúde na Escola e de seu regimento interno (Imagem 2). Após análises e considerações, foi verificada uma aceitação dos presentes na reunião, sendo aprovado oficialmente o Observatório da Saúde na Escola Municipal Professor Eurico Silva, o seu regimento interno e nomeada a Comissão Executiva Provisória em ata do Conselho Escolar (Anexo A).

Imagem 2 - Reunião para aprovação do Observatório da Saúde na Escola e de seu regimento interno, dezembro de 2012



Fonte: MACIEL, F. A. Q. (2012).

O Observatório da saúde na escola tem existência objetiva a partir dos Grupos de Trabalhos (GT), que tem como finalidade estabelecer espaços de diálogos da comunidade escolar (estudantes, pais, professores e demais profissionais da escola), organizações comunitárias, serviços de saúde e segurança para troca e construção de saberes que mudem comportamentos e hábitos em busca da promoção da saúde.

Com o intuito de aumentar a adesão de professores e demais servidores que se disponibilizassem a fazer parte do Observatório da Saúde na Escola, realizou-se uma reunião agendada pela direção da escola, em fevereiro de 2013, quando inicia o ano letivo, ocasião em que a proposta do Observatório da Saúde na Escola foi apresentada para todos os servidores da escola.

Junto à apresentação, foi lançada também a proposta de se formar Grupos de Trabalhos, dispostos a debater, repensar e trabalhar pela melhoria das situações de saúde do território escolar. Sendo assim, começamos a indagá-los das necessidades de saúde que percebiam na escola, em casa, na vizinhança. Inicialmente, surgiram vários assuntos como: sexualidade, hipertensão, alimentação, drogas, dentre outros. Entretanto, os temas alimentação e drogas foram predominantes, servindo como base para o início dos trabalhos com os grupos temáticos Alimentação Saudável e Mundo sem Drogas, definidos pelos participantes.

Na reunião, notou-se que os professores e demais servidores em geral tinham a expectativa de um encaminhamento metodológico prévio para trabalhar os temas. Então, viu-se a necessidade de explicar que os projetos seriam realizados em conjunto com todos os participantes, e que a escola podia melhorar a qualidade de ensino e saúde com esta iniciativa. Entretanto, para alcançar esses objetivos era necessário o envolvimento com atividades a serem desenvolvidas além do contexto da sala de aula. Diante disso, muitos professores e servidores, ao vislumbrarem a possibilidade de estarem assumindo mais “trabalho” além dos já assumidos, acabaram se desestimulando. Respeitando a vontade destes, tendo como parâmetro a adesão voluntária, os projetos foram desenvolvidos com os demais professores, servidores e com a coordenadora do Programa Mais Educação. De acordo com Franco (2012, p. 52-53)

A “participação”, em qualquer modelo de pesquisa-ação, não pode ser encarada com naturalidade. É sempre um problema, e o pesquisador deverá prever formas e meios de lidar com a complexa questão de propiciar condições de participação gradativa de todos os sujeitos que dela participam (FRANCO, 2012, p. 52-53).

Como apontado anteriormente, cabe reforçar que o interesse e a participação da professora do Programa Mais Educação no projeto se destacaram. O PME conta com aproximadamente sessenta alunos que retornam à escola em horário extra turno para desenvolver atividades na escola e essa parceria foi essencial para o desenvolvimento dos projetos na escola. Além disso, o Programa conta com monitores, tais como: professora de música, estagiário do curso de educação física, dentre outros, o que possibilitou um trabalho em conjunto. Isso reforça a importância do Programa e dos professores para a implantação do Observatório da saúde em outras escolas de Uberlândia.

O Programa Mais Educação tem como um dos objetivos o apoio a promoção da saúde, como enfatiza Manual Operacional de Educação Integral do Ministério da Educação (BRASIL, 2012, p. 20).

Apoio à formação integral dos estudantes com ações de prevenção e atenção à saúde, por meio de atividades educativas que poderão ser incluídas no projeto político pedagógico (projetos interdisciplinares, teatro, oficinas, palestras, debates e feiras) em temas da área da saúde como saúde bucal, alimentação saudável, cuidado visual, práticas corporais, educação para saúde sexual e reprodutiva, prevenção ao uso de drogas (álcool, tabaco e outras), saúde mental e prevenção à violência. Desse modo, possibilitar o desenvolvimento de uma cultura de prevenção e promoção à saúde no espaço escolar, a fim de prevenir os agravos à saúde e vulnerabilidades, com objetivo de garantir a qualidade de vida, além de fortalecer a relação entre as redes públicas de educação e saúde (BRASIL, 2012, p. 20).

Ainda, de acordo com o manual do PME é necessário fomentar, por meio de sensibilização, incentivo e apoio, projetos ou ações de articulação de políticas sociais e implementação de ações socioeducativas oferecidas gratuitamente a crianças, adolescentes e jovens.

A partir dos Grupos de Trabalho, as famílias foram convidadas a participar dos temas. Fez-se uma reunião, que foi realizada em dois turnos, haja vista que o PME, atende os alunos em horário extra turno (Imagem 3). Na ocasião, foi apresentado o observatório da saúde e a proposta do GT - Alimentação Saudável e GT – Mundo sem drogas. Enfatizou-se que eles não eram obrigados participar e que podiam aderir ao GT que mais lhe interessassem e que os mesmos seriam parceiros em todas as etapas de desenvolvimento dos projetos. Os temas “tem de ser do

interesse do grupo, pois ninguém está em melhor condição de conhecer a realidade do que as pessoas que estão inseridas nela” (LONGAREZI; SILVA, 2012, p. 33). Com a adesão de alguns pais e/ou responsáveis e dos alunos do PME, começa-se uma conversa informal sobre os temas e agenda-se os próximos encontros dos grupos.

Imagem 3 - Reunião com as famílias e alunos da escola para apresentação dos projetos, maio de 2013



Fonte: SANTOS, F. O. (2013).

Como os GT, abordam temas distintos viu-se a necessidade de parceiros que tivessem afinidade com os assuntos e pudessem auxiliar no desenvolvimento dos projetos. Assim, fez-se contato com uma psicóloga e com uma nutricionista que são parceiras em projetos desenvolvidos pela UFU, tendo como apoio alunos dessa instituição, para que auxiliassem nesse processo. Dessa forma, os próximos encontros realizados, contaram a participação dos colaboradores nas discussões relativas aos temas.

A partir do desenvolvimento dos trabalhos surgiram mais colaboradores interessados em auxiliar, tais como, alunos, professores da própria escola e de outras instituições, estagiários, entre outros. O observatório da saúde exerce um papel contínuo de busca de parcerias que possam auxiliar de alguma forma com os projetos em andamento. Assim, buscou reforçar a parceria com UBSF São Jorge II, localizada nas proximidades da escola, que já estava inserida no projeto através do agente de saúde escolar.

A coordenadora da UBSF São Jorge II se colocou à disposição do observatório da saúde com a disponibilização dos estagiários de nutrição, assistência social, enfermagem e psicologia, que faziam residência multiprofissional na UFU e realizando estágio na referida UBSF para compor os grupos temáticos (Imagem 4).

Imagem 4 - Reunião com os estagiários da UBSF São Jorge II e colaboradores do Observatório da saúde, 2013



Fonte: MACIEL, F. A. Q. (2013).

Na busca de ampliação de parcerias locais que pudessem auxiliar o observatório da saúde na escola no desenvolvimento dos projetos e mobilização da comunidade, em setembro de 2014, Organizações Não Governamentais (ONGs), igrejas, creches, polícia militar, secretaria anti-drogas, escolas, Unidades Básicas de Saúde da Família, entre outras, localizadas no bairro São Jorge, foram convidadas a participar de uma reunião na escola Municipal Professor Eurico Silva (Apêndice B).

Na reunião foram expostos os trabalhos que estavam sendo desenvolvidos com os grupos de trabalho do Observatório da saúde da Escola Municipal Professor Eurico Silva. Além disso, foi realizado pedido de parceria das instituições presentes para auxiliar na continuidade dos projetos e em outros que venham surgir. Enfatizamos a necessidade da constituição de parcerias para a melhoria da qualidade de vida e saúde dos bairros (Imagem 5).

Imagem 5 - Reunião para ampliação de parcerias, setembro de 2014



Fonte: OLIVEIRA, C. R. C. (2014).

A grande quantidade de casos de dengue no país e no município de Uberlândia, despertou a preocupação e o interesse em combater a doença. Assim, a escola foi estimulada a desenvolver ações de combate ao mosquito transmissor da dengue no território e surgiu o projeto “Redes comunitárias locais como estratégia de promoção da saúde para prevenção e controle da dengue em microterritórios” (Apêndice C), que começou a ser executado a partir do Observatório da saúde da Escola Municipal Professor Eurico Silva. Destaca-se que a inserção de novos temas de pesquisa durante o andamento dos trabalhos é possível, pois está previsto no regimento do observatório a possibilidade de abertura de outros grupos de trabalhos de acordo com demanda da comunidade escolar.

A partir da relação intersetorial e da mobilização comunitária, a UBSF São Jorge II foi inserida nas atividades desenvolvidas a partir da escola. No entanto, era necessário ampliar a participação e estimular o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde em outras Unidades Básicas de Saúde da Família.

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, com o apoio do diretor de Vigilância em Saúde, reconhecendo a importância desse trabalho, decidiu adotá-lo como política de saúde pública para promoção da saúde e controle da dengue no município. O aumento do número de casos de dengue e o surgimento do zika vírus e da chikungunya, despertou ainda mais o interesse da gestão municipal em buscar alternativas para erradicação do *Aedes aegypti*. Política essa, que pode ser adotada para o combate a outras doenças.

Esse entendimento, proporcionou uma maior intersetorialidade entre a Secretaria Municipal de Saúde, com as coordenações de Gestão de Pessoas, Atenção Primária, Programa Saúde na Escola, Vigilância Epidemiológica, Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e coordenação do Programa da Dengue em Uberlândia, o que possibilitou ampliar a participação das unidades de saúde, e ainda, abriu espaço para colocar em prática as discussões realizadas nessa pesquisa.

Em relação as UBSF, a ideia inicial era trabalhar apenas com as mesmas no município de Uberlândia. No entanto, viu-se a necessidade de ampliar a pesquisa também para as UBS, pois essas também realizam atendimento de saúde das famílias nos bairros que não possuem UBSF (vide mapa p. 46). Além disso, assim as como as UBSF, elas também têm entre os membros da equipe Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em algumas unidades os Agentes de Saúde Escolar (ASE) e recentemente, os Agentes de combate a endemias (ACE), que também fazem parte da equipe das unidades. Estes estão em contato frequente com a população adscrita no território, seja em visita domiciliares ou nas escolas. Como um dos focos do projeto é o combate ao *Aedes aegypti*, é essencial a participação dos agentes que estão em contato diário com as famílias.

O objetivo é que as Unidades de saúde, juntamente com sua equipe desenvolvessem ações de promoção da saúde e de combate à dengue e fortalecessem a relação intersetorial com as escolas. Para isso, fez-se necessário realizar curso de capacitação com os ACS, ASE, ACE e os enfermeiros (as) que são coordenadores das unidades.

O curso teve como finalidade fornecer subsídios teóricos e práticos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e controle do mosquito *Aedes aegypti* a partir da área de abrangência das unidades, promover uma maior interação entre os agentes. E ainda, discutir o processo de territorialização e trabalho dos agentes de combate a endemias nas unidades. De início, optou-se por realizar a capacitação das 69 equipes da saúde da família (UBSF) e 9 equipes da atenção básica (UBS), ambas localizadas na zona urbana. Essa capacitação foi realizada nos meses de agosto a dezembro de 2015.

Para realização do curso de capacitação contamos com o apoio da coordenação da Atenção Básica de Saúde, com o coordenador do Programa da

Dengue e com o coordenador do Programa Saúde na escola em Uberlândia. Estes ficaram responsáveis pelo processo de intermediação com as unidades, com os agentes de saúde escolar e com os agentes de combate a endemias que estavam em processo de territorialização nas unidades de saúde.

É importante ressaltar que embora as unidades de saúde da zona rural não tenham participado do curso de capacitação num primeiro momento, elas foram capacitadas no primeiro semestre de 2016. Em 18 de dezembro de 2015, através da Portaria Nº - 2.121, de 18 de dezembro de 2015, o Ministério do Estado da Saúde altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011 para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica (Anexo B e C).

Art. 2º O Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso ao subtítulo "Do Agente Comunitário de Saúde":

"IX - ocorrendo situação de surtos e epidemias, executar em conjunto com o agente de endemias ações de controle de doenças, utilizando as medidas de controle adequadas, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores, de acordo com decisão da gestão municipal" (BRASIL, 2015).

Com a referida Portaria, as unidades de saúde da zona rural também viram a necessidade da articulação com os ACE e entraram em contato com a direção de Vigilância em Saúde para obter informações sobre as ações a serem desenvolvidas. Assim, foram enviados agentes de combate a endemias que participaram do curso anteriormente, para realizar a capacitação nas unidades rurais. Dessa forma, elas também foram beneficiadas com a capacitação.

A referida Portaria reforça a preocupação do governo e a importância da articulação intersetorial no combate ao mosquito *Aedes aegypti*. A Secretaria Municipal de Saúde e o diretor da Vigilância em Saúde de Uberlândia, entendendo a necessidade do trabalho articulado se anteciparam ao decreto e essas ações já estavam sendo desenvolvidas em Uberlândia.

Uberlândia tem atualmente 431 agentes de combate a endemias efetivos. Os agentes que estavam em processo de territorialização na área de abrangência das unidades de saúde, na data da pesquisa, eram aproximadamente 80, foi essa

amostragem de ACE que participou do curso de capacitação. Cada unidade de saúde tem um agente de combate a endemias na sua equipe (Tabela 1).

Segundo o coordenador do Programa Saúde na Escola, Uberlândia possui 51 Agentes de Saúde Escolar. Desse total, 49 são da zona urbana e participaram do curso de capacitação. Cada ASE é responsável por aproximadamente 1.700 educandos. Em 2014/2015, aderiram ao Programa 83 escolas (municipais de educação infantil, estaduais e municipais do ensino fundamental), com aproximadamente 43. 619 alunos atendidos e foram pactuadas 56 Unidades de Saúde (UBSF e UBS).

Possui um total de 419 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Cada unidade tem de 4 a 6 ACS, que é responsável pelas famílias localizadas na área de abrangência das unidades de saúde. Participaram do curso de capacitação aproximadamente 300 agentes.

Cada unidade de saúde tem um enfermeiro (a), que é o coordenador da unidade. Este é responsável pela organização e coordenação dos trabalhos desenvolvidos pelas unidades. Foram capacitados aproximadamente 69 enfermeiros (as).

Tabela 1 - Número de profissionais capacitados, Uberlândia 2015

Profissional	N.	%
Enfermeiros (as)	69	14
Agentes comunitários de saúde	300	60
Agentes de combate a endemias	80	16
Agentes de saúde escolar	49	10
Total	498	100

Organização: SANTOS, F.O; LIMA, S. C. (2016).

Para melhor aproveitamento do curso, dividiu-se a capacitação em sete turmas, compostos por uma média de 10 unidades de saúde em cada turma. Essa divisão foi importante, porque permitiu que os profissionais que trabalham na mesma unidade realizassem o curso com sua equipe de trabalho. Isso possibilitou uma maior interação e uma aplicabilidade mais efetiva das atividades no território em que estão inseridas.

O curso de capacitação, realizado na Universidade Federal de Uberlândia foi ministrado pelos seguintes profissionais: Dr. Samuel do Carmo Lima, docente da Universidade Federal de Uberlândia, que atualmente exerce o cargo de diretor da Vigilância em Saúde do município; Dr. João Carlos Oliveira, professor da Escola Técnica de Saúde da UFU e desenvolve trabalhos na área da mobilização comunitária e dengue e; Ms. Flávia de Oliveira Santos autora dessa pesquisa, e ainda, contou com o apoio de seis estagiários dos cursos de Geografia, Saúde Ambiental, Psicologia e Direito da Universidade Federal de Uberlândia, que atuaram como monitores (Imagem 6).

Imagem 6 - Professores e estagiários da UFU que realizaram curso de capacitação, agosto de 2015



Fonte: LIMA, S. C.; OLIVEIRA, J. C. (2015).

O curso teve início em agosto de 2015 e encerrou-se em dezembro de 2015, com duração de 30 horas para cada turma, sendo que, desse total, 15 horas em sala de aula e as outras 15 horas de atividades práticas na área de abrangência das respectivas unidades. No final, os participantes receberam um certificado de participação. O curso foi dividido em 3 módulos, com temas distintos: Visita Domiciliar, Mobilização Comunitária e Articulação Intersectorial.

1º Módulo - Visita domiciliar: faz-se uma discussão inicial sobre a epidemia da dengue, abordando questões relativas ao trabalho dos agentes nas visitas domiciliares, levando-os a refletir sobre o que é promoção da saúde, como são realizadas as visitas no território e como envolver os Agentes Comunitário de

Saúde (ACS), Agentes de combate a endemias (ACE) e Agentes de Saúde Escolar (ASE) nesse trabalho (Apêndice D).

2º Módulo – Mobilização comunitária: Fez-se uma discussão sobre essa temática e como a mesma pode contribuir para a vigilância e controle da dengue no território. Nesse módulo procurou ainda instigar os participantes a refletirem qual o papel das instituições sociais nesse processo e como podem contribuir com a saúde da população, sempre envolvendo os ACE, ACS e ASE (Apêndice E).

3º Módulo – Articulação Intersetorial: Levantou-se uma discussão sobre a importância da intersetorialidade entre as instituições públicas para a vigilância e o controle da dengue. E levou os participantes a refletirem sobre como devem ser realizadas a articulação intersetorial e mobilização dessas instituições (Apêndice F).

A partir do curso de capacitação as Unidades de Saúde e sua equipe, ou seja, enfermeiros (as), agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar, na parte prática do curso, foram estimuladas a constituir redes comunitárias que tinham como objetivo combater a proliferação do mosquito *Aedes aegypti* no território de abrangência das respectivas unidades. As redes aqui, tem como foco a dengue, mas também pode ser utilizada como política pública de combate a outras doenças no município.

A partir do entendimento de que a saúde não depende apenas da nossa biologia ou das escolhas e ações que fazemos, mas sim, da somatória de tudo isso com o contexto no qual estamos inseridos (determinação social da saúde) é importante que os serviços e profissionais de saúde reconheçam o potencial social e comunitário para resolução dos problemas de saúde da população. A superação do modelo biomédico consiste em reconhecer que um dos caminhos para melhoria da saúde está na consideração da realidade social que a população está inserida, tendo como parâmetro inicial a própria comunidade, através da articulação e mobilização dos serviços, instituições e grupos comunitários em prol de um objetivo comum, o que constitui o que chamamos de redes comunitárias.

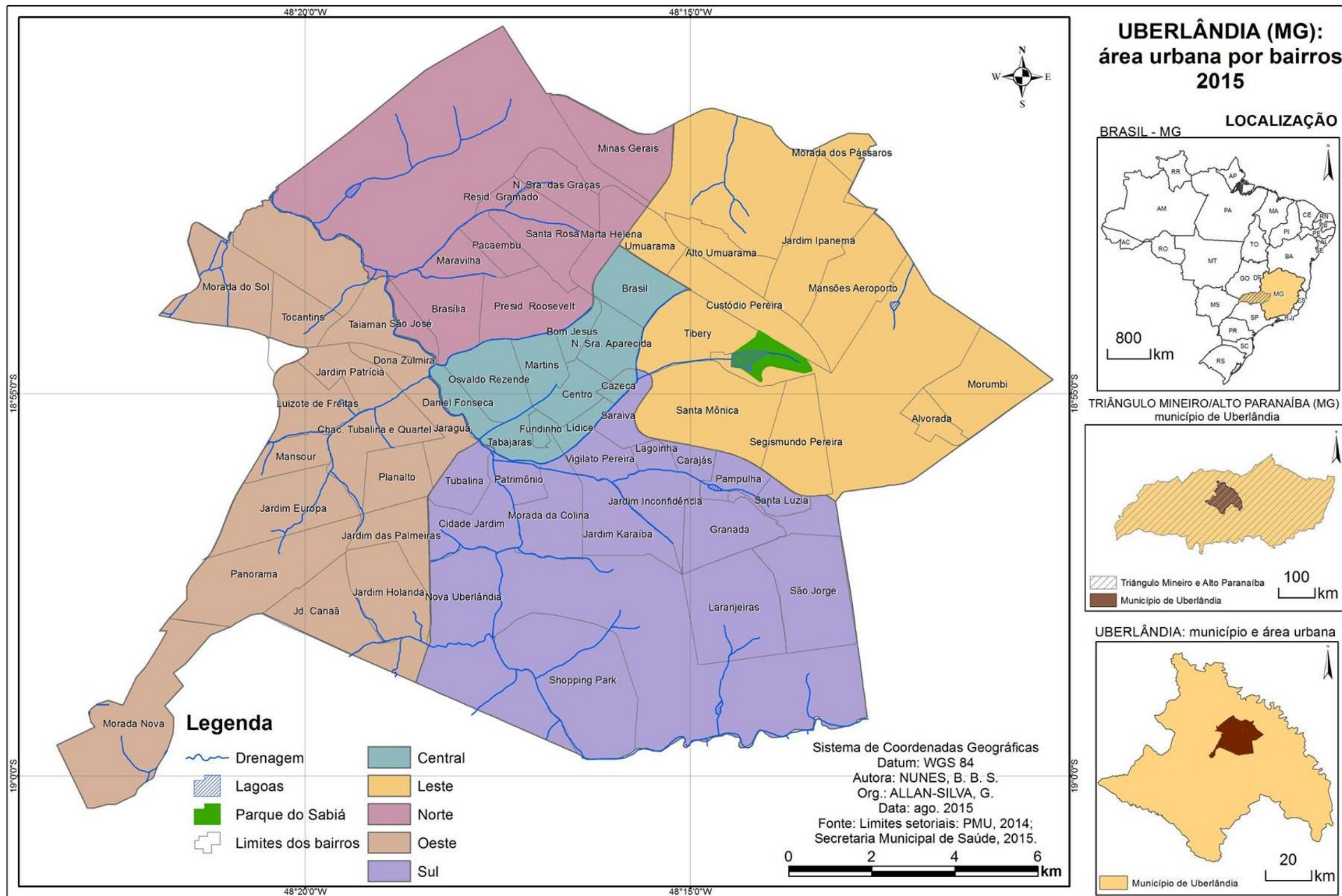
1.2 Localização e caracterização da área de estudo

O município de Uberlândia está localizado no Triângulo Mineiro, setor sudoeste do estado de Minas Gerais. Possui 4 distritos (Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama) e subdivide-se em 5 setores sanitários: Norte, Sul, Oeste, Leste e Central (Mapa 1). A população de Uberlândia em 2010, segundo dados do IBGE (2010), correspondia a 604.013 habitantes, sendo que desse total, 2,77% residem na zona rural, correspondente a 16.745 habitantes. A estimativa da população para 2015 é de 662.362 habitantes.

Com uma renda média mensal per capita de R\$ 865,00, o município de Uberlândia está em 4º lugar do ranking estadual. Os dados apresentados pelo IBGE, referentes ao Censo 2010, apontam que a renda média uberlandense é 35% superior à média estadual (R\$ 641,00) e 30% maior que a média nacional (R\$ 668,00). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Uberlândia aumentou de 0,702 em 2000, para 0,789 em 2010, e apresenta taxa maior que a de Minas Gerais e a do Brasil, que registram 0,731 e 0,727, respectivamente (IBGE, 2010).

Uberlândia tem aproximadamente 17,9 mil pessoas analfabetas, segundo o Censo 2010 do IBGE. Dos 478.424 habitantes com mais de 15 anos, 3,8% (17.924) não sabem ler e escrever. O índice de analfabetismo em Uberlândia é inferior à meta de 6,7% preconizada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO) para 2015. De acordo com o IBGE (2010), entre a população com mais de 15 anos de idade, o número de analfabetos é de 18.660 pessoas e o índice de analfabetismo é de 5,04%, abaixo dos índices estadual e nacional.

Mapa 1 – Mapa de localização de Uberlândia, MG.



Fonte: Nunes (2015)

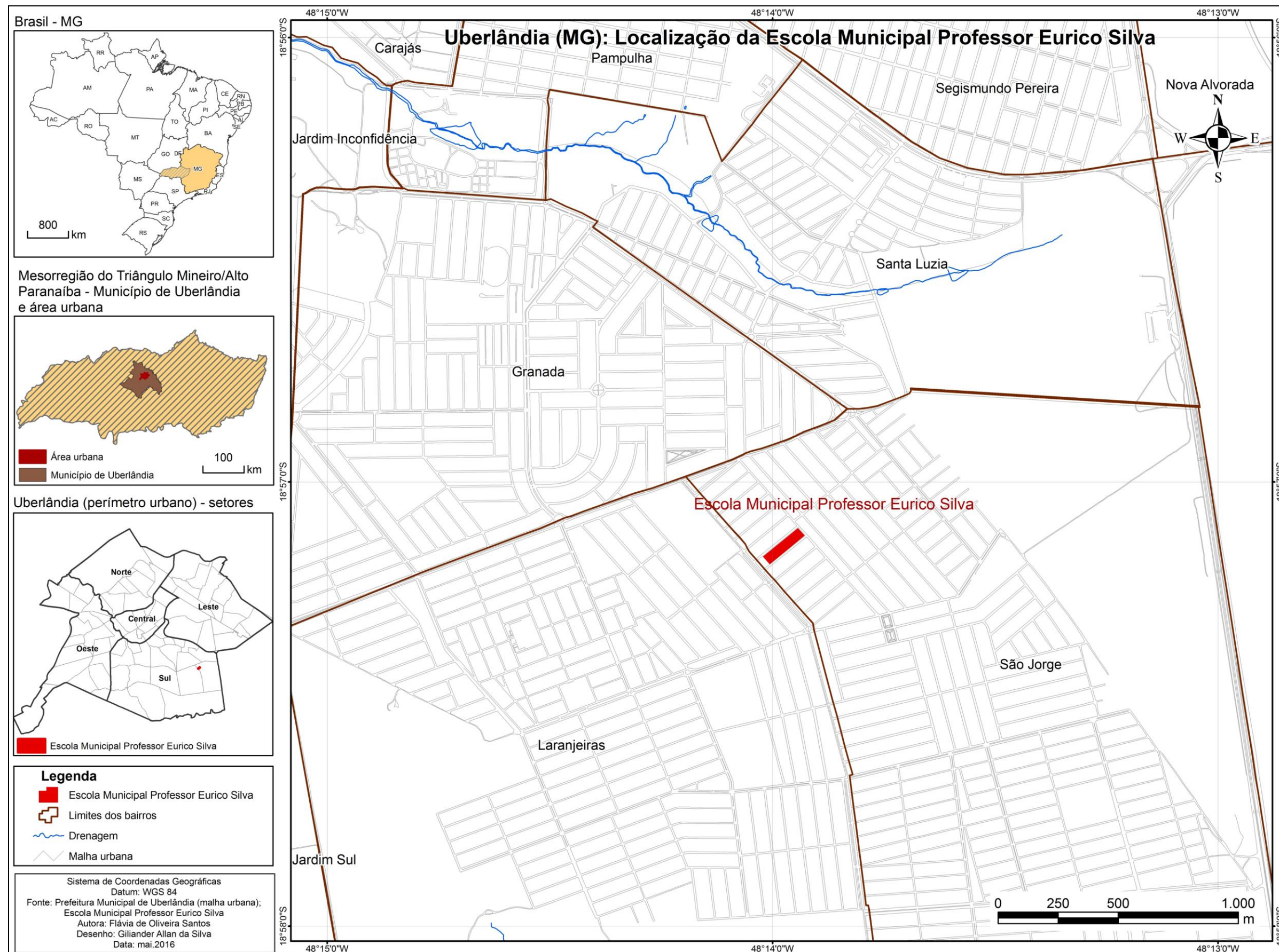
O município possui ainda 68 escolas estaduais, 03 federais e 154 escolas particulares. A rede particular, na educação infantil teve 8.193 alunos matriculados, no ensino fundamental 11.488, no ensino médio 3.849, na educação profissional 4.899 e na Educação de Jovens e Adultos¹ (EJA) 175 alunos. A rede estadual, no ensino fundamental teve 29.526 alunos matriculados, no ensino médio 19.483 e no EJA 6.619. Já a rede federal, na educação infantil teve 141 alunos matriculados, no ensino fundamental 679, no ensino médio 319, na educação profissional 483 e na modalidade EJA 60 alunos (UBERLÂNDIA, 2014).

No ano de 2014 em Uberlândia, o número de escolas municipais era de 116, sendo que passaram pela Educação Infantil 18.066 alunos, no Ensino Fundamental 34.516 alunos e na EJA 1.855 alunos (UBERLÂNDIA, 2014). Selecionada para fazer parte da pesquisa, a Escola Municipal Professor Eurico Silva, localiza-se no Setor Sul de Uberlândia, no bairro São Jorge (Mapa 2).

Constituído inicialmente de forma irregular, com 21,3% da população urbana, o bairro São Jorge, localizado no Setor Sul de Uberlândia (MG), obteve sua regularização através do projeto de lei 6.662 de 10 de maio de 1996. É o segundo maior bairro da cidade, devido a sua integração os bairros São Jorge I, II, III, IV e V, Quinhão, Jardim das Hortências, Parque Primavera, Campo Alegre, São Gabriel, Viviane e Seringueiras. O bairro possui centro comercial com vários tipos de comércio, casas lotéricas, agências bancárias, postos de gasolina, bares, padarias, hipermercados, serviços públicos de saúde, igrejas evangélicas, católicas, ONGs, praças públicas, dentre outros.

¹ EJA é uma modalidade da educação básica destinada aos jovens e adultos que não tiveram acesso ou não concluíram os estudos no ensino fundamental e no ensino médio. A idade mínima para ingresso na EJA é de 15 anos para o ensino fundamental e 18 anos para o ensino médio. (SEDF, 2014).

Mapa 2 - Uberlândia (MG): Localização da Escola Municipal Professor Eurico Silva



De acordo com o censo 2010 este bairro possui 26.564 mil habitantes. A população masculina representa 13.061 habitantes (50.83%), e a feminina, 13.503 habitantes (49.17%). É o segundo bairro com mais jovens², sendo a população composta por 25,9% de jovens e 4% de idosos.

Segundo o censo de 2010, no bairro São Jorge em Uberlândia, a quantidade de pessoas de 10 anos ou mais de idade, “sem rendimento”³ nominal médio mensal, que residem no bairro é de 22.255 e recebem o equivalente R\$ 540,94. Desse total 10.911 são homens e recebem o equivalente a R\$ 706,16 e 11.344 são mulheres, que ganham R\$ 382,02. Já quantidade de pessoas “com rendimento”⁴ é de 15.034, com rendimento de R\$ 800,76. Desse total 8.224 são do sexo masculino e recebem R\$ 936,89 e 6.810 do sexo feminino, com rendimento de R\$ 636,37. De acordo com o Observatório de Gênero (2010), o Brasil apresenta um dos maiores níveis de disparidade salarial. No país, os homens ganham aproximadamente 30% a mais que as mulheres com mesmas características demográficas e de emprego e também de mesma idade e nível de instrução.

Segundo o censo demográfico de 2010, no bairro São Jorge, a quantidade de pessoas de 5 anos ou mais de idade, alfabetizadas é de 22.589 e das pessoas com 10 anos ou mais de idade é de 21.037 e recebem o equivalente a R\$ a 548,73. Deste total 10.334 são do sexo masculino e ganham R\$ 718,43 e 10.703 do sexo feminino e recebem o equivalente a R\$ 384,88. Já a quantidade de pessoas não alfabetizadas é de 1.218 e ganham o equivalente a R\$ 406,39. Desse total 577 são homens e recebem o equivalente a R\$ 486,49 e 641 mulheres são mulheres que recebem R\$ 334,30. Para Reis (2002), os trabalhadores que possuem maior nível educacional passam a auferir salários maiores, enquanto aqueles com baixo nível educacional recebem salários menores e as vezes são até excluídos do mercado de trabalho.

A Escola Municipal Professor Eurico Silva tem aproximadamente 160 (cento e sessenta) servidores, atende 1.395 estudantes, de ensino fundamental (6 a 15 anos), do 1º ao 9º ano, nos períodos matutino e vespertino e no período noturno,

² Entende-se por jovens a faixa etária de 0 a 14 anos e por idosos pessoas com mais de 65 anos. (IBGE, 2010).

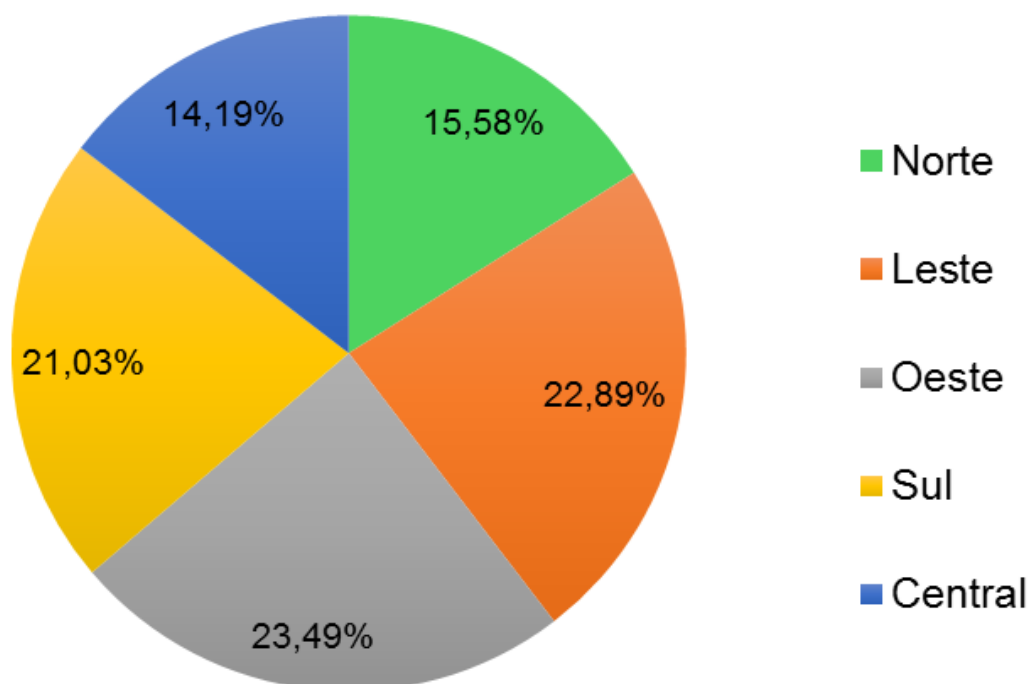
³ “Sem rendimento” inclui as pessoas de 10 anos ou mais de idade com rendimento per capita nominal mensal somente em benefícios. (IBGE, 2010).

⁴ “Com rendimento” é a soma dos rendimentos (do trabalho e outras fontes) que uma pessoa de 10 anos ou mais de idade recebeu no período de um mês. (IBGE, 2010).

atende os estudantes do programa EJA, que não tiveram acesso ou não concluíram os estudos no ensino fundamental do 6º ao 9º ano. Os alunos que frequentam esta escola possuem um nível socioeconômico baixo, residindo, em sua maioria, no próprio bairro ou em bairros próximos (Mapa 3).

No município, as ações de prestação de serviços do Sistema Único de Saúde são predominantemente realizadas por unidades organizadas em pontos de atenção da Rede Municipal de Saúde, coordenadas pela atenção primária. O cidadão é atendido por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidade de saúde. As unidades estão regionalizadas em setores sanitários (Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição da população de Uberlândia por setor sanitário



Fonte: SMS (2014), citado por Nunes (2015).

Em Uberlândia, a Atenção Básica de Saúde é composta Unidades de Atendimento Integrado (UAI), Unidades Básica de Saúde (UBS) e Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF), sendo que a cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica foi de 52,30% da população uberlandense (UBERLÂNDIA, 2015). As unidades não foram distribuídas igualmente no município, pois para a implantação foram considerados principalmente a demanda de serviços e os aspectos socioeconômicos.

As Unidades de Atendimento Integrado são unidades mistas, com Atendimento Ambulatorial na Atenção Básica e Pronto Atendimento funcionando 24 horas por dia todos os dias da semana, que oferecem consultas especializadas, como: Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Infantil, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Urologia. No ano de 2014, as UAI foram responsáveis pela cobertura do atendimento de 38,42% da população (UBERLÂNDIA, 2014).

A unidade de atenção básica que tem a Estratégia Saúde da Família como forma de organização é denominada de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). É composta por um médico generalista, um enfermeiro (geralmente é o responsável pela coordenação da unidade), um técnico ou auxiliar de enfermagem, os agentes comunitários de saúde, além dos profissionais de apoio como serviços gerais e auxiliar administrativo. Em algumas equipes há a presença da equipe de Saúde bucal, com dentista e auxiliar de saúde bucal (UBERLÂNDIA, 2014).

Os agentes comunitários de saúde são a extensão da unidade de saúde, dentro das residências das pessoas, é o olhar dos profissionais para além dos muros da unidade, possibilitando a identificação de problemas e caminhos para o cuidado efetivo das pessoas com suas especificidades. Algumas UBSF, contam com Agentes de Saúde Escolar, do Programa Saúde na Escola, que como relatado anteriormente, é uma estratégia do governo federal, que tem como objetivo a integração permanente da educação e saúde. Atualmente, o Programa pactuou com 56 unidade de saúde (UBSF e UBS), em Uberlândia.

O município de Uberlândia iniciou o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família em 2003 e no mesmo ano foram implantadas 30 equipes. De acordo com Rodrigues (2013), levou-se em consideração os bairros e a população existente

em 2001, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE); os critérios sócio-econômicos, acessibilidade à unidade e indicadores da atenção básica como óbito infantil, óbito total, peso ao nascer, gravidez na adolescência e doenças cardiovasculares. E ainda, foi feito um levantamento da necessidade de recursos humanos, equipamentos e infraestrutura para o funcionamento das unidades.

Além da equipe mínima, há apoio matricial de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educador físico e tutoria de médicos ginecologistas-obstetras, psiquiatras, pediatras em grande parte das Equipes de Saúde da Família (eSF), além da tutoria de geriatria/clínica médica no setor norte. Há atendimento de acupuntura em duas unidades dos Setores Oeste e Leste, integrando as atividades de Práticas Integrativas e Complementares, que serão ampliadas, inicialmente em todo Setor Leste.

A cidade possui no total 74 Equipes de Saúde da Família, sendo 5 equipes na zona rural, onde são oferecidos atendimentos básicos de saúde à uma população restrita (4.000 habitantes). A população coberta pela Estratégia Saúde da Família teve um acréscimo desde a implantação, em 2003, de 103 mil pessoas, o que corresponde a 19,55% da população, alcançando em 2015, 255.000 mil, correspondente a 41% de habitantes (BRASIL, 2012).

As Unidades Básicas de Saúde convencionais, em 2014, foram responsáveis pela cobertura de 26% da população, assistindo aproximadamente 159.110 mil pessoas. Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral à uma população ampla (12.000 habitantes) definida pela área de abrangência, de forma programada ou espontânea, nas especialidades básicas (Pediatria, Ginecologia e Clínica Geral), Enfermagem, Psicologia e outros profissionais de nível superior. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. O agente comunitário de saúde também faz parte da equipe das UBS (UBERLÂNDIA, 2014).

Como apontado anteriormente, em Uberlândia, assim como em grandes centros urbanos as UBS também realizam atividades referentes a Estratégia Saúde da Família por não ter equipes de saúde da família que cobrem todos os bairros da cidade. Atualmente o município conta com 74 equipes de saúde da família, que juntas atendem em 59 estabelecimentos de saúde (UBSF, UBS e Unidades de

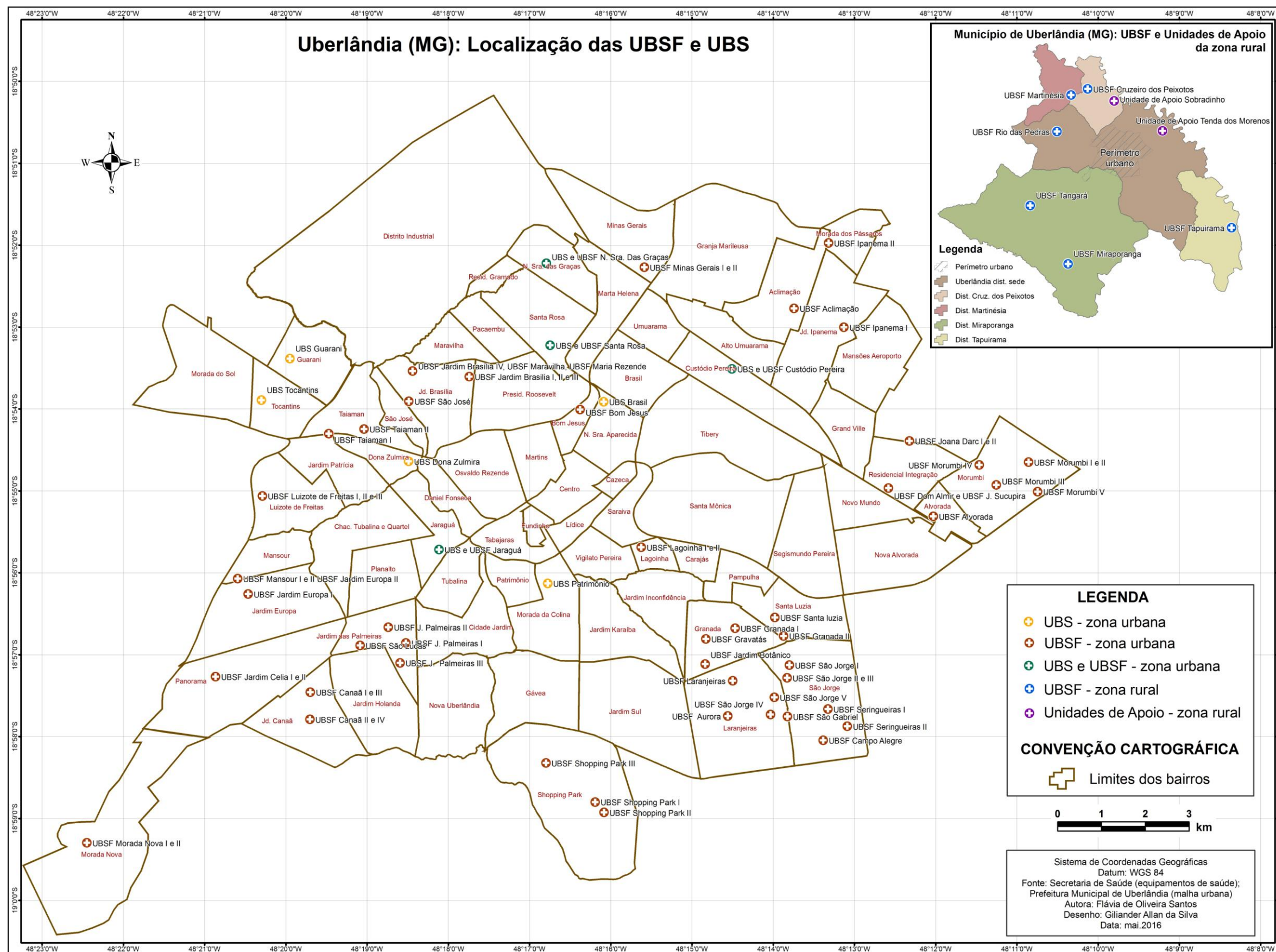
Apoio), sendo 6 UBSF e 2 Unidades de apoio na zona rural. Na zona urbana são 4 UBSF/UBS e 47 UBSF. O município conta ainda com mais 5 UBS (Mapa 4).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Uberlândia (2014-2017), o principal desafio para a efetivação do direito universal à saúde como princípio de cidadania é a superação de um sistema de serviços de saúde fragmentado, desarticulado, pouco resolutivo, centrado em profissionais e procedimentos voltados às condições e eventos agudos (urgência e emergência), centrado no médico e no hospital, desvalorizando a Atenção Básica e as equipes multiprofissionais. Busca-se uma transformação dessa lógica, para a construção de uma verdadeira Rede de produção da Saúde, que tenha o cidadão como centro e, coordenada pela Atenção Básica, articulada como os demais níveis de atenção do sistema. A Rede de Produção de Saúde amplia a Rede de Atenção, incorporando a Vigilância e a Promoção em Saúde, e principalmente, as políticas e estratégias intersetoriais, articulando a Política Pública de Saúde com as demais políticas públicas, seja sociais, econômicas e ambientais.

Nessa perspectiva, as ações contidas nos serviços da Vigilância e Proteção à Saúde são consideradas prioridades, para a gestão municipal e não devem ser executadas por meio de atividades isoladas, sob o risco de não se constituírem numa rede de vigilância, sem articulação e apoio a rede básica de serviços. Busca organizar suas ações de maneira integrada com a Rede de Assistência, com ênfase na Atenção Básica de forma a atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população (UBERLÂNDIA, 2016).

A Vigilância em Saúde tem como principal diretriz a redução dos riscos para doenças e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção, proteção e prevenção da saúde. Integra as atividades de controle e prevenção das doenças e agravos, seja com ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e de Saúde do Trabalhador, bem como e mais recentemente com ações de Promoção da Saúde. A Vigilância Epidemiológica do município de Uberlândia subdivide-se nas seguintes áreas: Tuberculose, Hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais, Centro de Controle de Zoonoses, Dengue, Laboratório de Animais Peçonhentos e Quirópteros, Laboratório de Entomologia, Laboratório de Sorologia, Imunização, Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) e Vigilância Epidemiológica (UBERLÂNDIA, 2016).

Mapa 4 – Uberlândia (MG): Unidades da Atenção Básica, 2016.



A Prefeitura de Uberlândia, através da Secretaria Municipal de Saúde, está mobilizada para o combate à dengue por meio de ações de vigilância, prevenção e controle da doença e do mosquito *Aedes aegypti*. A Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, está organizada e exerce suas atividades dentro dos protocolos de vigilância, atenção e promoção à saúde, estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

O cenário em Uberlândia repete a situação epidemiológica enfrentada por diversos municípios de Minas Gerais e de outros estados da federação. Historicamente, devido às condições climáticas, o maior número de notificações de casos suspeitos se concentrava entre novembro e maio. Entretanto, a transmissão persiste até hoje e o município ainda enfrenta uma alta incidência da doença. Além do trabalho de vigilância, realizado durante todo o ano, ações de proteção à população contra a dengue são desencadeadas assim que são notificados casos suspeitos da doença ao Centro de Controle de Zoonoses. Após notificação de caso suspeito, o Centro de Controle de Zoonose realiza ações de bloqueio num raio de aproximadamente 300 metros a partir do endereço do paciente. O município também disponibiliza exames sorológicos para diagnóstico laboratorial em todos os casos suspeitos, sem restrições ou cotas.

Além dessas ações, em 2015, o diretor municipal da Vigilância em Saúde de Uberlândia iniciou o processo de reestruturação de trabalho dos Agentes de Combate à Endemias, do Centro de Controle de Zoonoses. Nesse processo, muitos dos agentes foram realocados/remanejados na área de abrangência das UBS e das UBSF e passaram a compor a equipe das respectivas unidades. Os demais agentes continuam desenvolvendo suas atividades nos bairros que não possuem as referidas unidades de saúde. Essa mudança na organização dos serviços propiciou o vínculo dos agentes com a comunidade adscrita, o que facilitou a comunicação e os trabalhos de intervenção com a população. Da forma como estava organizado, os agentes sempre mudavam sua área de atuação, quase nunca voltando ao mesmo local. Desta forma, não criavam laços com a comunidade, dificultando assim o desenvolvimento do seu trabalho.

2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO

[...] as estratégias da promoção da saúde são as que possibilitam desenvolver a autonomia e fortalecer processos políticos e sociais que permitam a transformação dos determinantes estruturais que reafirmam os princípios do SUS. (HEIDEMANN; WOSNY; BOHES, 2014, p. 3554).

Este capítulo contempla, o território como lugar em que se podem compreender os contextos de vida, os problemas e necessidades de saúde, dialogando com autores como: Milton Santos, Christovam Barcellos, Maurício Monken, Marcos Saquet, dentre outros.

Aborda a promoção da saúde na perspectiva do território, considerando a saúde como uma produção social, discorrendo sobre os conceitos de intersetorialidade, mobilização comunitária.

Apresenta a escola como *locus* privilegiado para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde no território, por possibilitar o encontro diário de sujeitos que vivem a realidade da vida cotidiana, que representa situações históricas, ambientais, culturais e sociais nos lugares onde vivem. Para tanto, faz-se uma reflexão do processo saúde-doença no território e do papel da escola nas ações de promoção da saúde.

A escola, sendo um espaço de construção, socialização, formação e informação, assim como um lugar onde as crianças passam a maior parte do seu tempo pode se tornar um ponto de encontro das pessoas que saem do isolamento social para cumprir papel fundamental na concretização das ações de promoção da saúde no território de vida e trabalho.

Faz-se um breve histórico das políticas públicas de saúde na escola, bem como os principais programas implementados no Brasil para promover a saúde na escola.

Expõe também uma reflexão de como as instituições de educação e de saúde podem articular as ações de promoção da saúde e envolver os alunos e a comunidade nesse processo.

Faz-se um breve histórico da Atenção Primária à Saúde, para compreensão do processo de consolidação da Saúde da Família no Brasil e compreensão dos conceitos que norteiam os serviços de saúde, bem como conhecer as políticas públicas implementadas que nortearam a mudança do modelo de saúde que prevalece até os dias atuais no cenário brasileiro.

Apresenta-se também uma reflexão de como os serviços de saúde se adequaram a esse novo modelo, que é pautado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde e faz-se uma ponderação sobre a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família.

2.1 O Território e a Determinação Social da Saúde

Para alguns o território é uma realidade empírica que pode ser observada. Neste estudo, consideramos o território uma realidade complexa que deve ser interpretada. Neste sentido, o território é mais que a paisagem, é uma construção teórica, uma categoria de análise, instrumento fundamental para estratégias de promoção da saúde.

O território é a expressão do contexto de vida dos sujeitos e grupos sociais, uma porção de espaço construído historicamente, em diversas escalas, cujos limites podem ser mais ou menos fluidos. É o espaço organizado das relações sociais que constroem sistemas de objetos e sistemas de ações, fixos e fluxos (SANTOS, 1996, p. 49).

No Sistema Único de Saúde (SUS), o território é parte dos princípios constitucionais organizativos que, além de influenciar diretamente na organização dos serviços de saúde, determina que as práticas e ações devem ser orientadas a partir do reconhecimento do território, caracterizando a população e os seus problemas de saúde (GODIN et al. 2008). Cabe destacar que o território é uma das diretrizes estruturantes da gestão do Sistema Único de Assistência Social - SUAS (BRASIL, 2012).

Desta forma, fica claro que precisamos investigar o território para compreender o contexto de vida das populações nos lugares do seu cotidiano, para, assim, o estabelecimento de políticas de saúde e de desenvolvimento social conseqüente (LIMA, 2016).

A territorialização é um dos fundamentos básicos quando se fala do SUS, da Estratégia Saúde da Família, de Vigilância em Saúde.

Os serviços de saúde precisam superar o paradigma biomédico, ampliando sua atuação para além da clínica e da abordagem individual, que só vê o corpo doente. É preciso, compreender que os problemas e as necessidades de saúde que também são coletivas e territorializadas.

De acordo com esses princípios, o território deve ser entendido a partir de dados e informações populacionais, fisiográficos, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos para se estabelecer os processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde.

Para Campos (1991), a territorialização tem sido utilizada apenas como forma administrativa, para delimitar a área de adscrição de uma população à uma unidade de saúde, sem levar em consideração o contexto em que as pessoas vivem, nem os problemas e necessidades de saúde, que poderia levar a realização de ações de prevenção e promoção da saúde e não somente atender a demanda de assistência à doença.

Segundo Santos (1996), o território deve ser percebido e identificado como um conjunto indissociável de sistemas de objetos naturais e construídos (fixos) e sistemas de ações (fluxos) que representam os sujeitos, em relações sociais. Os sistemas de ações conduzem à criação de novos objetos ou a resignificação de objetos preexistentes e os sistemas de objetos valorizam as ações, por seus conteúdos técnicos, sociais e pela história, numa relação dialética.

Para além das relações econômicas que parecem definir os sistemas de objetos e ações, fixos e fluxos do território, há os sujeitos que devem ser reconhecidos. Os territórios expressam mais que a realidade epidemiológica dos indivíduos, também expressão as condições socioeconômicas, e a cultura que se manifesta na produção imaterial de costumes, artes, festas, crenças, regras sociais, laços de parentescos, histórias. Em alguns casos, a cultura desempenha papel mais

forte na construção da territorialidade que as relações econômicas e, isso, de forma nenhuma, pode ser ignorado por quem quer compreender os sujeitos no território. Aliás, o estudo do território não teria outro objetivo mais nobre do que permitir o reconhecimento dos sujeitos, do seu modo de vida e dos contextos de vida das populações (BARRETO; MONASTIRSKY, 2010).

Portanto, numa visão mais culturalista, o território também possui imaterialidades; ou seja, as experiências dos sujeitos que constroem significados, garantindo-lhe identidade social que transforma território em lugar, sem deixar de ser território.

Saquet (2010) diz que os territórios e as territorialidades são vividas, percebidas e compreendidas de formas distintas, com integração, conflitos, homogeneidades, heterogeneidades, identidades, localização, línguas, religiões. O território é uma construção social produzida na relação entre os sujeitos sociais e o lugar. Essa compreensão está em Monken e Barcellos (2007, p. 185-186) que dizem

[...] todos nós vivemos em um espaço geográfico, desenvolvemos nossas vidas em lugares que também são territórios. Apesar dos muitos conceitos ou representações que possamos ter, o território está sempre relacionado a uma área delimitada onde a vida acontece, submetida a certas inter-relações, regras ou normas (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 185-186).

Essa diversidade dos lugares se manifesta claramente nas políticas públicas sobre o território que pode reproduzir iniquidades sociais que afetam a saúde das populações ou reduzi-las; por exemplo, na cidade, o lugar dos ricos é dotado de todas as infraestruturas e o lugar dos mais pobres não tem saneamento ambiental, o que afeta sobremaneira a saúde dessas populações. É notória a falta de investimentos em bairros onde moram pessoas com menor poder aquisitivo o que agrava ainda mais as vulnerabilidades sociais.

Muitas das doenças, principalmente infecciosas e parasitárias estão relacionadas com o ambiente em que essas populações estão inseridas, à moradias precárias e ao acesso precário aos serviços essenciais como, sistema de coleta e tratamento de esgotos sanitários, rede de distribuição de água tratada, pavimentação asfáltica, iluminação pública, entre outros. A esse respeito Barata (1985, p. 39) ressalta que “[...] o ambiente, origem de todas as causas de doença,

deixa de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas”.

A partir da compreensão desses fatores, é possível compreender o território (físico, social e cultural) e suas interferências na saúde da população. Segundo Monken (2008) [...] “a abordagem geográfica pode ser um meio operacional de aproximação tanto para o entendimento quanto para a produção de informações acerca das necessidades sociais e dos problemas de saúde”. Conhecer o território e a realidade das populações que estão em condições de vulnerabilidade social pode ajudar no estabelecimento de políticas públicas e programas de promoção da saúde.

Promoção da saúde se contrapõe diretamente ao modelo biomédico e se estabelece por ações intersetoriais, com abordagens coletivas e interdisciplinares, considerando os sujeitos nos seus contextos de vida para a criação de ambientes saudáveis. Construir territórios saudáveis é promover saúde, o que inclui necessariamente em políticas intersetoriais, mobilização comunitária para atuar na melhoria da qualidade de vida e estabelecer estilos de vida saudáveis.

Sendo o território o espaço da produção da vida e, portanto, da saúde, é fundamental considerar a saúde para além dos fatores biológicos do corpo, considerando que a dinâmica social constrói os lugares, os lugares constroem os indivíduos e as populações e determinam a qualidade de vida e as condições de saúde, ou seja, a saúde e a qualidade de vida são atributos também dos lugares (LIMA, 2016).

O território é a expressão do contexto de vida, o espaço organizado das relações sociais que produzem saúde e doença. Essas relações complexas entre os grupos sociais e seus territórios de vida e trabalho possuem significados e conteúdos históricos, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos. Por isso, reconhecer os territórios é a condição básica para os programas de promoção da saúde. Considera-se, então, o indivíduo como sujeito integrado à família e ao domicílio e, ao mesmo tempo ao lugar que representa as condições coletivas da vizinhança (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

O território não é uma coisa inerte, é vivo. Não é apenas uma área demarcada onde se inscreve uma população para o oferecimento dos serviços

públicos. O território não é o palco onde a vida se dá, tampouco os indivíduos e as populações são atores. Ao contrário, território é o contexto da vida, híbrido de materialidade e imaterialidades construídas pela vida social (SILVEIRA, 2009).

Nesse sentido, o território deixa de ser um espaço delimitado por um critério qualquer, sem nenhum conteúdo, ainda que haja algumas definições político-administrativas que definem o bairro, a cidade, os estados e os países como unidades territoriais. Em uma compreensão mais ampla, o território é uma construção social produzida na relação entre os sujeitos sociais e o lugar, produzindo contextos sociais que favorecem a saúde ou a doença.

Essa compreensão aparece em muitos autores da área da saúde, que buscam base teórica no conceito de território usado de Milton Santos (SANTOS, 1996). Por exemplo, Fernandez e Mendes (2007), percebem o território é formado a partir das relações sociais, pela economia, pelos equipamentos disponíveis na área urbana e pelas regras sociais e jurídicas, como uma construção sócio-histórica.

Em cada lugar o território adquire características próprias, com diferenças sociais, econômicas e culturais, bem como de quantidade e qualidade de infraestruturas tais como acesso aos serviços de saúde, de educação, de transportes públicos, de lazer.

Nesse sentido, cada território possui uma identidade própria que identifica os sujeitos que por sua vez identificam-se pelo seu território. Essa compreensão é compartilhada por Rogério Haesbaert: “[...] de uma forma muito genérica podemos afirmar que não há território sem algum tipo de identificação e valoração simbólica (positiva ou negativa) do espaço pelos seus habitantes” (HAESBAERT, 1999, p. 172).

Deste modo, é de fundamental importância que os programas de saúde tenham uma abordagem territorial, pois o lugar onde se vive e trabalha identifica os sujeitos e os problemas e necessidades de saúde.

Para entender saúde no território e promoção da saúde, precisamos ampliar o conceito de saúde para ver mais que a doença, ou a ausência de doença, temos que pensar em qualidade de vida. Ainda que pareça muito vaga a compreensão da saúde como qualidade de vida, essa definição consegue explicar

que a saúde e doença são resultados de um processo de produção social, determinada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, portanto, devem ser pensadas para além das manifestações individuais (BRASIL, 2002).

As atividades cotidianas, nos locais em que as pessoas vivem, locais de trabalho e vida, apresentam contextos variados. Por isso, é preciso compreender as práticas diárias da população para poder realizar estratégia de Promoção da Saúde.

Não raramente os conceitos de promoção da saúde e prevenção são confundidos. No dizer de Buss (2003), o enfoque da promoção é mais amplo e abrangente, procurando identificar os macrodeterminantes do processo saúde-doença. As intervenções são realizadas no âmbito da coletividade e não do indivíduo, em que o foco é a saúde e não a doença para melhorar as condições de vida da população, enquanto a prevenção busca evitar a doença do indivíduo ou mesmo reduzir sua incidência e prevalência nas populações, com ações são voltadas para a detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco do indivíduo, que é visto como responsável por seu estado de saúde.

No dicionário Aurélio o termo 'prevenir' significa dispor com antecipação, de sorte que evite um dano ou mal; chegar, dizer ou fazer antes de outrem; interromper, atalhar; informar com antecedência. Para Leavell & Clarck (1976) citado por Czeresnia (2009, p. 49), a prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença". A autora ressalta que o objetivo da prevenção é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a diminuição do risco de doenças crônicas e degenerativas ou outros agravos específicos. As intervenções são direcionadas a evitar o aparecimento de doenças específicas, reduzindo a sua incidência e prevalência nas populações.

Promover', no dicionário Aurélio, significa dar impulso, fazer avançar; causar, originar; negligenciar para que se realize. Leavell & Clarck (1976) citado por Czeresnia (2009, p. 22) dizem que promoção da saúde é entendido em um sentido mais amplo que prevenção, e "não se dirige a uma determinada doença ou desordem, mas serve para aumentar a saúde e o bem-estar gerais". Nessa perspectiva, as estratégias de promoção da saúde exigem um enfoque intersetorial, pois tem como objetivo a melhoria das condições de vida e trabalho da população.

A ideia de promoção da saúde já estava apresentada em Sigerist (1946), que falava de quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação (BECKER, 2001).

Essas ideias vinham evoluindo desde Sigerist, mas é em Lalonde (1974) que se encontram os fundamentos para a moderna compreensão das estratégias de Promoção da Saúde, que colocou o processo saúde-doença para além dos fatores individuais da biologia humana, considerando também como fatores importantes relacionados ao meio ambiente e ao estilo de vida, além da organização da atenção à saúde.

Muito já se avançou nesta direção, mas esse é um conceito que ainda está amadurecendo e se fortalecendo nos debates. Percebe que ainda existem algumas lacunas a serem preenchidas para a compreensão efetiva do conceito de promoção da saúde.

Por volta dos anos de 1960, em todo o mundo, crescia o debate sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Muitos já diziam que a saúde tinha sido impactada muito mais pela melhoria das condições sociais e pelo saneamento ambiental do que pela evolução da biotecnologia, avanço das técnicas médicas de diagnóstico e cirurgias, e terapias farmacológicas (BUSS, 2003).

Era um período em que se consolidavam as transições demográfica e epidemiológica nos países desenvolvidos, quando a incidência das doenças crônicas não infecciosas tornava-se mais importante. Nesta época, a educação sanitária, usada como estratégia para controle das doenças infecciosas e parasitárias, foi convertida em educação para a saúde, como estratégia de modificar os comportamentos e o estilo de vida dos indivíduos. Foi tornando-se cada vez mais evidente que a educação em saúde não alcançava os objetivos desejados, ou seja, que os indivíduos mais bem informados, não adotavam comportamentos saudáveis. Neste momento, era preciso realizar mais um salto, passando da educação para saúde à Promoção da Saúde (O'NEILL et al. 2007).

A conferência de Otawa (1986), primeira conferência mundial sobre promoção da saúde, realizada no Canadá, tem sido referência quando se fala em promoção da saúde. Na Carta de Ottawa identifica-se cinco campos de ação para a

promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades, reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde, tendo como marco a retomada do conceito de promoção da saúde em sua dimensão social, não bastando o olhar sobre o indivíduo, mas na coletividade. Definiu que a promoção da saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002).

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis (BRASIL, 2002, p. 20).

Desde a Carta de Otawa várias conferências foram realizadas, como, as Conferências regionais de Santafé e Bogotá, 1992, de Adelaide, em 1988, Sundsvall, 1992, Jakarta, 1997, além das conferências (BRASIL, 2002). Com isso, a promoção da saúde passou a ser incorporada em políticas de saúde em diversos países.

A Declaração de Santa Fé e Bogotá tratou da promoção da saúde na América Latina e ressalta que esta busca condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento (BRASIL, 2002).

A Conferência de Adelaide reafirmou os cinco campos de ação da Carta de Otawa e ressalta que as políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação de todas as áreas das políticas públicas em relação a saúde e à equidade, tendo como principal objetivo a criação de ambientes favoráveis para a saúde. Ainda, afirma que a saúde é um direito humano fundamental e um investimento social e os governos devem investir recursos em políticas públicas e em promoção da saúde e que essas recomendações só serão possíveis a partir do estabelecimento de ações nos níveis nacional, regional e local e que a ação comunitária da promoção de políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2002).

A Conferência de Sundsvall teve um papel importante na saúde pois, além de reforçar que um ambiente favorável é importante a saúde, reconhece que todos têm um papel na criação e promotores de saúde. As ações devem vir de todos os setores, predominantemente, setores como educação, transporte, habilitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura; devem ter diferentes dimensões, tais como: política, física, social, espiritual e econômica, e ainda, devem ser levadas a sério pelas pessoas nas suas comunidades. Ressalta, também, que saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados (BRASIL, 2002).

A Conferência de Jacarta teve como tema central a Promoção da Saúde no século XXI e foi a primeira a incluir o setor privado no apoio a promoção da saúde e possibilitou a reflexão sobre promoção da saúde, para reexaminar os determinantes da saúde e para identificar as estratégias de promoção da saúde no século XXI.

Percebe-se que essas discussões transmitiam o pensamento de que a promoção da saúde consiste em proporcionar as populações condições necessária para melhorar e exercer controle sobre sua saúde, que envolve situações que extrapolam a condição biológica do corpo, mas se apresentam na relação dos sujeitos com os grupos sociais e com o lugar. Portanto, diz respeito a paz, moradia, educação, alimentação, renda, equidade, justiça social e ecossistema saudável.

Segundo Monken e Barcellos (2007), o conceito de promoção da saúde está associado a um conjunto de valores como, equidade, vida, saúde, democracia, cidadania, desenvolvimento, solidariedade, e ainda a combinação estratégica do Estado, das comunidades, dos indivíduos, do sistema de saúde e da parceria intersetorial, e tem como objetivo a responsabilidade mútua das soluções e dos problemas. “Segundo o Ministério da Saúde, promover saúde é aceitar o desafio de desencadear um amplo processo de articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular” (SANTOS; VIEIRA; SOARES, 2016, p. 21).

As estratégias de promoção devem ser sempre intersetoriais e com participação dos sujeitos na melhoria de sua própria saúde e qualidade de vida. Deve envolver a capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, sob o lema "cada um cuidando de sua própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive".

Deste modo, para se instituir ações de promoção da saúde no território, deve-se considerar o cotidiano da população, suas experiências de vida, seus hábitos e costumes, bem como as instituições e os grupos sociais, aos quais estão vinculados (BRASIL, 2002).

Deve-se também reconhecer o saber popular como "ponto de partida para a construção pactuada de possíveis estratégias de intervenção" (SOUZA, 2012, p. 121). "A grande valorização do 'conhecimento popular' e da participação social conseqüente a este conhecimento está na base da formulação conceitual da promoção da saúde" (BUSS, 2003, p. 16).

Promoção da saúde se faz olhando para as populações no seu território, identificando problemas e necessidades de saúde. Isto nos leva a reconhecer que a saúde é determinada socialmente.

Conforme Loureiro e Miranda (2010, p. 57), "os factores com influência na saúde individual e colectiva são chamados de determinantes em saúde". Ainda de acordo com Marmot e Wilkinson (2005), citado por Loureiro e Miranda (2010, p. 75), "aos factores genéticos, psicológicos e outros de carácter pessoal, é necessário inserir o ambiente em que as pessoas vivem, ou seja, casa, família, escola, trabalho, serviços de saúde". Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Determinantes Sociais da Saúde são as condições sociais em que os sujeitos estão expostos diariamente, seja no trabalho ou no lugar que residem. E ainda, segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) os problemas de saúde são influenciados por fatores culturais, econômicos, sociais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Ainda, segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), exemplificado na Figura 1, os indivíduos aparecem na base com suas características individuais de idade, sexo e fatores hereditários, que exercem influência sobre a saúde. Logo acima estão os comportamentos e os estilos de vida individuais, que na maioria das vezes são consideradas como 'escolhas', no entanto, podem ser consideradas como partes dos DSS, já que em grande maioria são oriundas da falta recursos materiais e de exclusão social.

A camada seguinte destaca a organização das redes sociais e comunitárias, cuja coesão é essencial para a saúde da sociedade como um todo.

Representada pela família, amigos, vizinhança e comunidade local. No próximo nível estão os fatores relacionados às condições de vida e trabalho, disponibilidade e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, habitação, alimentos e produção agrícola, emprego, indicando que as pessoas em desvantagem correm um risco diferenciado, criado por condições de moradia, exposição as condições mais perigosas ou estressantes no trabalho e acesso menor aos serviços. E na última camada estão os macrodeterminantes relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientes gerais.

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo Dahlgren e Whitehead



Fonte: Buss e Pellegini Filho (2007).

Lima (2016) diz que "não há como realizar promoção da saúde desconsiderando o território, que conformam os determinantes da saúde". Citando Kawachi e Berkman (2003) que dizem "onde você mora é mais importante para a sua saúde, para além de quem você é", Lima (2016) argumenta que a vida não se estabelece somente a partir do corpo biológico, muito pelo contrário, representa uma condição de seres sociais e históricos, no tempo e no espaço, que produz para os

indivíduos e populações um modo de viver e um contexto territorial distintos, no lugar onde se vive.

Promoção da saúde, portanto, significa tudo o que se pode fazer para melhorar as condições de vida, mudando os contextos territoriais dos indivíduos e populações; qualquer ação que tenha como objetivo a melhoria da qualidade de vida terá reflexos positivos em sua saúde, pois o lugar em que se vive e trabalha exerce forte influência sobre a saúde dos indivíduos.

Para se adquirir saúde, é necessária uma boa alimentação, moradia adequada, educação, lazer, saneamento, condições que proporcionem qualidade de vida. Reduzir as vulnerabilidades sociais e as diferenças de acesso à saúde é um dos desafios que demandam uma ação coordenada entre os diversos segmentos da sociedade, com uma visão ampla de saúde, que seja capaz de efetivar estratégias e programas que valorizem e considerem os sujeitos em seus contextos de vida.

Quando nos referimos a promoção da saúde é importante pensar não só nos indivíduos, mas também nos lugares em que vivem. Por isso, é importante que se considere a criação de territórios saudáveis.

Para se promover a saúde e construir territórios saudáveis, além do desenvolvimento de políticas públicas, torna-se necessário o empoderamento dos sujeitos e da comunidade para atuarem em prol da melhoria das condições de vida e saúde nos lugares onde se vive. Se, por um lado, para a construção de territórios saudáveis exige-se políticas públicas saudáveis, que não é tarefa exclusiva do setor da saúde, mas de todos os setores da governança, por outro, além de ações intersetoriais, exige-se a participação da sociedade civil, de sujeitos individuais, de grupos sociais e instituições. Todos em busca de um objetivo comum, o bem-estar dos cidadãos. Nesse sentido, devemos considerar a participação da escola, por ser uma instituição que está em contato diário com alunos, família e comunidade.

2.2 A Saúde na Escola

É importante reconhecer que a escola exerce um papel social importante na vida dos alunos e de suas famílias, e que a educação deve ser pautada na realidade em que estão inseridos os alunos, mesclando conhecimentos científicos

com saberes populares, para a formação de sujeitos cidadãos, autônomos e ao mesmo tempo solidários, guiada por processos educativos que os capacitem tanto para o trabalho, com qualificação profissional, mas também para o desenvolvimento humano, na construção de uma sociedade mais justa e fraterna.

Castro e Regattieri (2009), em um estudo patrocinado pelo UNESCO e pelo MEC que teve como objetivo oferecer aos secretários de educação e aos diretores das escolas orientações para o desenvolvimento de projetos e políticas que favorecessem uma maior interação entre a família e a escola, apresentou como questão norteadora a seguinte pergunta: como construir uma relação entre escola e família que favoreça a aprendizagem das crianças e adolescentes?

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 205, diz que a educação é "direito de todos e dever do Estado e da família", devendo ser "promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para a cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1998, p. 66).

Nisto percebe-se que a escola, representando o Estado, deve se aproximar da família para cumprir o preceito constitucional de oferecer educação como direito.

Para Silva Junior (2014, p. 32) a escola tem o poder de conduzir o aluno ao "status de sujeito pensante, subsidiando a escolha de valores, a avaliação e a tomada de decisões de forma consciente". Assim, a escola, deve assumir uma função social para a construção da cidadania, e não somente para oferecer letramento às crianças.

A escola, deste modo, a educação não pode constituir-se meramente de aprendizagem de conteúdos curriculares, de matemática, de comunicação lingüística, de história ou geografia. Deve ser é um espaço social de relações entre sujeitos que constroem significados, molda caráter, forma cidadãos, plenamente integrados na sociedade em que vivem.

No senso comum a escola ainda é o lugar onde se ensina e aprende, ou seja, o professor ensina e o aluno aprende, normalmente predominando um ensino tradicional, fragmentado, desarticulado do contexto de vida, que se limita a instrução. Percebe-se que os alunos têm acesso quase exclusivamente ao ensino

dos conteúdos de matemática, línguas, geografia, entre outros, como se essa fosse a única função da escola.

Para Cardoso e Lara (2009), com o intuito de formar um cidadão que seja capaz de participar da vida pública, a escola deve fomentar o desenvolvimento de ideias, atitudes e pautas que permitam a incorporação na vida pública e política. E ainda, ampliar o olhar para todas as esferas da escola, reconhecendo que a importância do saber é emancipatória (BARBOSA, 2004).

Para Barbosa (2004), a escola sozinha não transforma a sociedade, a transformação ocorre através de uma educação crítica, radical e libertadora. É essencial perceber outros cenários humanos, com suas diversidades de histórias de vidas apoiando no real para alavancar do ensino à educação integral dos sujeitos. “É necessário alterar a idéia de que somente através de uma revolução pode-se chegar a uma mudança estrutural verdadeira da sociedade. A ação imediata tem sua importância e é significativa no câmbio histórico” (BARBOSA, 2004, p. 11).

As mudanças acontecem aos poucos, não existem modificações que ocorrem da noite para o dia e às vezes, as intervenções realizadas parecem ser insignificantes diante das necessidades e urgências, seja no ensino, na formação de pensadores, em agentes de transformação. No entanto, é necessário agir imediatamente para que esse processo evolua e alcance resultados positivos e todo esse processo tem um valor importante na história, já que a mudança de paradigmas não ocorre rapidamente. Transformar a escola em um espaço a serviço da comunidade, que propicie uma maior inserção social, com sujeitos capazes de opinar sobre os mais variados assuntos ainda é um desafio na atualidade.

O processo de aprendizagem não se restringe a escola, mas se amplia para o território de vida, com suas relações, culturas, hábitos e redes sociais existentes na comunidade, lugar em que os sujeitos se educam e são educados, não restrito somente a escola. Nessa perspectiva, a população não pode ser excluída do processo educativo. A escola, no plano social pode estimular o educando e toda comunidade escolar a refletir sobre os problemas sociais, que estão no entorno da escola e da comunidade a partir do interesse e necessidades da população. De acordo com Barbosa (2004) a escola não está desvinculada das demais esferas sociais, não proporciona conhecimento de forma isolada da prática social, pois

reflete as alterações sociais e a realidade onde está inserida, não existe neutralidade da ciência, pois toda ação humana envolve um ato político.

Para Gomes (2009), "a escola é um dos locais (embora longe de ser o único) e a Educação para a Saúde o meio que muito pode contribuir para a promoção de comportamentos saudáveis nos futuros cidadãos". O autor, apresentando uma escola promotora de saúde, discute o papel da escola na educação para a saúde com os seguintes argumentos: todas as crianças passam pela escola (ou deveriam passar); que as raízes de nosso comportamento e o nosso modo de vida são moldados na infância e na adolescência; as crianças estão em fase de desenvolvimento físico, mental e social, que ainda não tiveram oportunidade de adquirir hábitos não saudáveis; e ainda que a escola conta (ou deveria contar) com profissionais preparados para educar.

Uma escola promotora de saúde é instituição que busca constantemente um estilo de vida, de aprendizagem e de trabalho propício ao desenvolvimento da saúde. Segundo Valadão (2004, p. 4),

A expressão "saúde na escola" é utilizada para designar o campo que compreende concepções, diretrizes, programas, projetos e ações relacionadas à saúde e acontecem no cenário da escola, sejam elas de natureza educativa, preventiva ou assistencial. Nesse campo a "promoção da saúde na escola" corresponde a uma visão e a um conjunto de estratégias que têm como objetivo produzir repercussões positivas sobre a qualidade de vida e os determinantes de saúde dos membros da comunidade escolar (VALADÃO, 2004, p. 4).

Até 1996, por resolução da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) 5692, o tema saúde era abordado no referencial curricular escolar, tendo como referência Programas de Saúde, e ainda não era incorporado como disciplina curricular, e sim como trabalho a ser desenvolvido de modo pragmático e contínuo (BRASIL, 1996a). E tinha como objetivos levar "a criança e o adolescente ao desenvolvimento de hábitos saudáveis quanto à higiene pessoal, à alimentação, à prática esportiva, ao trabalho e ao lazer, permitindo-lhes a sua utilização imediata no sentido de preservar a saúde pessoal e a dos outros". A LDB consolida e amplia o papel do poder público para com a educação em geral, e em particular para o ensino fundamental (BRASIL, 1996a).

Com a construção dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e a nova LDBEN 9394, a saúde no campo da educação passou a ser considerada como um tema transversal colocando em evidência a necessidade de assegurar uma ação integrada e intencional entre os dois campos, pois ambas se pautam, fundamentalmente, nos princípios de formação da consciência crítica e no protagonismo social (BRASIL, 1997a, 1996b).

Os PCN, no capítulo relacionado ao tema transversal saúde, diz que toda escola deve inserir os princípios de Promoção da Saúde indicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o intuito de fomentar a saúde e o aprendizado em todos os momentos, integrar profissionais de saúde, educação, pais, alunos e membros da comunidade, na tentativa de transformar a escola em um ambiente saudável, implementar práticas e políticas que respeitem o bem-estar, a dignidade individual e coletiva, oferecendo oportunidades de crescimento e desenvolvimento em um ambiente saudável, com a participação dos setores da saúde, educação, família e comunidade. Dessa forma, o trabalho e o desenvolvimento de Escolas Promotoras de Saúde, que já eram um movimento internacional, começam a se desenvolver no Brasil (BRASIL, 1997a).

De acordo com os PCN não se pode melhorar a situação de saúde do indivíduo ou de uma coletividade sem levar em conta que ela é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural (BRASIL, 1997^a; BRASIL, 1998).

Em 1998, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, instituiu o Projeto Promoção da Saúde, que tinha como objetivo elaborar e desenvolver uma política nacional de promoção da saúde. Para que o seu plano de ação se desenvolvesse foram previstas as seguintes linhas de atuação: Promoção da Saúde da Família e da Comunidade, Promoção de Ações contra a violência, Capacitação de Recursos Humanos para a promoção e Escola Promotora de Saúde, Espaço saudáveis e Comunicação e Mobilização Social (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, o tema da promoção da saúde na escola torna-se uma preocupação nacional, tendo como base que a escola é um espaço de ensino-aprendizagem, no qual se adquire valores fundamentais. Além de ser um espaço de convivência.

Quando se pensa em escola promotora da saúde, não se pode negligenciar os sujeitos que fazem parte da escola. E esses sujeitos não são somente os alunos e funcionários, mas também a família deles. E essas famílias têm uma casa e residem em lugares diferentes, com culturas e condições socioeconômicas variadas, no entanto, fazem parte da escola.

A compreensão a partir do cotidiano e do senso comum proporciona o entendimento dos fenômenos da vida e da saúde tendo como perspectiva o paradigma da complexidade, que constituem fenômenos multideterminados, multidimensionais e em interação com o contexto, que tem como origem os conflitos e contradições, em processo contínuo de transformação, e sempre articulados a interesses, sentidos e significações múltiplas (VASCONCELOS, 2002).

É no cotidiano, lugar onde se mantém os valores tradicionais, a rotina, os horários, onde nascemos, vivemos e morremos, que também podemos quebrar a rotina, participar de grupos, de reconstruir informações recebidas, de perceber a complexidade do nosso cotidiano. O cotidiano é a vida real, nas suas múltiplas facetas e manifestações (BRASIL, 2001).

Ao considerar que as pessoas necessitam ser atores do seu projeto de saúde para sua promoção, fica implícito a necessidade das pessoas ativamente se comprometerem com os indicadores de qualidade de vida. Em outras palavras, a promoção da saúde é o processo que dá ao sujeito maneiras de garantir maior controle sobre sua própria saúde. Assim, este processo procura propor mudanças para estilos de vida na promoção do bem-estar. É nesta forma de compreensão que a escola assume um relevante papel para que tal processo possa ser efetivado (LIMA; MALACARNE; STRIEDER, 2012, p. 195).

Quando se pensa em saúde a partir da escola não se pode buscar a homogeneização das condições sociais e das realidades cotidianas, mas sim procurar estratégias junto à escola e a comunidade para o conhecimento e desvelamento da realidade para que se possa agir de acordo com a realidade escolar. Para isso é importante “olhar e escutar” a comunidade para o efetivo conhecimento dessa realidade, para a partir daí planejar estratégias de saúde.

O lugar de convívio de alunos, funcionários e pais deve ser entendido como o lugar em que se pode entender os problemas, as necessidades e a situação

de saúde do lugar. Para isso, é necessário conhecer a realidade na qual estão inseridos. E quando discutimos a saúde do lugar é inevitável que se considerem os sujeitos envolvidos neste processo. Quanto melhor a explicação dos fatores que interferem no estado de saúde, maior será a capacidade de formular alternativas de solução para os problemas e necessidades de saúde.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS (1995), a promoção da saúde na escola tem uma visão integral e multidisciplinar, que considera as pessoas no contexto familiar, comunitário, social e ambiental. No entanto, essa visão nem sempre esteve presente nas práticas pedagógicas desenvolvidas na escola.

A implantação de políticas públicas saudáveis implica em ações intersetoriais sobre os fatores e processos territoriais de produção da saúde. Promoção da saúde tem como proposta a criação de ambientes favoráveis à saúde (CARVALHO, 1998). Uma das formas de articulação dos setores de educação e saúde pode ser realizada através da inserção das questões de saúde no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola, assim, elas estarão no bojo das decisões pedagógicas da instituição, estabelecendo uma nova relação com o setor saúde (VALADÃO, 2004).

A LDBEN (Lei n 9.394, de 1996), em seu artigo 12, inciso I, prevê que “os estabelecimentos de ensino, respeitadas as normas comuns e as do seu sistema de ensino, terão a incumbência de elaborar e executar sua proposta pedagógica” (BRASIL, 1996). Isso reforça a incumbência da escola em refletir sobre os problemas e como eles devem ser tratados no âmbito escolar, que através do referido documento pode direcionar a intencionalidade da escola, apontando um rumo para um compromisso que foi estabelecido coletivamente. É o que enfatiza Veiga (2009, p. 165), ao dizer que “cabe à escola explicitar os fundamentos teórico-metodológicos, os objetivos, os conteúdos, a metodologia da aprendizagem, o tipo de organização e as formas de execução e avaliação da escola”.

O setor educacional dada a sua abrangência é um forte aliado no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e a escola é fundamental no processo de consolidação de uma política intersetorial voltada para a qualidade de vida.

Por compreender que a escola é fundamental nesse processo, e que pode ser forte aliada no fortalecimento da atenção básica à saúde, em 2007, o governo federal lançou o Programa Saúde na Escola (PSE), com a finalidade de realizar ações de promoção, prevenção e atenção à saúde com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino e construir uma cultura de paz nas escolas (BRASIL, 2007).

De acordo com Brasil (2011) o PSE deve ser implementado a partir da implantação das Equipes de Saúde da Família, segundo as normas recomendadas pela Política Nacional de Atenção Básica articulados com os Estados e o Distrito Federal conforme portaria nº 1910 de 8 de agosto de 2011.

O PSE vem suprir uma necessidade de integração dos setores da saúde e educação, promovendo a intersetorialidade que é uma das prioridades do Sistema Único de Saúde e a corresponsabilização dos setores que estavam acostumados a trabalhar isoladamente, através da articulação entre escolas públicas e a Estratégia Saúde da Família (SANTIAGO et al., 2012).

A construção de espaços democráticos de diálogos interdisciplinares e intersetoriais sobre a saúde é uma das formas de implementação do Programa Saúde na Escola, com estratégias de promoção da saúde. Conforme consta no Programa Saúde na Escola, as temáticas a serem trabalhadas pelo PSE devem ser discutidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da saúde ou por profissionais da saúde. Essa preparação dos educandos no cotidiano da escola pode implicar a participação dos estudantes desde o agendamento e organização das atividades e/ou durante a realização delas (BRASIL, 2011).

No PSE, a escola deve estabelecer uma articulação permanente entre os setores da educação e da saúde, a partir do projeto político-pedagógico da escola e deve ser operacionalizado pela unidade básica de saúde, levando-se em consideração o respeito à competência política executiva dos Estados e municípios. Ainda, se deve buscar intersetorialidade com a cultura, o lazer, o esporte, os transportes, o planejamento urbano, entre outros para o desenvolvimento de estratégias que contemplem a dimensão da vida.

É importante o apoio dos gestores da área da educação e saúde, estaduais e municipais, por se tratar de uma adesão que se dará à luz dos compromissos e pactos estabelecidos em ambos os setores. De acordo com o Instrutivo do PSE, as diretrizes do Programa Saúde na Escola são:

- I. Tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
- II. Permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;
- III. Promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação;
- IV. Promover a saúde e a cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- V. Articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- VI. Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VII. Promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes;
- VIII. Atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade (BRASIL, 2011, p. 7).

O PSE é dividido em quatro componentes: avaliação das condições de saúde; promoção da saúde e prevenção; educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde, de educação e de jovens; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes (SANTOS, 2010).

O recurso financeiro é disponibilizado por transferência fundo a fundo, compondo o bloco de financiamento da atenção básica. A distribuição de material didático-pedagógico e clínico pelo Ministério da Educação dar-se-á para todas as escolas contratualizadas. A transferência de recurso financeiro e material do PSE para os municípios credenciados ao Programa Saúde na Escola está condicionada à assinatura, pelos secretários municipais de Saúde e Educação, do instrumento de contratualização, o Termo de Compromisso. Referente a verba

destinada ao PSE, 70% do valor total serão repassados após a assinatura do termo de compromisso e os outros 30% só após o cumprimento de 70% das metas municipais pactuadas (BRASIL, 2011).

A gestão do PSE é de responsabilidade do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), que também fica responsável pelo Termo de Compromisso, definindo intersetorialmente as metas de cobertura das ações. Os gestores, nesse termo se comprometem com um conjunto de metas anuais de cobertura de educandos beneficiados pelas ações do PSE, e vinculam as equipes de Saúde da Família com as escolas do território de responsabilidade. A proposta de coordenação do Programa Saúde Na Escola por meio de GTI, é centrada na gestão compartilhada, numa construção coletiva desde o planejamento até a execução, de forma a atender as demandas necessidades e demandas locais, o que pressupõe a interação entre os profissionais da saúde e da educação, estudantes, comunidade e demais redes sociais.

Efetivamente, existe um descompasso entre as diretrizes fundamentais do PSE e a sua realização, porque falta a intersetorialidade que o programa propõe e as ações estabelecidas ficam no âmbito dos indivíduos, com educação para a saúde e prevenção das doenças, sem considerar os determinantes sociais da saúde. É o que enfatiza Félix (2013, p. 53), ao dizer que:

A saúde é construída na vida cotidiana. Nesse sentido, a saúde passa a ser uma dimensão essencial ao dia-a-dia do ambiente escolar, onde alunos, pais, professores e demais profissionais da educação permanecem e convivem. Por isso, programas de saúde escolares são configurados com o propósito de utilizar o espaço escolar como um ambiente importante para o desenvolvimento de um estilo de vida saudável a ser construído com o envolvimento de toda a comunidade. Todos envolvidos no processo de criação e manutenção da saúde. Entretanto, ao se analisar mais cuidadosamente o desenvolvimento histórico desses programas, pode-se observar que estes seguem diferentes modelos e concepções de saúde e não se traduzem por resultados satisfatórios e efetivos. Muito provavelmente porque, na quase totalidade das propostas, a saúde não foi vista como uma construção social, produzida por diferentes atores em diferentes cenários e contextos (FELIX, 2013, p. 53).

As ações de prevenção são baseadas em campanhas para o controle da transmissão de doenças infecciosas e redução dos riscos de doenças crônicas e outros agravos, oferecendo informação e recomendação para mudança de hábitos e comportamentos, considerados de risco. De modo geral, a efetividade

dessas campanhas é quase nula, e isto se explica porque as campanhas de prevenção são direcionadas ao indivíduo, para que ele mude seu comportamento, esquecendo-se que o comportamento é determinado por normas sociais e, isto é cultural, e cultura é produto dos grupos sociais e não do indivíduo.

Normas sociais é um dos conceitos utilizados para explicar comportamentos. Sherif (1936, p. 3), citado por Veiga, Torres e Bruno-Faria (2011, p. 4), diz que as normas sociais são “regras negociadas coletivamente de comportamento social, de costumes, tradições, padrões, regras, valores e todos os demais critérios de conduta, os quais são estabelecidos pelo contato entre os indivíduos”. São essas regras determinadas por um grupo que definem como o indivíduo deve agir e se comportar perante a sociedade.

Para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde na escola é necessário pensar nos sujeitos da comunidade escolar, alunos, professores e demais profissionais, não somente no tempo em que estão estudando e trabalhando na escola, mas também quando estão fora da escola, nos ambientes da vida cotidiana. Então, precisamos pensar nas famílias e na comunidade em que desenvolvem vínculos sociais, culturais e afetivos.

Dentre os componentes PSE destaca-se a *avaliação clínica e psicossocial* com as seguintes ações: Avaliação antropométrica; Atualização do calendário vacinal; Detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.); Avaliação oftalmológica; Avaliação auditiva; Avaliação nutricional; Avaliação da saúde bucal; Avaliação psicossocial. *Promoção e Prevenção à saúde* a partir de ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas; Promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. E ainda, *Formação* com as seguintes estratégias: Formação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) – Formação permanente; Formação de Jovens Protagonistas para o PSE/SPE por meio da metodologia de educação de pares; Formação de profissionais da educação e saúde nos temas

relativos ao Programa Saúde na Escola; Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas; Rede Universidade Aberta do Brasil. (BRASIL, 2011, grifo do autor).

O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica. As diretrizes para implantação são: descentralização e respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo; controle social; e monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2007).

Será implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizada por meio de termo de compromisso. O planejamento das ações do PSE deverá considerar: o contexto escolar e social; o diagnóstico local em saúde do escolar; e a capacidade operativa em saúde do escolar (BRASIL, 2007).

Para Machado et al. (2015), deve-se repensar o PSE, acerca das políticas públicas em cada território e reorientar os serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos. É importante que a ESF desenvolva ações em conjunto com as escolas do seu território para que alcance o desenvolvimento integral à saúde dos educandos. A partir do trabalho coletivo entre saúde e educação, com a inclusão dos pais e responsáveis e o envolvimento dos educandos, aumenta-se o compromisso dessa comunidade com o enfrentamento das vulnerabilidades sociais.

É importante observar que, embora o cálculo de cobertura mínima das ações seja a partir do número de Equipes de Saúde da Família (eSF), a meta é do município e não da equipe. Entendemos que uma eSF pode atender, no mínimo, por ano, 500 educandos para avaliação clínica e psicossocial e 1.000 educandos para realizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde. Diversos podem ser os arranjos locais para definição das metas, desde que a meta municipal pactuada seja cumprida. (BRASIL, 2011).

Silva Júnior (2014), ao pesquisar o Programa Saúde na Escola como uma política intersetorial encontrou algumas contradições.

[...] o programa é prescrito pelo setor de saúde para ser executado pelo setor de educação, ocorrendo desta forma uma visão setorial do programa intersetorial. A falta de ações articuladas e integradas entre os gestores dos diversos setores do governo, bem como dos profissionais, encarta inúmeras limitações: a burocratização dos serviços; o desperdício de tempo de recursos financeiros e humanos, igualmente a duplicidade de ações, o que leva ao não atendimento dos objetivos do programa. A escola pode ser o cenário onde se promove o autocuidado, mas, para isso, diversos movimentos ainda precisam viabilizar; valorização e formação dos trabalhadores da saúde e da educação, investimento em infraestrutura, melhoria do acesso aos serviços e assistência à saúde. Ações como essas são imprescindíveis para atingir os objetivos da intersetorialidade e, conseqüentemente, promover a saúde na escola (SILVA JUNIOR, 2014, p. 799).

Para que o Programa Saúde na Escola consiga alcançar os objetivos propostos, é necessário colocar em prática e ampliar as estratégias desenvolvidas na escola para além das palestras tradicionais que usualmente fazem parte das atividades realizadas pela ESF. Para isso, é importante capacitar os diversos profissionais envolvidos no PSE e trabalhar de forma integrada e não fragmentada.

De acordo com as orientações para elaboração do projeto municipal PSE (2010) é fundamental a articulação entre os diversos setores da sociedade como, educação, lazer, cultura, esporte, planejamento urbano, a sociedade civil, redes sociais, setores não-governamentais e setor privado para o desenvolvimento de estratégias que contemplem a dimensão da vida. Nesse sentido, o território como espaço de vida deve ser levado em consideração para a elaboração de estratégias de promoção da saúde. No entanto, quando nos deparamos com as atividades desenvolvidas pela ESF na escola, encontramos uma realidade que não contempla os objetivos do PSE, as atividades são realizadas de forma pontual, sem articulação intersetorial, sem a participação da comunidade escolar na elaboração dos projetos e sem conhecer a realidade da comunidade escolar, o que vai em desencontro com a proposta do PSE. A identificação das necessidades é essencial para direcionar os projetos e apontar os parceiros que podem colaborar com as ações.

O Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (CONASEMS – MG), através do Ofício Circular nº 183/2010, recomendou aos

municípios mineiros que manifestem adesão ao Programa Saúde na Escola, nos termos da Portaria n.º Interministerial 3696, de 25 de novembro de 2010, que estabelece critérios para adesão a este Programa de Saúde.

De acordo com o coordenador do Programa Saúde na Escola de Uberlândia, o município aderiu ao programa no ano de 2012 e foram contempladas 39 escolas municipais e estaduais de ensino infantil e fundamental, em 2013 aderiram 58 escolas e em 2014 foram 83 (Tabela 2), com mais de 43 mil estudantes atendidos, tendo como referência as UBSF e UBS. No ano de 2015 foram pactuadas 56 unidades de saúde. O programa conta 51 Agentes de saúde escolar que atende uma média de 1.000 estudantes por unidade.

Tabela 2 - Quantidade de escolas contempladas com o Programa Saúde na Escola em Uberlândia

Período*	Escolas
2012/2013	39
2013/2014	58
2014/2015	83

Fonte: Prefeitura Municipal de Uberlândia (2016)

Org.: Flávia de Oliveira Santos (2016).

*O cadastro normalmente acontece em junho/julho e vai até o ano seguinte.

De acordo com Felix (2013) os Programas de Saúde na escola em Uberlândia não fazem promoção da saúde, as ações desenvolvidas são voltadas praticamente para estilos de vida com ênfase no indivíduo.

O Programa Saúde na Escola é uma estratégia que deve atuar em consonância com o Programa Mais Educação para atender à atenção integral de crianças e adolescentes, integrando os campos da saúde e da educação (BRASIL, 2011). Entretanto, isso não ocorre, os programas são trabalhados de forma desarticulada sem nenhuma interação entre as instituições, sem um planejamento prévio das reais necessidades da comunidade local, diferente do que prevê tanto o PSE quanto o PME.

Instituído pela Portaria Interministerial n.º 17/2007 o Programa Mais Educação (PME) integra as ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), como uma estratégia do Governo Federal para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na perspectiva da Educação Integral.

Busca através de uma ação intersetorial entre as políticas públicas educacionais e sociais, contribuir para a valorização da diversidade cultural brasileira, tanto para diminuir as desigualdades educacionais (BRASIL, 2016).

Esse ideal está presente na legislação educacional brasileira e pode ser apreendido em nossa Constituição Federal, nos artigos 205, 206 e 227; no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 9089/1990); em nossa Lei de Diretrizes e Bases (Lei n.º 9394/1996), nos artigos 34 e 87; no Plano Nacional de Educação (Lei n.º 10.179/2001), no Fundo Nacional de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Lei n.º 11.494/2007) e no Plano de Desenvolvimento da Educação (BRASIL, 2009).

Cabe destacar, a Lei 9.394 (LDBEN, 1996) que estabelece diretrizes e bases da educação nacional, diz em seu Artigo 34, Parágrafo Segundo:

Artigo 34. A jornada escolar no ensino fundamental incluirá pelo menos quatro horas de trabalho efetivo em sala de aula, sendo progressivamente ampliado o período de permanência na escola.

§ 2º. O ensino fundamental será ministrado progressivamente em tempo integral, a critério dos sistemas de ensino (BRASIL, 1996).

Gonçalves (2006, grifo nosso) a *educação integral* considera o sujeito em sua condição multidimensional, não apenas na sua dimensão cognitiva, parte da compreensão de que o sujeito também está inserido num contexto de relações. E que a aprendizagem acontece em diferentes contextos, na família, na escola, em espaços formais e informais, considerando todas as suas vivências. Já a *escola em tempo integral* implica em considerar a variável tempo, ou seja, a ampliação da jornada escolar e, ainda, a variável espaço, colocada como o próprio espaço da escola.

Este Programa busca evidenciar uma educação que busque superar o processo de escolarização tão centrado na figura da escola. De fato, a escola é o lugar onde acontece o aprendizado dos conteúdos previstos nos currículos escolares, mas não deve ser considerada como única. É importante reconhecer que o conhecimento ultrapassa os limites da escola e se faz presente pelo compartilhamento de diversos saberes e da tarefa de educar, através de pessoas

da comunidade, de instituições, famílias, ou seja, a partir do contexto de vida dos alunos, isso também é aprendido.

A intersectorialidade, é a base do Programa Mais Educação, em que os municípios poderão participar da definição dos critérios de implementação de acordo com a relevância de cada município, isto é, as articulações devem ser realizadas levando em consideração o contexto local. Entretanto, nota-se que essa articulação nos municípios é praticamente inexistente e ainda, o território em que está inserida a comunidade não é levada em consideração na formulação de estratégias.

O Programa Mais Educação atende, prioritariamente, as escolas de baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), situadas em capitais, regiões metropolitanas e grandes cidades em territórios marcados por situações de vulnerabilidade social que requerem a convergência prioritária de políticas públicas e educacional (BRASIL, 2016).

O IDEB foi criado com o intuito de melhorar a qualidade da educação pública brasileira, pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP e reúne num só indicador dois conceitos importantes para a qualidade da educação, o fluxo escolar e médias de desempenho nas avaliações. Ele agrega ao enfoque pedagógico os resultados das avaliações em larga escala do INEP a possibilidade de resultados sintéticos, facilmente assimiláveis, e que permitem traçar metas de qualidade educacional para os sistemas de ensino. O indicador proposto é o resultado da combinação de dois outros indicadores: pontuação média dos estudantes em exames padronizados ao final de determinada etapa do ensino fundamental (4ª e 8ª séries) e 3º ano do ensino médio; e taxa média de aprovação dos estudantes da correspondente etapa de ensino (BRASIL, 2009).

Vale esclarecer que a nota de 0 a 10, atribuída a cada escola, é o resultado da multiplicação dos pontos obtidos no Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB) e/ou Prova Brasil, vezes a taxa de aprovação de alunos da escola. Dessa forma, para obter uma boa nota no IDEB, é preciso que os alunos estejam aprendendo o conteúdo escolar e, desse modo, a escola apresente um baixo número de reprovação. A nota é considerada boa, quando ela está próxima ou acima de 6, nota que o Brasil pretende alcançar, como média

nacional, no ano de 2022, ano simbólico por ser o bicentenário da independência do Brasil.

O Programa Mais Educação é operacionalizado pela Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD), em parceria com a Secretaria de Educação Básica (SEB), por meio do Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE) do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) para as escolas prioritárias. As atividades fomentadas foram organizadas nos seguintes macrocampos: Acompanhamento Pedagógico; Meio Ambiente; Esporte e Lazer; Direitos Humanos em Educação; Cultura e Artes; Cultura Digital; Promoção da Saúde; Educomunicação; Investigação no Campo das Ciências da Natureza; Educação Econômica. Em cada macrocampo foram definidas as atividades a serem desenvolvidas pelo Programa (BRASIL, 2009).

Sem depreciar a importância dos demais macrocampos, cabe ressaltar aqui, as atividades a serem desenvolvidas no macrocampo da Promoção da saúde, que é tema desta pesquisa, tais como, alimentação saudável/alimentação escolar saudável, saúde bucal, práticas corporais e educação do movimento; educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids; prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; saúde ambiental; promoção da cultura de paz e prevenção em saúde a partir do estudo dos principais problemas de saúde da região (dengue, febre amarela, malária, hanseníase, doença falciforme, e outras) (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, percebe-se a importância do Programa Mais Educação e do Programa Saúde na Escola trabalharem de forma articulada. Nota-se uma desarticulação dos programas e das instituições de ensino e de saúde, mesmo esta intersetorialidade fazendo parte das diretrizes dos referidos programas. Para Leclerc e Moll (2012) a intersetorialidade pressupõe que, para além do espaço da escola, os espaços educativos estão presentes no bairro, na cidade, na vizinhança.

Com o objetivo de diminuir as desigualdades educacionais por meio da jornada escolar. Recomenda-se que seja adotado alguns critérios para seleção das crianças, jovens e adolescentes que participarão do Programa Mais Educação. De acordo com o PME passo a passo (2016), os indicadores são: estudantes que estão em situação de risco, vulnerabilidade social e sem

assistência; estudantes que congregam seus colegas – incentivadores e líderes positivos (âncoras); estudantes em defasagem série/idade; estudantes das séries finais da 1ª fase do ensino fundamental (4º / 5º anos), nas quais há uma maior evasão na transição para a 2ª fase; estudantes das séries finais da 2ª fase do ensino fundamental (8º e/ou 9º anos), nas quais há um alto índice de abandono; estudantes de séries onde são detectados índices de evasão e/ou repetência (BRASIL, 2016).

A escola, com seu Projeto Político Pedagógico, em diálogo com a comunidade será a referência para se definir quantos e quais alunos participarão das atividades, sendo desejável que o conjunto da escola participe nas escolhas.

O Programa Mais Educação adotou a metodologia do Bairro-escola para implementação do programa no território. A sistematização dessa metodologia, publicada no caderno Bairro Escola Passo a Passo (Cidade escola Aprendiz, 2007) trata da Educação Comunitária, que explicita uma concepção que traz novos significados para a educação ao aproximar o processo educacional da vida das pessoas numa ligação mais estreita com seu cotidiano. A Educação Comunitária está baseada nos princípios da Transcendência, Permeabilidade, Co-responsabilidade, Conectividade e Pluralidade.

O princípio da Transcedência entende que a educação é a vida toda, em todo momento e lugar, que transcende a escola e a própria comunidade escolar. Na Permeabilidade, a educação é incorporada pela comunidade como direito, dever, mas principalmente como um valor construtivo, que lhe pertence. Na Co-responsabilidade, o poder público, empresários, organizações sociais e comunidade assumem, todos juntos, o desafio de promover a formação de suas crianças, jovens e adultos. Na Conectividade, cada um dos envolvidos disponibiliza seus recursos e sua força de trabalho, que se conectam e se fundem, construindo uma malha complementar e coesa capaz de atender as diferentes demandas levantadas pelo processo. Na Pluralidade, a educação comunitária depende de uma ação intersetorial e baseia-se na interdependência, construída por meio do respeito, do diálogo e da valorização da diversidade como componentes complementares de uma ação integral (BRASIL, 2009).

A experiência do Bairro-Escola implementada na Vila Madalena, em São Paulo, também tem servido de referência para diversos municípios que

decidiram incorporar esse novo modelo de educação, entre eles Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro; Belo Horizonte, em Minas Gerais; Boa Vista, em Roraima; Praia Grande, São Bernardo, São Caetano e Taboão da Serra, em São Paulo (BRASIL, 2007).

Bairro-escola é uma proposta de aprendizagem compartilhada que articula e aproxima escolas, comunidades, organizações sociais, empresas e poder público, visando promover condições para o desenvolvimento integral de indivíduos e territórios, com especial atenção às crianças, adolescentes e jovens. O conceito de bairro-escola baseia-se em dois pressupostos: o ato de aprender é o ato de se conhecer e de intervir em seu meio; a educação deve acontecer por meio da gestão de parcerias, envolvendo escolas, famílias, poder público, empresas, organizações sociais, associações de bairro e indivíduos, capazes de administrar as potencialidades educativas da comunidade. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007).

A Educação comunitária acontece quando os processos formativos extrapolam o contexto escolar e tomam conta das ruas, adentrando espaços públicos, estabelecimentos comerciais, associações e centros culturais. Uma invasão consentida e planejada, articulada pela escola em estreita parceria com toda população. [...] A Educação Comunitária provoca impactos em diversos níveis. No âmbito dos indivíduos, o principal objetivo é gerar autonomia e responsabilidade. Ao estreitar a conexão entre as pessoas e seu entorno, também permite que compreendam melhor a sua identidade e desenvolvam um sentimento mais forte de pertencimento em relação ao lugar em que vivem. Ao permitir que idéias, produtos e ações circulem de maneira mais fluida pelo bairro ou pela cidade, garante visibilidade e reconhecimento, ampliando a auto-estima dos envolvidos. (BRASIL, 2007, p. 14-18).

Ao falar de Educação comunitária é necessário compreender que o conhecimento está presente em toda parte, seja na academia ou no saber popular. O aprendizado ocorre também fora dos muros da escola e que para além da sala de aula, existe muito ensinamento que pode contribuir com a formação dos estudantes, as pessoas, as organizações, os lugares, contribuem para o aprendizado integral do aluno.

O professor ou educador comunitário não é o dono do saber, ele deve estimular a comunicação entre os vários setores da comunidade, proporcionando uma maior comunicação, troca de saberes, ampliando as redes locais em busca

de um objetivo comum e cabe ao professor comunitário estar atento as demandas da escola e descobrir o que está acontecendo no entorno da mesma. Percebe-se que o papel do educador vai além dos muros da escola, ele deve ser um facilitador das relações entre as partes, deve unir os elos necessários para a formação de redes que possibilitem o trabalho em conjunto e este é um dos objetivos do Programa Mais Educação. No entanto, nota-se que o professor acaba realizando seu trabalho de modo tradicional, sem o envolvimento da comunidade, relegando o objetivo do Programa.

A educação integral abre espaços para o trabalho dos profissionais da educação, dos educadores populares, estudantes e agentes culturais (monitores, estudantes universitários com formação específica nos macrocampos), observando-se a Lei nº 9.608/1998, que dispõe sobre o serviço voluntário. A secretaria designará, dentre os docentes nela lotados, um professor com preferencialmente 40 horas semanais para exercer a função de professor comunitário, e esse coordenará a oferta e a execução das atividades de Educação Integral. Não tem uma definição “fechada” sobre quem pode assumir a responsabilidade de ser um professor comunitário, o que existe são alguns apontamentos, sobre o perfil, tais como: aquele que escuta os companheiros e estudantes, que busca o consenso e acredita no trabalho coletivo, ser aberto e sensível para as múltiplas linguagens e os saberes comunitários, apoia novas ideias e se dedica a cumprir o que foi proposto coletivamente, sabe escutar as crianças, adolescentes e jovens, se emociona e compartilha as histórias e problemas das famílias e comunidades (BRASIL, 2016).

O professor/coordenador é o responsável pelo planejamento de atividades que integram o Programa Mais Educação com a escola regular e tem como principais atribuições, divulgar o Programa, com ações de mobilização de alunos, familiares e pessoas da escola e da comunidade; participar das reuniões, formações e eventos realizados pelas secretarias e entidades de apoio; participar das reuniões do comitê local; contribuir no mapeamento da comunidade e na identificação de parceiros locais para o desenvolvimento das ações, em conjunto com os demais participantes do comitê local; elaborar e executar o planejamento das atividades no âmbito da escola apoiado no referencial apresentado no Caderno de Rede dos Saberes Mais Educação; planejar e realizar com a equipe

ações que proporcionem a criação de vínculos da escola com a comunidade e, em especial, com o jovem, tal como feiras, concursos culturais, gincanas, dentre outros; orientar e auxiliar osicineiros no preenchimento dos formulários e na elaboração do plano de trabalho (BRASIL, 2009).

Para o desenvolvimento de cada atividade, o governo federal repassa recursos para ressarcimento de monitores, aquisição dos kits de materiais, contratação de pequenos serviços e obtenção de materiais de consumo e permanentes. De acordo com as atividades escolhidas, as escolas beneficiárias também podem receber conjuntos de instrumentos para banda fanfarra, hip hop e rádio escolar, dentre outros, conforme Manual Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE) – Educação Integral.

O aluno é considerado em tempo integral quando a soma do período da escolarização e da atividade complementar realizada no contraturno configure 7 (sete) horas diárias. Sendo assim, as escolas que participam do Programa Mais Educação e informam suas turmas na atividade complementar devem se preocupar com a ampliação da jornada escolar para seus alunos conforme proposto pelo Programa.

O diretor exerce um papel essencial no incentivo à participação, compartilhamento de decisões e de informações com os professores, funcionários e estudantes. Ele deve promover a participação de todos os segmentos da escola nos processos de tomada de decisão, de previsão de estratégias para mediar conflitos e solucionar problemas. Cabe ao diretor promover o debate da Educação Integral nas reuniões pedagógicas, de planejamento, de estudo, nos conselhos de classe, nos espaços do Conselho Escolar. O resultado esperado é o envolvimento de toda a comunidade, em especial dos estudantes, em um ambiente favorável à aprendizagem (BRASIL, 2016).

Até 2011, aderiram ao Programa Mais Educação 14.995 mil escolas, com aproximadamente 3 milhões de estudantes matriculados nas instituições que aderiram ao Programa. No ano de 2013 esse número subiu para 49.469 escolas, e o número de alunos matriculados foi para mais de 7 milhões (Tabela 3).

Tabela 3 - Quantidade de escolas que aderiram ao Programa Mais Educação no Brasil

Ano	Escolas
2008	-
2009	5.006
2010	10.027
2011	14.995
2012	32.074
2013	49.469
*2014	58.651

Fonte: Ministério da Educação (2016)

Org.: Flávia de Oliveira Santos (2016).

*Os dados referentes ao ano de 2014 foram acumulados até o mês de outubro.

Em Minas Gerais, até 2011 o número de escolas que aderiram ao Programa Mais Educação era de 885, com mais de 145 mil alunos matriculados nas instituições que aderiram ao Programa. Em 2013, esse número foi para 3.523 escolas, com mais de 420 mil alunos matriculados (Tabela 4).

Tabela 4 - Quantidade de escolas que aderiram ao Programa Mais Educação em Minas Gerais

Ano	Escolas
2008	-
2009	126
2010	631
2011	885
2012	1.792
2013	3.523
*2014	4.555

Fonte: Ministério da Educação (2016)

Org.: Flávia de Oliveira Santos (2016).

*Os dados referentes ao ano de 2014 foram acumulados até o mês de outubro.

Segundo a Prefeitura Municipal o Programa Mais Educação existe desde 2010 em Uberlândia, e é coordenado pela Secretaria Municipal de Educação. De 2010 a 2013 aderiram ao Programa Mais Educação três escolas. Em 2015 esse número foi para 37 escolas, sendo 13 na Zona Rural, todas operacionalizando suas ações artísticas, culturais, esportivas e pedagógicas no contraturno escolar, atendendo cerca de 3.800 estudantes (Tabela 5) (UBERLÂNDIA, 2016).

Tabela 5 - Quantidade de escolas que aderiram ao Programa Mais Educação em Uberlândia

Ano	Escolas
2008	-
2009	-
2012	3
2011	3
2012	3
2013	13
2014	27
2015	37

Fonte: Prefeitura Municipal de Uberlândia (2016)
Org.: Flávia de Oliveira Santos (2016).

A estratégia Educação Integral, concebida pelo PME, desenvolvido pelo Ministério da Educação em parceria com Estado e Municípios, possibilita uma educação integral em tempo integral, que venha suprir as necessidades dos estudantes em situação de vulnerabilidade e melhor a qualidade do ensino. Para isso, a escola apesar de ser o lugar central do processo de aprendizagem, não pode ser vista como única, pois ela sozinha não é suficiente para ensinar tudo que uma pessoa precisa aprender. Essa afirmação, não é uma crítica a escola, ao contrário, a partir dessa ideia, pode-se pensar a escola com uma estreita relação com a sociedade de modo abrangente, com instituições públicas e privadas, associações, sociedade civil, entre outros. Essas relações podem estabelecer diálogos e parcerias, proporcionando uma Educação Integral.

Nesse processo, o educador comunitário pode fomentar essas relações, criando condições para que esses grupos se articulem e desenvolvam parcerias que possam contribuir com o aprendizado e/ou saúde da comunidade escolar, através do trabalho em rede, o que pressupõe uma nova estratégia de atender as necessidades da população e uma mudança de paradigma. Cabe ao educador cuidar pelo funcionamento das redes, com a consciência de que ele faz parte dela e não possui autoridade sobre ela, até porque uma rede não possui “donos”, todos fazem parte e estão trabalhando em prol de um objetivo comum.

Durante muito tempo, e ainda hoje, os projetos de educação em saúde na escola, centraram as ações no indivíduo, prescrevendo normas, sem levar em consideração as influências oriundas da realidade em que vivem esses estudantes. Por isso, precisamos passar da educação em saúde para a promoção

da saúde, reforçando a ideia de que para além da saúde dos indivíduos é importante a família, o contexto de vida e o território no qual estão inseridos. Deste modo, a ação da escola em favor da saúde deve ir para além dos muros da escola.

Nesse sentido, compreender o território a partir da escola se torna essencial, pois a partir dela, podem-se conhecer as pessoas e as necessidades dessa população. Partindo desse pressuposto, o território no âmbito escolar não pode ser entendido somente dentro dos muros da escola, pois é fora desses muros que estão as famílias desses alunos e conseqüentemente todos os problemas sociais e econômicos. É no ambiente escolar, no qual os discentes convivem diariamente que é possível entender o que ocorre fora desses muros.

A partir da escola pode-se conhecer os problemas e as necessidades de saúde da população. Dessa forma a escola passa a ser o lugar de compreensão e de alternativas para a saúde da população, pois é o elo com a comunidade. E as ações realizadas nesse ambiente têm grande repercussão na sociedade, agindo na prevenção e promoção da saúde.

A escola é o lugar onde, frequentemente, se encontram os sujeitos reais, com seus problemas e necessidades de saúde, por isso pode ser o espaço da articulação multi-institucional e multisetorial, com a participação da comunidade, para a realização de ações e práticas de saúde com estratégias de saúde que podem melhorar a qualidade de vida, por meio da construção de territórios saudáveis (XIMENES et al, 1999).

Esse processo de construção coletiva do conhecimento, por meio do diálogo, de troca de experiências e saberes é muito importante porque considera os sujeitos e toda comunidade, colocando-os como responsáveis por sua condição individual, mas também, responsáveis pela construção de uma melhor qualidade de vida e saúde da comunidade (BRASIL, 2005).

Pode ser que a escola esteja situada em uma comunidade que tenha rios, córregos, esgotos a céu aberto, lixões. Esta comunidade tem histórias, festas, manifestações religiosas, grupos culturais, têm o saber popular, o que nós poderíamos chamar de um território. E em geral, nessa comunidade, existem grupos e organizações comunitárias, tais como, clubes, igrejas, sindicatos,

associações de moradores, conselho municipal de educação e saúde, lideranças comunitárias, entre outros (BRASIL, 2005).

Nas palavras de Góis (2008) promover a participação e a mobilização demanda posturas, métodos e formas pedagógicas de agir, que tenham como embasamento as ciências sociais humanas, a experiência popular. A pesquisa com ação – participante é um desses métodos, numa perspectiva de mudança social e construção coletiva do conhecimento.

A escola se apresenta como o locus privilegiado da promoção da saúde na medida em que as políticas educacionais que nela se concretizam têm implicações sobre o bem-estar individual e coletivo. Das cinco áreas de ação para a promoção da saúde, quatro se aplicam diretamente à escola: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes que deem suporte à saúde, fortalecimento da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. Assim, a escola de ensino fundamental passa a ser valorizada como um cenário importante para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. (VALADÃO, 2004).

Sobre isso Buss (1996, p. 179) diz:

[...] usar as escolas como espaços privilegiados de fazer saúde por meio de programas de saúde escolar e de programas de educação em saúde com escolares. A promoção da saúde - obtida através de iniciativas criativas de educação para o setor, que são desenvolvidas em conjunto por professores e profissionais de saúde visando a ampliação da consciência sanitária - tem mostrado enorme capacidade para estender seus efeitos ao longo da vida futura de cada estudante, assim como, de imediato, para o interior de suas famílias. (BUSS, 1996, p. 179).

A escola é o lugar onde estão inseridos os sujeitos que fazem parte do território. E nesse local é possível realizar estratégias de saúde que visem à melhor qualidade de vida e conseqüentemente a criação de ambientes saudáveis. A educação pode ser um forte aliado na busca por um ambiente saudável, pois tem disponível e a disposição informação, produção e circulação de conhecimentos.

É necessário capacitar os profissionais da educação e também os da saúde para uma compreensão melhor do conceito de promoção da saúde, para que possam operacionalizar estratégias de intervenção no território e não atuar

apenas no enfoque reducionista da educação para a saúde e prevenção das doenças (GOMES, 2009).

Quando se pensa na escola como ambiente favorável para a abordagem da saúde, automaticamente temos o impulso de considerar o profissional da saúde desenvolvendo atividades na escola. As ações de saúde desenvolvidas na escola são de responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, usualmente, trabalham de forma pontual, abordando a saúde individual com práticas de higiene do corpo e higiene bucal, com palestras temáticas, entre outras.

Essa reflexão nos leva ao educador, que em contato diário com os alunos e indiretamente com seus pais e com toda a comunidade do território escolar tem a possibilidade de desenvolver estratégias que tragam benefícios para a população. Além disso, o contato frequente com os alunos permite conhecer seus anseios, preocupações e necessidades, podendo intervir com a ajuda da família e da própria comunidade na solução dos problemas. Isso não significa excluir o profissional da saúde, mas ao contrário, trabalhar em equipe para alcançar resultados favoráveis para toda a comunidade. A integração da equipe de saúde com a escola deve interagir e articular propostas de promoção da saúde de acordo com a realidade da comunidade.

E quando falamos em educador, não nos referimos aqui, somente ao professor, que está em contato direto com o aluno, mas com todos os profissionais que contribuem para o seu desenvolvimento, sejam pais, professores, coordenador pedagógico, direção, merendeira etc., enfim, todos os profissionais que fazem parte da comunidade escolar são responsáveis pela produção de conhecimento, valores e formação do cidadão.

A escola deve ser vista pelos profissionais da saúde como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de saúde, tendo em vista a possibilidade de atuar não somente sobre os sujeitos da comunidade escolar, mas também sobre suas famílias em seus territórios de vida. Isto significa que é possível, a partir da escola, envolver toda a comunidade. No entanto, para que isso ocorra é necessário o interesse da escola em desenvolver projetos que incluam a saúde como tema principal, entendendo saúde no seu sentido mais amplo que equivale os processos e relações da vida, não somente biológica, mas

também, social, econômica, cultural e psicológica, no contexto do lugar onde se vive a vida cotidiana. É importante que a escola perceba a importância do seu papel na comunidade e que pode contribuir efetivamente com as ações de promoção de saúde no território em que está inserida.

Normalmente, nota-se que as atividades relacionadas à saúde realizadas no âmbito escolar abordam a saúde de forma implícita. Segundo Lima; Malacarne; Strieder (2012, p. 4), com a intenção de contribuir, muitos professores e até mesmo profissionais da saúde, “fazem algum tipo de promoção da saúde, sem conhecimento, sem técnica, sem método e, muitas vezes, sem eficiência”. É comum em momentos de reuniões surgirem assuntos relacionados a saúde dos estudantes, tais como, alimentação, drogas, atividade física, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. Não que esses questionamentos não sejam importantes e necessários, porém, não são suficientes para proporcionar a melhoria da saúde dos estudantes e da comunidade. É imperativo que a escola que tem como função social a construção da cidadania, contribua com métodos que alcancem e envolvam toda a comunidade.

Em geral, as questões relacionadas à saúde são vistas pela comunidade escolar como de responsabilidade dos professores de ciências, educação física, que acabam por receber a função de desenvolver atividades relacionadas ao tema na escola. Isso mostra um despreparo da escola e dos profissionais, que acreditam que podem ficar isentos de contribuir com a promoção da saúde em seu ambiente de trabalho. De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais, quando a escola prioriza a dimensão biológica, as aulas sobre saúde têm como temas predominantes as doenças e o aluno tem dificuldade de aplicar as informações recebidas em sua vida cotidiana e de relacionar com as condições de vida. “A educação para a Saúde “precisa ser assumida como uma responsabilidade e um projeto de toda a escola e de cada um dos educadores, para que não se corra o risco de transformá-la em um projeto vazio” (BRASIL, 1998, p. 265).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as escolas que fazem diferença e contribuem para a promoção da saúde são aquelas que conseguem assegurar as seguintes condições:

- têm uma visão ampla de todos os aspectos da escola, provendo um ambiente saudável e que favorece a aprendizagem, não só nas salas de aula, mas também nas áreas destinadas ao recreio, nos banheiros, nos espaços em que se prepara e é servida a merenda, enfim, em todo o prédio escolar;
- concedem importância à estética do entorno físico da escola, assim como ao efeito psicológico direto que ele tem sobre professores e alunos;
- estão fundamentadas num modelo de saúde que inclui a interação dos aspectos físicos, psíquicos, socioculturais e ambientais;
- promovem a participação ativa de alunos e alunas;
- reconhecem que os conteúdos de saúde devem ser necessariamente incluídos nas diferentes áreas curriculares;
- entendem que o desenvolvimento da auto-estima e da autonomia pessoal são fundamentais para a promoção da saúde;
- valorizam a promoção da saúde na escola para todos os que nela estudam e trabalham;
- têm uma visão ampla dos serviços de saúde voltados para o escolar;
- reforçam o desenvolvimento de estilos saudáveis de vida e oferecem opções viáveis e atraentes para a prática de ações que promovem a saúde;
- favorecem a participação ativa dos educadores na elaboração do projeto pedagógico da educação para a Saúde;
- buscam estabelecer inter-relações na elaboração do projeto escolar (BRASIL, 1998, p. 260).

Para que a escola consiga desenvolver ações de promoção da saúde ela deve ter uma visão integral do ser humano, em que considera os alunos em seu contexto familiar, comunitário e social. Na proeminência da projeção da função social, a escola deve incitar os alunos, família e comunidade, a participarem de estudos e trabalhos realizados na escola, com geração de alternativas. “A produção de mensagens educativas em saúde pelos próprios alunos pode ser uma forma importante de permitir que se sintam e se tornem, de fato, protagonistas em Saúde” (BRASIL, 1998, p. 263).

De acordo com Harada (2016, p. 5) a comunidade deve participar de “todas as etapas do trabalho, ou seja, deve ser realizado *com* a população e não para a população, o que vai contribuir para o fortalecimento da autonomia”. Para Carvalho (2008, p. 1), promoção da saúde não é somente cuidar das doenças que enfraquecem o estado físico do sujeito. “Promover saúde é ver o ser humano como agente de seu meio. E, como agente, capaz de criar condições para o estabelecimento de uma vida melhor”.

Para a efetivação da promoção da saúde no contexto escolar é fundamental o envolvimento do professor nos projetos. Este tem um papel importante na escola, sendo multiplicador de ideias, não só pela transmissão de conhecimentos, mas para o desenvolvimento de estratégias promoção da saúde.

Mohr e Schall (1992) enfatiza que a formação dos professores no domínio da educação em saúde é carente, que falta preparo, e isso é perceptível tanto no professor oriundo de escola de formação de 2º grau, quanto nos que possuem nível universitário, ainda ressalta, que é necessário realizar cursos de aperfeiçoamento para que os professores ampliem sua visão da questão da saúde nos seus múltiplos aspectos. É importante instigá-los a planejar e executar projetos, juntamente com os alunos, averiguando algum problema de saúde relevante para a comunidade e escola, sugerindo ações, alternativas de solução.

Segundo Lima; Malacarne; Strieder (2012), as intervenções de prevenção e promoção da saúde nas escolas não podem abarcar somente informação, mas também o desenvolvimento de instrumentos para a construção e apreensão das motivações que levam alguns a preferir determinados comportamentos em detrimento de outros.

Nessa perspectiva o trabalho do professor comunitário, que é o coordenador do Programa Mais Educação tem um papel fundamental, pois ao possibilitar a criação de redes a partir da escola, com todo o potencial disponível na própria comunidade, promove a saúde no território, através dos saberes compartilhados e da ajuda mútua de vários setores em busca de objetivos comuns. E essas redes possibilitam a promoção da saúde no território, mas também, pode auxiliar em outras demandas da comunidade escolar.

Tanto na educação quanto na de saúde, ainda predomina o enfoque curativo, biomédico em detrimento do preventivo e da promoção da saúde, não existe uma integração entre os educadores e a comunidade, os profissionais são céticos em trabalhar de forma participativa com a comunidade e a ausência de qualificação são limitações para a promoção da saúde (DINIZ; OLIVEIRA; SCHALL, 2010).

A promoção da saúde tem na sua essência a intersetorialidade, que envolve ações do governo, do setor de saúde, da educação e de outros setores e

ações dos sujeitos, da família e da comunidade em busca de um objetivo comum que e melhorar a qualidade de vida e saúde. Não podemos culpabilizar o indivíduo pelos problemas de saúde, é necessário pensar que para promover a saúde é importante o trabalho em conjunto, em que todos são responsáveis.

Esta abordagem nos remete a refletir sobre a promoção da saúde como ato da construção da cidadania. Para Pessine (2011) a cidadania é um processo de construção, com impacto em várias atividades humanas. Nessa perspectiva, é essencial o papel dos gestores da educação e saúde enquanto estimuladores, já que a saúde é um direito garantido. A promoção da saúde possui uma visão integradora e interdisciplinar que possibilita a criação de elo entre os diversos setores e segmentos da sociedade em busca de um objetivo comum, uma melhor qualidade de vida.

2.3 A atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado da Reforma Sanitária que ocorreu durante as décadas de 1970 e 1980 e foi consolidado na Constituição Federal de 1988, explicitado no artigo 196, que enfatiza o papel do Estado na saúde da população brasileira.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1998, p. 63).

O SUS é uma das maiores conquistas do movimento sanitário brasileiro, devido a sua nova consciência de promoção da saúde. Tem como base os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde do povo brasileiro. “No âmbito do SUS, a denominação adotada para o modelo de atenção à saúde que incorpora a abordagem de Atenção Primária a Saúde é a Atenção Básica” (CORBO; MOROSINI (2005, p. 164).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é maneira de organizar os serviços de saúde e tem como perspectiva as necessidades de saúde da população e a saúde

como um direito humano fundamental. Sendo considerada uma estratégia capaz de proporcionar maior equidade no estado de saúde da população.

Elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, em 1920, o Relatório Dawson, é considerado um dos primeiros documentos que utilizou o conceito de Atenção Primária à Saúde com uma perspectiva sistêmica, regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. O entendimento desse documento influenciou a criação, em 1948, do sistema nacional de saúde britânico, que passou a orientar a reorganização do sistema de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

A Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS, em 1978, ressalta que os cuidados primários com a saúde, constituem a chave que permitirá que todos os povos atinjam um nível de saúde e que é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Deve proporcionar serviços de proteção, cura, prevenção e reabilitação, conforme as necessidades da comunidade.

A APS pode ser definida como: um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010, p. 9).

Segundo Oliveira e Pereira (2013), o governo brasileiro, optou pela designação Atenção Básica para contrapor-se a proposta político-ideológica da atenção primária adotado em outros países, que era destinada para às populações de baixa renda e busca resgatar o que foi preconizado na Declaração de Alma-Ata, que é uma reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, em que estão envolvidos diferentes setores, privados e públicos, com e sem fins lucrativos, o Sistema Único de Saúde. Cada vez tem sido mais frequente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais.

De acordo com Viana e outros (2009) o Sistema Único de Saúde busca alterar o modelo de atenção centrado na doença e na assistência médico-hospitalar individual, hegemônico no país e a Atenção Básica representa uma alternativa de reorganização dos serviços e das práticas de saúde.

Para Rodrigues (2013, p. 52), no Brasil, durante a década de 1990, passou-se a utilizar Atenção Básica em Saúde, para se afastar da ideia seletiva da APS e passou a utilizar o termo ABS para caracterizar as ações de primeiro nível, “definindo-a como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.

“No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de atenção básica para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (SF)” (CONASS, 2011, p. 14).

Em 1991, o Ministério da Saúde criou oficialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), vinculado a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e tinha como objetivo auxiliar na redução dos índices de mortalidade infantil e materna na Região Nordeste, já que essa região concentrava o maior percentual de população em situação de pobreza e, conseqüentemente, com maior risco de adoecer e morrer. O programa era voltado especialmente para a saúde materno-infantil, com ações voltadas para as mulheres grávidas, com acompanhamento no parto e pós-parto, com o intuito prevenir a mortalidade.

Com a criação do PACS era necessário contratar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que deviam ter o perfil necessário ao agente de saúde, estabelecido nas diretrizes do Programa, tais como: ter 18 anos, saber ler e escrever, ter liderança e ser morador da comunidade, critérios que permanecem até hoje (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Em 1992, o PACS foi implementado por meio de convênio entre a FUNASA e as secretarias estaduais de saúde, que assumiu a coordenação do programa. Logo, com o avanço da descentralização, essa atividade passou a ser assumida pelos municípios. A partir daí os agentes comunitários de saúde assumiram a responsabilidade de acompanhar as famílias, concentradas em uma

microárea, formada por um conjunto de famílias, constituem a unidade operacional do agente de saúde.

Nos municípios, a implantação do PACS estava dependente do cumprimento de algumas exigências, tais como: ter uma Unidade Básica de Saúde à qual o agente comunitário de saúde estivesse vinculado; ter um profissional enfermeiro, que assumisse a função de coordenação; ter o Conselho Municipal de Saúde implantado e ter o Fundo Municipal de Saúde criado e implantado, para receber recursos do Programa. Essas condições foram fundamentais para inserir o agente comunitário no âmbito do sistema local de saúde, com garantia de capacitação e supervisão, como condição para o alcance de bons resultados e fortalecer o movimento de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Centrado inicialmente nos pequenos municípios, pela precariedade dos indicadores e pela insuficiência de oferta e de organização dos serviços de saúde, o PACS abrangia 13 estados região Norte e Nordeste. Em 1994, estava implantado 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e em 987 municípios (RODRIGUES, 2013). Nesse período o agente comunitário de saúde “passou a ser um elemento de identificação e de tradução da realidade social de sua comunidade. [...] ele possuía como ninguém, conhecimento de comunicação e da dinâmica de sua comunidade. Os vínculos começavam a ser reconstruídos” (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009, p. 68).

A municipalização dos serviços de saúde, foi fortalecida ainda em 1993 com a publicação da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS/93), que estabelece novos critérios para a responsabilização dos municípios na gestão do programa. Era necessária uma nova estrutura de atenção básica, que otimizasse a rede e proporcionasse resultados nos custos e na qualidade da atenção às pessoas.

Ainda, em 1993, com a necessidade de organização dos serviços básicos de saúde e reconhecendo a limitação PACS, fazia-se necessário criar meios que possibilitassem a ruptura do modelo hegemônico de atenção no Brasil, que era centrado na doença, com assistência curativa, de alto custo e acessível a uma parcela restrita da população. Além disso, nesses moldes, impossibilitava as ações intersertoriais que são importantes para superar os determinantes sociais da saúde

no território. Era indispensável a incorporação de uma estratégia que possibilitasse a incorporação de recursos humanos, tecnologias e novas práticas assistenciais.

Com essa finalidade, em 1994, criou-se o Programa Saúde da Família (PSF), apresentado como uma estratégia capaz de gerar mudança no modelo assistencial foi fundamental para ampliar a cobertura e acesso da população aos serviços de atenção básica. “O PSF tinha o papel de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde, mas propondo-se uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso” (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009, p. 70). Com isso as ações de Atenção Básica ganharam maior importância na agenda política de saúde do Brasil.

[...] com o propósito de oferecer um serviço de qualidade, com práticas mais resolutivas e integrais, o PSF passa a representar uma possibilidade de mudança do modelo assistencial, em que a atenção é focalizada na família e não mais na figura do médico (ASSIS, et al., 2010, p. 83-84).

A implantação do PSF privilegiava áreas de maior risco, no início à população que residia nas áreas delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), e depois nos municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução de Mortalidade Infantil (RODRIGUES, 2013).

Em 1995, o PACS e o PSF, passaram a ser considerados projetos prioritários do governo e foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. Os repasses do dinheiro para o PSF eram calculados de acordo com a quantidade de procedimentos ambulatoriais, de baixa e média complexidades, realizados no município. E isso desestimulava as equipes de saúde da família de se dedicar a prevenção de doenças e ações estabelecidas de educação nas comunidades. Na prática, o modelo de atenção privilegiava o modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, sem considerar os sujeitos no contexto de vida. Com esses impasses, houve a necessidade de discussões em torno das modalidades de financiamento, potencializando a formulação na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS / 96). Então, foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), e o município teria um valor específico que seria repassado pelo Fundo Nacional de

Saúde, que seria atribuído a cada um dos seus habitantes (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Com os municípios recebendo por habitante e não por procedimentos ambulatoriais, as equipes de saúde da família poderiam se dedicar às visitas domiciliares, reuniões, prevenção de doenças, e as ações de educação em saúde na comunidade, previstas no Programa Saúde da Família.

A NOB / 96 foi um avanço para a atenção básica, à medida que definiu “responsabilidades para os gestores municipais e ao definir o antigo PSF como integrante de uma estratégia denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi essencial para a mudança do modelo assistencial” (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009, p. 71).

No entanto, com a exigência de formulação dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) estaduais, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001/2002, surge como forma de organizar o acesso universal a todos os níveis de atenção. O PDR cria a base territorial para uma melhor distribuição dos equipamentos de saúde. E a Estratégia Saúde da Família foi escolhida pelo governo como a melhor forma de atenção básica do país e devem estar presentes em todos os municípios, próxima as residências das famílias.

A base de atuação das equipes de saúde da família são as Unidades Básicas de Saúde da Família. A UBSF é uma unidade pública destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional composta, no mínimo, de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais e psicólogos, podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio. É a porta de entrada do sistema local ou municipal de saúde.

As unidades de Saúde da Família deverão ser instaladas nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes no município, ou naquelas a serem reformadas ou construídas de acordo com a programação municipal, em áreas que não possuem nenhum equipamento de saúde. Por sua vez,

a área física das unidades deverá ser adequada à nova dinâmica a ser implementada (BRASIL, 1997).

A Unidade Básica de Saúde da Família deve trabalhar com uma área de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. O número de equipe de saúde da família em uma UBSF varia de acordo com a população a ser atendida. Uma equipe é responsável por uma área onde residem entre 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes, aproximadamente de 600 a 1.000 famílias. Porém, esse critério pode ser flexibilizado, levando-se em consideração fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros fatores de relevância local.

Foi a partir de 1998 que a Estratégia Saúde da Família se fortaleceu em âmbito nacional como uma estratégia de organização do sistema de saúde, reconhecida como um progresso em direção aos princípios do Sistema Único de Saúde. A Estratégia Saúde da Família é uma das propostas do governo para reestruturação da Atenção da Básica “podendo ser considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159).

Foi definida como “a estratégia estruturante para a organização do sistema de saúde”, pelo então senador José Serra, ao assumir o Ministério da Saúde em 1998. Ele ainda ressalta que para que o SUS funcionasse “era necessária sua estruturação numa base municipal sólida, e o mecanismo para isso era a estratégia saúde da família organizando a atenção básica” (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009, p. 72). Em sua gestão foi criado o Departamento de Atenção Básica com a determinação de consolidar a Estratégia Saúde da Família.

Segundo Paulino; Bedin; Paulino (2009), no início 1999, foi realizada uma avaliação da implantação da Estratégia Saúde da Família pelo Ministério da Saúde. Na ocasião havia aproximadamente cerca de cinco mil equipes em funcionamento. A avaliação permitiu a identificação de algumas situações que permitiram que o Ministério da Saúde tomasse algumas decisões.

Uma das situações identificadas foi a tendência de diminuição na implantação das equipes de saúde da família. Muitos municípios se limitavam a implantar poucas equipes, o que era insuficiente para substituição das práticas

tradicionais na rede básica e criar um impacto positivo nos indicadores de saúde. A estratégia do Ministério para reverter esse quadro foi a mudança na lógica de incentivos financeiros para implantação da ESF. Os valores que antes eram fixos, passaram a ser classificados em faixas distintas, ou seja, quanto maior a cobertura populacional, maior o valor do incentivo.

Outra situação era a insuficiência de equipamentos essenciais ao desempenho das equipes nas Unidades Básicas de Saúde da Família, o que comprometeria a resolutividade da assistência. Nesse caso, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde foi um incentivo fixo, pontual, transferido fundo a fundo, no ato da implantação de novas Equipes de Saúde da Família, que deve ser usado para compra dos materiais e equipamentos básicos necessários ao bom desempenho das equipes.

Além disso, outras estratégias foram adotadas pelo Ministério, dentre elas pode-se citar a ampliação das instituições parceiras dos pólos de capacitação; aumento da oferta de cursos de especialização e residência em Saúde da Família; mudança na graduação para que os profissionais recebam formação adequada ao novo perfil de trabalho; foi concebido o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) com o objetivo de impulsionar a reorganização da Atenção Básica no país e fortalecer a ESF em regiões que não conseguem atrair médicos e enfermeiros por intermédio das prefeituras.

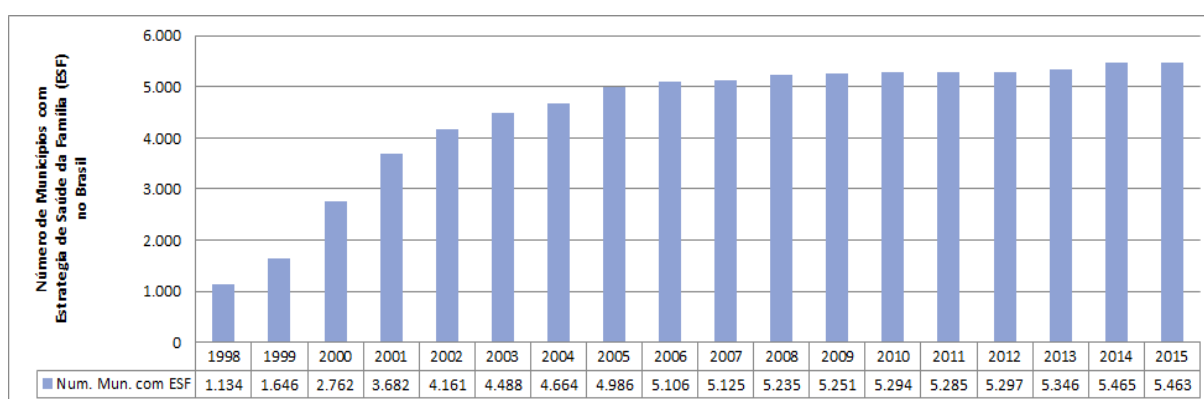
Em 2001, o Ministério da Saúde iniciou a incorporação da odontologia na ESF, com as Equipes de Saúde Bucal (ESB), em que os municípios também recebiam incentivos financeiros quando montassem as ESB e depois outro recurso quando implantavam as equipes.

Outro avanço da operacionalização da Estratégia Saúde da Família foi a implementação nos estados e municípios o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que possibilita o acompanhamento e avaliação das ações e serviços realizados pelas Equipes de Saúde da Família.

Atualmente o PSF é conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) por não se tratar somente de um programa, restrito a determinadas regiões e sim uma estratégia, com um expressivo crescimento em âmbito nacional.

Desde sua implantação, em 1998, houve um crescimento do número de municípios com Equipe de Saúde da Família, nesse ano o Programa estava presente em 1.134 municípios. Até o ano de 2002 teve uma ampliação considerável e aumentou para 4.161 municípios. De 2003 até 2005 não houve um crescimento expressivo e em 2015 a estratégia cobria 5.463 municípios (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Brasil: municípios com Equipe de Saúde da Família de 1998 a 2015

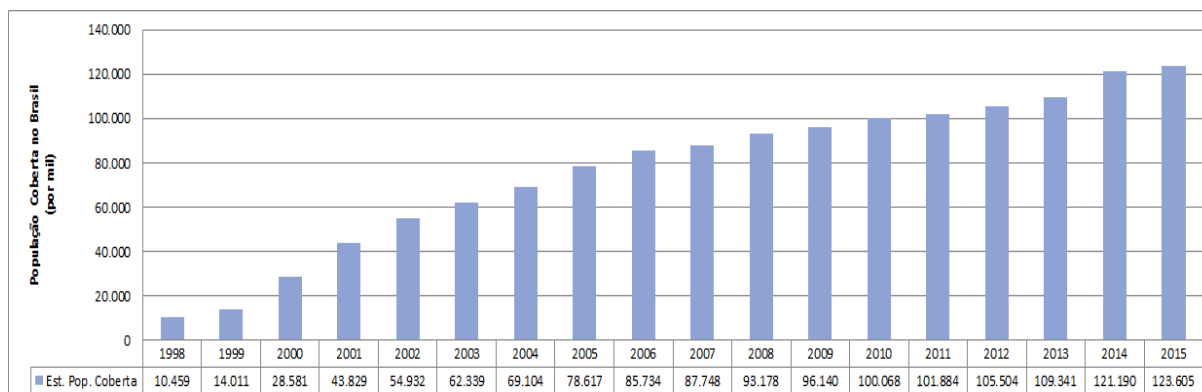


Fonte: Ministério da Saúde (2012).
Organização: Flávia de Oliveira Santos (2016).

Para Rodrigues (2013) a Estratégia Saúde da Família alcança em 2011 90,7% dos municípios menores de 5 mil habitantes e em 56,9% dos municípios com população entre 99,9 mil habitantes. Entretanto, a ampliação da cobertura nos municípios com população superior a 100 mil habitantes ainda deve prosseguir, já que houve um aumento da cobertura de 2003 a 2011, mas não é considerado satisfatório.

Em 1998 a população coberta pela Estratégia Saúde da Família no Brasil era de 10.459.000 milhões, o que corresponde a 6,5% da população. Em 2002 esse número aumenta consideravelmente chegando a 54.932.000 milhões, correspondente a 31,9% da população. A ESF chega em 2015 com 123.000.000 milhões de população coberta, ou seja, aproximadamente 64% (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Brasil: Estratégia de Saúde da Família – população coberta de 1998 a 2015

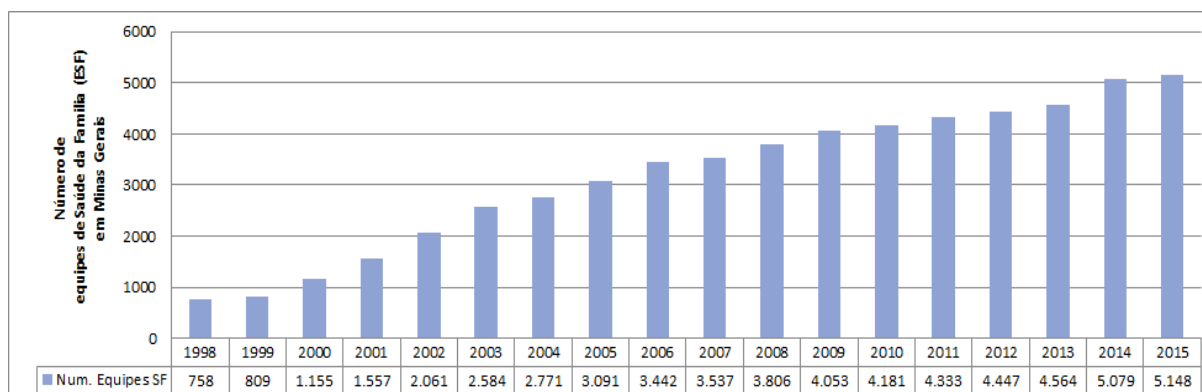


Fonte: Ministério da Saúde (2016).
Organização: Flávia de Oliveira Santos (2016).

Ao longo de 1999, o governo identificou que o sucesso da implantação da ESF encobria a baixa cobertura da população, quase 9%. Apesar de em 2015 estar presente em 5.463 municípios, somente 64% dos municípios brasileiros possuem cobertura da estratégia.

Em Minas Gerais, no ano de 1998 foram implantadas 758 equipes de saúde da família, chegando em 2006 com 3.442. Já em 2015 esse número chega 5.148. Percebe-se que houve um aumento significativo do número de equipes (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Minas Gerais: Equipes de Saúde da Família implantadas de 1998 a 2015

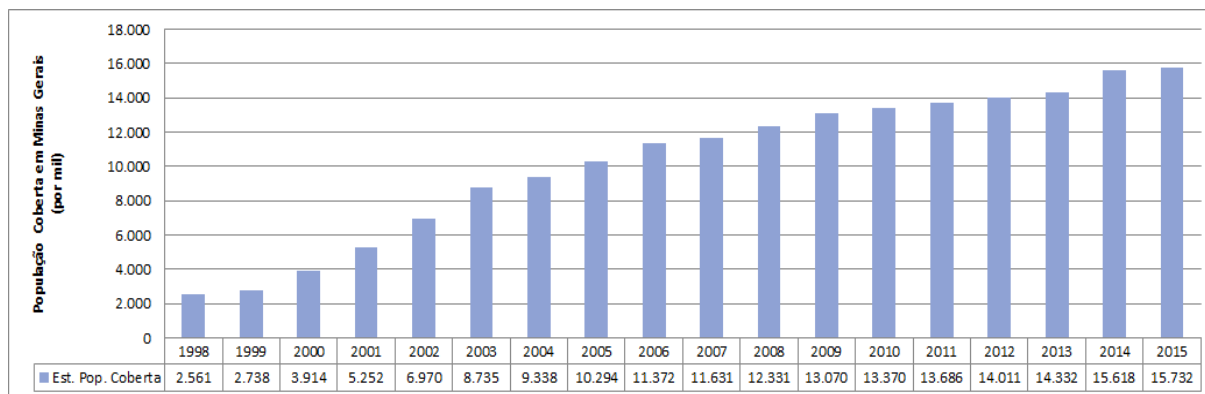


Fonte: Ministério da Saúde (2016).
Organização: Flávia de Oliveira Santos (2016).

A população coberta em Minas Gerais também teve um acréscimo expressivo desde a implantação em 1998, com 2.561.000 milhões, o que

corresponde a 15% da população, alcançando em 2015, 15.732.000 milhões de pessoas, correspondente a 79% de habitantes (Gráfico 5).

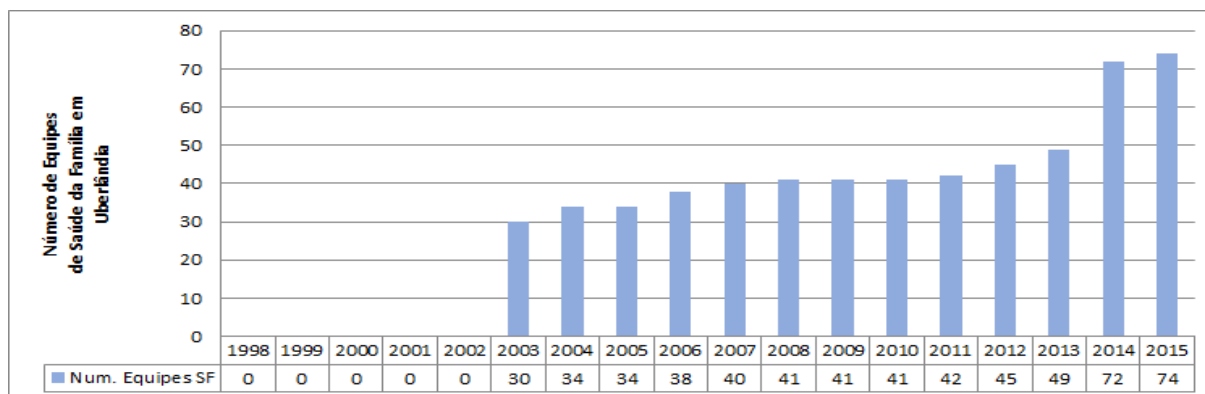
Gráfico 5 - Minas Gerais: Estratégia de Saúde da Família – população coberta de 1998 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde (2016).
Organização: Flávia de Oliveira Santos (2016).

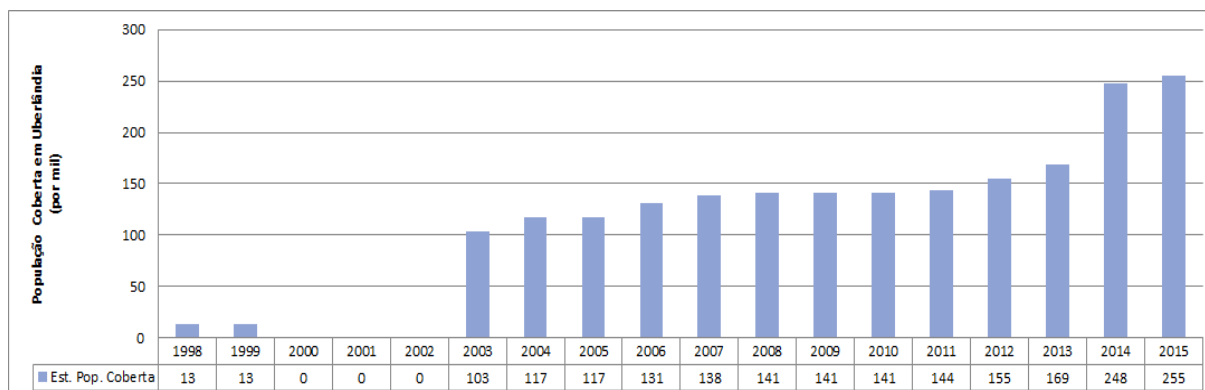
Segundo Rodrigues (2013) um dos critérios para a implantação da Estratégia Saúde da Família em Uberlândia, no ano de 2003 foi a condição socioeconômica do município. Nesse ano foram implantadas 30 equipes de saúde da família, chegando em 2008 em 41. Nota-se que houve um aumento desde a implantação. A população coberta em Uberlândia também teve um acréscimo desde a implantação, com 103 mil, o que corresponde a 19,55% da população, alcançando em 2015, 255.000 mil pessoas, correspondente a 41% de habitantes. O município possui 74 equipes de saúde da família (Gráfico 6 e 7).

Gráfico 6 - Uberlândia: Equipe de Saúde da Família implantadas de 2003 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde (2016).
Organização: Flávia de Oliveira Santos (2016)

Gráfico 7 - Uberlândia: Estratégia de Saúde da Família – evolução da população coberta de 2003 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde (2016).
Organização: Flávia de Oliveira Santos (2016).

De acordo com (Rodrigues, 2013) houve um aumento dos municípios brasileiros que implantaram o Programa, esse crescimento veio acompanhado da ampliação das coberturas, com a ocorrência de dois fenômenos simultâneos, a ampliação das coberturas populacionais a cada ano e a expansão da ESF em todas as regiões e estados do país.

O Ministério da Saúde, em 28 de março de 2006, aprovou a Portaria nº 648/GM/MS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica. Entretanto, em outubro de 2011, altera a referida Portaria e aprova a nova PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Segundo a PNAB, a Atenção Básica tem como característica um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva e tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que reflita na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes de saúde. É realizada sob a forma de trabalho em equipe em territórios definidos pelos quais assume a responsabilidade sanitária, levando em consideração a dinamicidade da população que vive nesse território e é desenvolvida pela descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Busca produzir ação integral do sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Um dos atributos de elevada importância da Atenção Básica é ser o primeiro contato do usuário, é a partir da Atenção Básica que ele vai ter sua entrada para o sistema de saúde e se necessário ter acesso aos outros níveis de atenção. A PNAB tem como fundamentos e diretrizes: I. ter território adstrito; II. possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; III. adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV. coordenar a integralidade em seus vários aspectos; V. estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNAB, compete aos municípios e ao Distrito Federal inserir a ESF em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica e construir Unidades Básicas de Saúde (UBS) de acordo com a normas sanitárias. E deve contemplar em sua estrutura física, no mínimo, consultório médico; consultório de enfermagem; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo (BRASIL, 2012).

A PNAB, reconhecendo as diferentes realidades sócio-epidemiológicas, as diversas necessidades de saúde e maneiras de organização das Unidades Básicas de Saúde, sugere que a UBS sem Saúde da Família, situada em grandes centros urbanos, tenha como parâmetro, no máximo, 18 mil habitantes, dentro do território e para a UBS com Saúde da família, seja 12 mil habitantes, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica.

O aprimoramento e consolidação da Atenção Básica como reorientação do modelo de atenção à saúde requerem um saber e um fazer em educação permanente, que além da dimensão pedagógica deve ser vista como uma estratégia de gestão que provocará efeitos positivos nas práticas de saúde dos usuários do sistema de saúde.

É importante que as equipes de cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo município (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNAB, algumas das características do processo de trabalho das equipes de atenção básica são: realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada; desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social. E estas são atribuições comuns a todos os profissionais da equipe. No entanto, nota-se que essas ações dificilmente ocorrem fora dos muros da UBS e quando acontecem são realizadas de forma esporádica e na maioria das vezes através de palestras em escolas. Não existe uma articulação com outros setores da comunidade e isso dificulta a realização de atenção à saúde nesses espaços.

Uma pesquisa realizada por Assis et. al. (2010, p. 95), em um município da Região Centro-Leste da Bahia, “evidenciou a presença marcante do Enfermeiro como gestor do sistema de saúde, bem como do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como categoria de maior proporção entre os trabalhadores de saúde/PSF.” E ainda, segundo a autora, “poderia ter como explicação a existência de disciplinas de administração nos currículos de graduação em Enfermagem” (ASSIS et. al., 2010, p. 92).

Além das atribuições comuns a todos os profissionais, existe outras atribuições que são específicas de cada profissional da atenção básica. Dentre elas, a do enfermeiro que dentre as várias funções atribuídas, algumas merecem destaque, tais como: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitário de saúde em conjunto com os outros membros da equipe (BRASIL, 2012).

Já o ACS entre as várias funções específicas uma em especial merece atenção, que é: desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco (BRASIL, 2012).

A nova PNAB progrediu na afirmação de uma Atenção Básica acolhedora, resolutiva e que investe na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil, além de ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2012).

Essa nova abordagem reforça ainda mais o papel da ESF no território em que está inserida, partindo do pressuposto de que é de fundamental importância entender e atender as necessidades e problemas de saúde da população para uma melhor resolubilidade da Atenção Básica. Para Lima (2014), se 80% das necessidades e problemas de saúde da população fossem atendidos e resolvidos na atenção primária, talvez não fossem necessários tantos hospitais, no entanto, para que isso se efetive é importante que se tenha uma maior resolubilidade nas unidades de atenção básica, o que evitaria que os casos se agravem.

De acordo com a PNAB, a Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Ainda, segundo a PNAB são itens necessários à Estratégia Saúde da Família:

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou

especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma eSF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas eSF e com carga horária total de 40 horas semanais; e

V - Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2012, p. 55-56).

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo garantir a população acesso universal, igualitário, integral e equitativo, mediante adequada utilização dos recursos pelos sistemas municipais de saúde, proporcionando promoção e qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades, preconizados pelo SUS.

O Programa Saúde na Escola entende que essa dimensão deve estar presente na escola e visa à integração permanente da educação e saúde, por entender que a escola é um local privilegiado para as ações de promoção da saúde. As atividades de educação e saúde do PSE ocorrem nos Territórios definidos segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Como protagonistas corresponsáveis pela qualidade de vida e saúde da população, as equipes de saúde da família, são importantes agentes no desencadeamento de ações de promoção da saúde na escola.

Segundo a PNAB, o Programa Saúde na Escola, instituído pelo decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política

intersetorial entre os Ministérios da Saúde e Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de ações de:

I - Avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral a elas na Rede de Atenção à Saúde;

II - Promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde, visando à promoção da alimentação saudável, à promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, à educação para a saúde sexual e reprodutiva, à prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, à promoção da cultura de paz e prevenção das violências, à promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e

III - Educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens (BRASIL, 2012, p. 76).

De acordo com o Caderno do Gestor do Programa Saúde Escolar (2015), a gestão do PSE é compartilhada por meio de Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs): GTI Federal, GTI Estadual e GTI Municipal, em que tanto o planejamento quanto a execução das ações, são realizadas, conjuntamente, de forma a atender as demandas e necessidades locais. É implantado por meio de adesão dos municípios que possuem equipes de saúde da família, conforme as normas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2015).

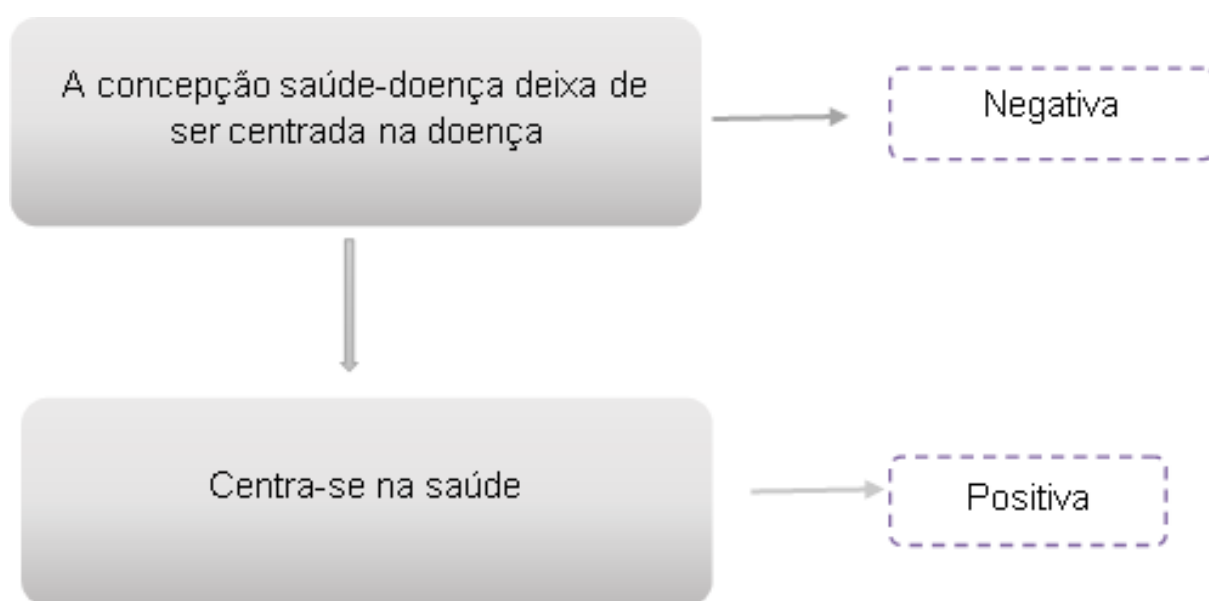
A escola torna-se importante aliada para o fortalecimento da atenção básica de saúde. E o PSE vem suprir a necessidade de articulação intersetorial entre educação e saúde. MacDonald & Warren (1991, p. 39) citado por Vasconcelos (1998, p. 42),

A educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disso, ela é, em sua totalidade, um processo eminentemente educativo, uma vez que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas [...].

Para Costa e Carbone (2009), a construção social do novo sistema de saúde exige alterações na compreensão do processo saúde-doença, que deixa de

ser centrada na doença e passar a centrar-se na saúde, privilegiando a produção social da saúde, em que a prática sanitária não se fixa na atenção médica curativa e sim na vigilância em saúde (Fluxograma 2).

Fluxograma 2 - Mudanças na concepção processo saúde-doença



Fonte: Adaptado de Costa e Carbone (2009).

Na Estratégia Saúde da Família cada equipe é capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e elaborar junto com a comunidade, um planejamento local para enfrentar os determinantes sociais (COSTA; CARBONE, 2009).

No entanto, percebe-se que na prática a realidade é diferente, ainda predomina o modelo centrado na doença, hospitalocêntrico e raramente existe o envolvimento da comunidade no planejamento de ações de promoção da saúde no território.

Para Silva, Batistella e Gomes (2007), as necessidades de saúde estão para além dos serviços de saúde, expressam também a cultura, os valores, os projetos e desejos dos sujeitos individual e coletivo que buscam estes serviços.

[...] a situação de saúde de um determinado grupo populacional é um conjunto de 'problemas de saúde' [...] são descritos a partir de uma enumeração de fatores, que, em seu conteúdo e forma, são assumidos como relevantes (suficientes e necessários). A explicação parte da identificação e percepção do complexo de relações entre os múltiplos processos, em diferentes planos e espaços (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2007, p. 163).

Para compreender a situação da saúde de um lugar é necessário conhecer as condições de vida da população nas esferas econômicas, sociais e culturais, pois assim é possível obter e analisar dados e informações que possibilitarão entender o contexto em que vivem essas populações e assim desenvolver as práticas de saúde. Segundo Nogueira, Santana, Santos (2008, p. 194)

Conhecer a influência do contexto na saúde não é uma tarefa fácil, porque o contexto é formado por múltiplos ambientes, dos quais se podem destacar o ambiente físico, o social, o econômico e o cultural. Estas múltiplas facetas desdobram-se, por sua vez, em características diversificadas, como a poluição atmosférica, a qualidade da água, o capital social ou a estrutura de oportunidades local, que influenciam a saúde, directa ou indirectamente (NOGUEIRA, SANTANA, SANTOS, 2008, p. 194).

Concordamos com Barcellos (2008) ao afirmar que a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar e seus diversos contextos sociais, e com Santos (1980), que diz que o lugar é construído pelos sujeitos e pelas relações que eles desenvolvem, sejam relações de trabalho, relações familiares, de vizinhança. O lugar é “o resultado de ações multilaterais que se realizam em tempos desiguais sobre cada um e em todos os pontos da superfície terrestre”.

A criação de ambientes favoráveis à saúde é fundamental para que se tenha uma maior expectativa de vida e uma melhor qualidade de vida, com melhor distribuição de renda, e acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade (BUSS, 2003).

De acordo com Lima (2014), para conhecer os problemas e as necessidades de saúde de um lugar, é essencial fazer um diagnóstico de situação de saúde, que vai além de levantar o perfil epidemiológico e saber como adoecem e

morrem os indivíduos, é necessário conhecer os determinantes sociais da saúde que envolvem condições de vida e estilo de vida.

Para Buss (2003), a situação de saúde da população está ligada ao seu modo de vida, que é composta pelas diversas condições de vida dos diferentes setores da população. Cada indivíduo ou pequeno grupo apresenta um estilo de vida singular, que está relacionado com as características biológicas, de moradia, o local de trabalho, seus hábitos, normas, valores, entorno, educação. Então, quando se analisa a situação de saúde, é necessário considerar a vida cotidiana da população.

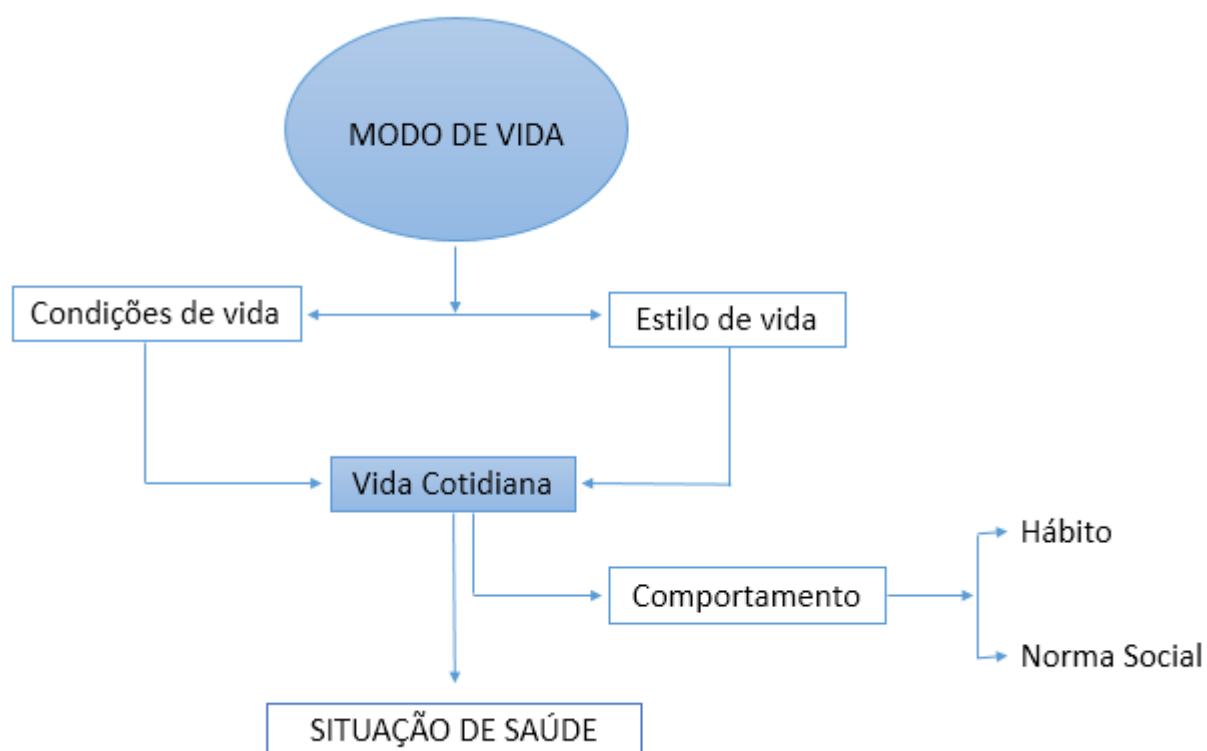
Os problemas de saúde vão além da doença que devem ser identificadas não só pelo aspecto clínico e epidemiológico, mas, pelo enfoque social, a partir do contexto de vida dos sujeitos no território (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2007). Para Lima (2014, p. 94), “a determinação da saúde e da doença se estabelecem no lugar onde se vive e trabalha, ou seja, no território, que possui um contexto social que determina o modo de vida: condições materiais da existência e estilo de vida” (Fluxograma 3).

A análise do território implica em uma coleta sistemática de dados que informam sobre situações-problema de uma dada população, em um dado território, indicando suas inter-relações temporais e espaciais. Identifica vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as investigações. Entretanto, em muitos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, que se pretendem tendo base territorial, os elementos que fazem parte da reprodução de vida social são tratados como elementos isolados, descontextualizados e desarticulados do território (MONKEN, 2008).

O mesmo diz Saquet (2008, p. 56)

O território é construído socialmente, através da interação mútua entre sujeitos e lugares/territórios. Interações que formam redes locais de sujeitos, com relações entre si, com o (e no) território e as redes extralocais, ou seja, significam relações multiescalares (SAQUET, 2008, p. 56).

Fluxograma 3 - Situação de saúde determinada pelo modo de vida da população, como expressão da vida cotidiana



Fonte: Lima (2014)

No Brasil, apesar do SUS, preconizar a promoção e qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades e ter como uma das diretrizes considerar o território nas práticas e ações de saúde, os serviços de saúde estão organizados para cuidar, preferencialmente, da doença e não da saúde, com ações curativas individuais, centradas no hospital e na relação médico-paciente, com grande utilização de técnicas de diagnósticos de bases tecnológicas.

Esta concepção biomédica da saúde é muito útil para tratar o corpo doente e seria mais potente se não desconsiderasse que o corpo doente não está isolado, separado dos contextos da vida. Quando se questiona o modelo biomédico, não se indaga sobre a validade do sinal clínico, mas a não adoção de outras referências no processo saúde-doença. Não basta analisar o indivíduo somente sob o ponto de vista orgânico, pois assim, não se consegue agir na origem da doença (MAZETTO, 2008).

Freitas e Porto (2006) dizem que os serviços de saúde desconsideram que a saúde possui, além da dimensão biomédica, dimensões éticas, sociais e culturais. Não reconhecem que saúde não é meramente ausência de doença, mas uma produção social.

A promoção da saúde surge como uma estratégia de atenção à saúde que vai além da assistência médico-curativa e do enfoque da prevenção, considerando a saúde como produção social. Atua sobre as condições de vida da população, sobre os determinantes sociais da saúde, através das ações intersetoriais, na perspectiva do contexto territorial em que vive a população e não apenas na perspectiva individual e biológica. O processo saúde-doença está relacionado com o território de vida da população, sendo necessário conhecer a realidade para poder intervir sobre ela.

É no âmbito da promoção da saúde que se deve investir na formação de cidadãos e trabalhar para a instituição de espaços verdadeiramente democráticos, especialmente no nível local, de modo a desenvolver políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificadas e que possam ser continuamente avaliadas (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 108).

Para se promover a saúde tem-se que levar em conta, as especificidades de cada território, pois promover a saúde instituindo políticas únicas pode ser um erro, devido ao fato de que não se possa atender as diversidades e particularidades territoriais. Pensar e agir de forma interdisciplinar é a base que norteia o conceito de promoção da saúde e conseqüentemente de cidades saudáveis.

Reconhecer a multiplicidade de olhares sobre a realidade, tal como é exigido na construção da cidade saudável, requer um esforço de interdisciplinaridade e significa assumir uma perspectiva de trabalho que leve em conta as relações de reciprocidade, de cooperação, que garantam o redimensionamento dos papéis sociais nas cidades (WESTPHAL & MENDES, 2000).

A implantação de políticas públicas saudáveis implica em ações intersetoriais, em que os diversos profissionais e instituições que tenham interesse na área da saúde atuem como mediadores na produção da saúde. A promoção da

saúde tem como proposta a criação de ambientes favoráveis à saúde, em que a relação entre o homem e o ambiente é priorizada (CARVALHO, 1998).

No entanto para que essa interdisciplinaridade ocorra no campo dos projetos de cidades saudáveis se faz necessário que o governo atue de forma a promover ações intersetoriais, com uma articulação de saberes que pressupõe uma articulação de planos e o compartilhamento de informações (WESTPHAL & MENDES, 2000).

Parte-se do princípio que é possível pode mudar uma cidade e torná-la um ambiente saudável, com ações multisetoriais e coletivas, em que estejam envolvidos, além do poder público, a comunidade, a sociedade civil organizada, as empresas, empenhadas em um mesmo propósito, a saúde da população.

Assim, percebe-se a importância de uma ação intersetorial na busca de soluções para os problemas de saúde da população, o que demanda a articulação de vários setores, tais como, educação, saúde, desenvolvimento social, sem desconsiderar o protagonismo dos indivíduos e coletividades como sujeitos e não como objeto das ações e práticas de saúde.

Nos dias atuais, devido às alterações ambientais e uma maior preocupação com um estilo de vida mais saudável, que reflita uma relação mais harmoniosa entre o homem e seu ambiente, fica demonstrado que o modelo atual de atenção à saúde, centrado simplesmente no indivíduo e na biologia humana não é suficiente.

De acordo com Monken e Barcellos (2007), para a criação de ambientes saudáveis deve-se estabelecer um modelo de atenção à saúde, pautado em estratégias de promoção da saúde, considerando que a saúde é produzida socialmente, levando em conta as dimensões culturais, ambientais, sociais, econômicas e políticas.

Para Paulino, Bedin e Paulino (2009), o conceito de Saúde da família, prevê a participação da comunidade em parceria com a equipe de saúde da família, sendo fundamental a atuação dos conselhos locais, igrejas, escolas, associações, Organizações Não Governamentais (ONGs). No entanto, percebe-se que essas parcerias praticamente são inexistentes, continuam reproduzindo o modelo tradicional, seja pela necessidade de atender as demandas individuais e curativas,

que surgem diariamente ou mesmo pela falta de conhecimento da equipe sobre o conceito e ações de promoção da saúde, que é entendido por muitos profissionais como prevenção de doenças.

Geralmente, promoção da saúde e prevenção de doenças na Saúde da Família, são tidas pelos profissionais como sinônimos, as atividades são realizadas em sua maioria de forma individual, em palestras educativas em grupos e orientações dadas em visitas e consultas, centrada na doença, em que não são considerados os determinantes sociais e ainda assim, são consideradas pela equipe de saúde da família como ações de promoção da saúde.

Um dos principais fundamentos da mudança do modelo assistencial em saúde é que a Estratégia Saúde da Família, por considerar a população adscrita no território de atuação, amplie a prática curativa do modelo biomédico tradicional e busque promover a qualidade de vida. Mesmo com todas as mudanças ocorridas ao longo dos anos no modelo de atenção básica a saúde, ainda prevalece a abordagem clínica. A esse respeito Lima (2016, p. 90), diz que,

[...] temos um modelo de atenção à saúde baseado no modelo biomédico, que atua privilegiando a clínica, abordagem de problemas e necessidades de saúde que só considera o indivíduo e sua doença, fora do contexto da vida, de suas relações sociais na família e no território, que continua organizando os serviços de saúde. Isso explica porque as políticas locais de saúde estão prioritariamente voltadas para o tratamento da doença e as atividades mais importantes das unidades básicas de saúde são as consultas médicas e a medicalização da população. O modelo biomédico tem origens históricas na medicina individual, reforçada pela teoria dos germes e consolidada pelo complexo industrial capitalista, desde o início do século 20 (LIMA, 2016, p. 90).

Segundo Buss (2002, p. 52), para promover a saúde da população “não basta a mobilização do setor de saúde e da atuação de seus profissionais, se não que, de forma articulada, são necessárias políticas e ações intersetoriais, com mobilização da sociedade e de outros segmentos do poder público”.

Nota-se que existe uma dificuldade dos serviços de saúde em ampliar suas ações para além do setor da saúde, o que vem em desencontro com os objetivos da Estratégia Saúde da Família, que tem como uma das características proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Apesar da mudança do modelo da atenção básica à saúde, os serviços de saúde ainda não conseguiram atingir a essência da ESF, e o modelo biomédico, com medicalização, ainda prevalece. A promoção da saúde precisa ser percebida pelas equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família, como de grande relevância para a gestão e saúde da população, proporcionando o envolvimento da comunidade e de outros setores locais para o desenvolvimento de ações que visem a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Para Alves (2014, p. 124-125), as práticas de saúde nas Unidades Básicas de Saúde da família precisam ser modificadas para que “as ações sejam voltadas para a promoção da saúde e retomada a essência da Estratégia Saúde da Família que é a territorialização da saúde, compreendendo a saúde dos indivíduos no contexto da vida cotidiana”.

Cabe a ESF conhecer a realidade da população das famílias inseridas no território de abrangência, mas para isso deve olhar para a população em seu contexto de vida. Para que prevaleça a atenção voltada para a saúde e não para a doença, não se pode perder de vista os princípios do SUS e a os objetivos da promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família.

As ESFs atuam em territórios delimitados, o que significa que esse território terá características específicas e prioridades, que serão observadas a partir do diagnóstico situacional, o que contribuirá para a realização do planejamento e programação das ações e serviços de saúde também específicos, buscando a qualidade dos mesmos e o atendimento prioritário e direcionado aos problemas e necessidades de cada território. Nesses espaços as equipes de saúde da família têm o dever de substituir o modelo tradicional de atenção à saúde, focalizar o trabalho em equipe, estabelecer a família no contexto do território como objeto de trabalho, e desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção à saúde (ALVES, 2014, p. 32-33).

Além disso, a ESF tem a possibilidade de criar vínculos com a comunidade e fazer parcerias com instituições locais, que vão para além das escolas, para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde. Para Souza, Silva e Caricari (2007), a procura de resolução de problemas, com a articulação de diferentes saberes é essencial para a constituição de uma rede social que preconize estratégias de promoção da saúde. E o Programa Saúde na Escola, surge como tentativa de suprir a falta de intersetorialidade entre as instituições, através da formação de redes intersetoriais.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA ESCOLA

A escola não pode mudar tudo e nem pode mudar a si mesma sozinha. Ela está intimamente ligada à sociedade que a mantém. Ela é, ao mesmo tempo, fator e produto da sociedade. Como instituição social, ela depende da sociedade e, para se transformar, depende também da relação que mantém com outras escolas, com as famílias, aprendendo em rede com elas, estabelecendo alianças com a sociedade, com a população (GADOTTI, 2007. p. 12).

A proposta de criação do observatório da saúde na escola foi a estratégia para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, constituindo-se num espaço para o debate sobre a saúde, construindo e socializando conhecimentos para a busca de uma vida mais saudável.

Neste contexto, este capítulo apresenta e discute as atividades de promoção da saúde realizadas na Escola Municipal de Ensino Fundamental Prof. Eurico Silva, numa perspectiva de desenvolvimento integral da comunidade escolar, na relação necessária entre educação e saúde, pensando o sujeito não somente dentro dos muros da escola, mas no cotidiano da vida, na família e nos grupos sociais, no lugar onde vive. Será dado destaque especial para o processo de construção coletiva das atividades realizadas no Observatório da Saúde, que envolveu alunos, professores e demais servidores, e também pais dos alunos, a partir das temáticas que os mesmos entendiam como mais relevantes. Em princípio, os temas abordados foram “alimentação saudável” e “mundo sem drogas” e posteriormente, dengue.

3.1 O Observatório da Saúde da Escola Municipal Professor Eurico Silva

Na maioria das escolas municipais de Uberlândia, as ações de saúde desenvolvidas, ainda estão sendo trabalhadas dentro de uma perspectiva sanitária, em que são repassados os cuidados com a higiene pessoal, acuidade visual, primeiros socorros, medidas antropométricas, entre outras. Apesar de realizadas

com base no modelo médico habitual, as mesmas vêm demonstrando efetividade limitada na promoção da saúde da comunidade escolar.

De acordo com Félix (2013), os programas de saúde na escola desenvolvidos em Uberlândia têm uma perspectiva sanitária ou higienista e tem como objetivo transmitir cuidados de higiene, preventivos e assistenciais e se concentram nos estilos de vida, com ênfase na ação individual. São baseadas na transmissão de informações sem levar em consideração o território em que vivem. Além disso, ainda que o programa ressalte a necessidade da intersectorialidade entre os setores da educação e saúde, isso raramente acontece, tendo em vista que repetidas vezes, a escola é considerada pelo setor de saúde apenas como palco de atividades de cunho preventivo.

Nesse sentido, o Observatório da Saúde na Escola é um facilitador e/ou estimulador para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde no território a partir da escola. Além disso, promove a intersectorialidade entre as instituições de ensino e educação, parcerias locais e mobilização comunitária.

A ideia de Observatório da Saúde na Escola em Uberlândia, surgiu a partir da tese de doutorado de Maria Araci Magalhães, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, em 2012, com a orientação do prof. Samuel do Carmo Lima, do Instituto de Geografia e co-orientação do professor doutor Paulo Nuno Maia de Sousa Nossa, da Universidade do Minho-Portugal.

Na tese, a autora ressalta a necessidade do observatório ser estruturado nos princípios da metodologia da pesquisa participante, tendo como parâmetros as ações do observatório da saúde da Administração Regional de Saúde (ARS), Norte, Portugal (2010), da qual propõe que as unidades de saúde se tornem observatórios da saúde e, dessa forma, sejam capazes de promover melhorias na saúde das populações e ainda, apresenta a continuidade de sua pesquisa, através do auxílio na implantação de observatórios locais da saúde nas escolas (Figura 2).

Figura 2 - Observatório da Saúde para o território escolar, 2010



Fonte: Adaptado do Observatório da Saúde, ROS Norte, M. S., Portugal, 2010 apud Magalhães, 2012.

Segundo Magalhães (2012, p. 264), o observatório da saúde, "é um espaço que objetiva maior conhecimento e informações referentes às questões de saúde, das quais a comunidade vivencia cotidianamente, com vista a estimular ação local por meio da pesquisa e promoção da saúde".

Com a criação do Observatório da Saúde na Escola, tem-se a possibilidade de identificar os fatores determinantes da saúde no território escolar, bem como, analisar, investigar e avaliar às necessidades de saúde da comunidade. Dessa forma a escola passa a ser o lugar de compreensão e de alternativas para a saúde da população, tendo as ações realizadas nesse ambiente uma grande repercussão na sociedade, agindo na prevenção e promoção da saúde.

Nessa perspectiva, o observatório da saúde na escola municipal professor Eurico Silva em Uberlândia, além das ações de promoção da saúde, também realiza vigilância em saúde, o que contribui para a construção de territórios saudáveis. No entanto, o conceito de vigilância em saúde, neste trabalho, pautou em priorizar a vigilância do espaço/população de ocorrência da doença e não o conceito clássico

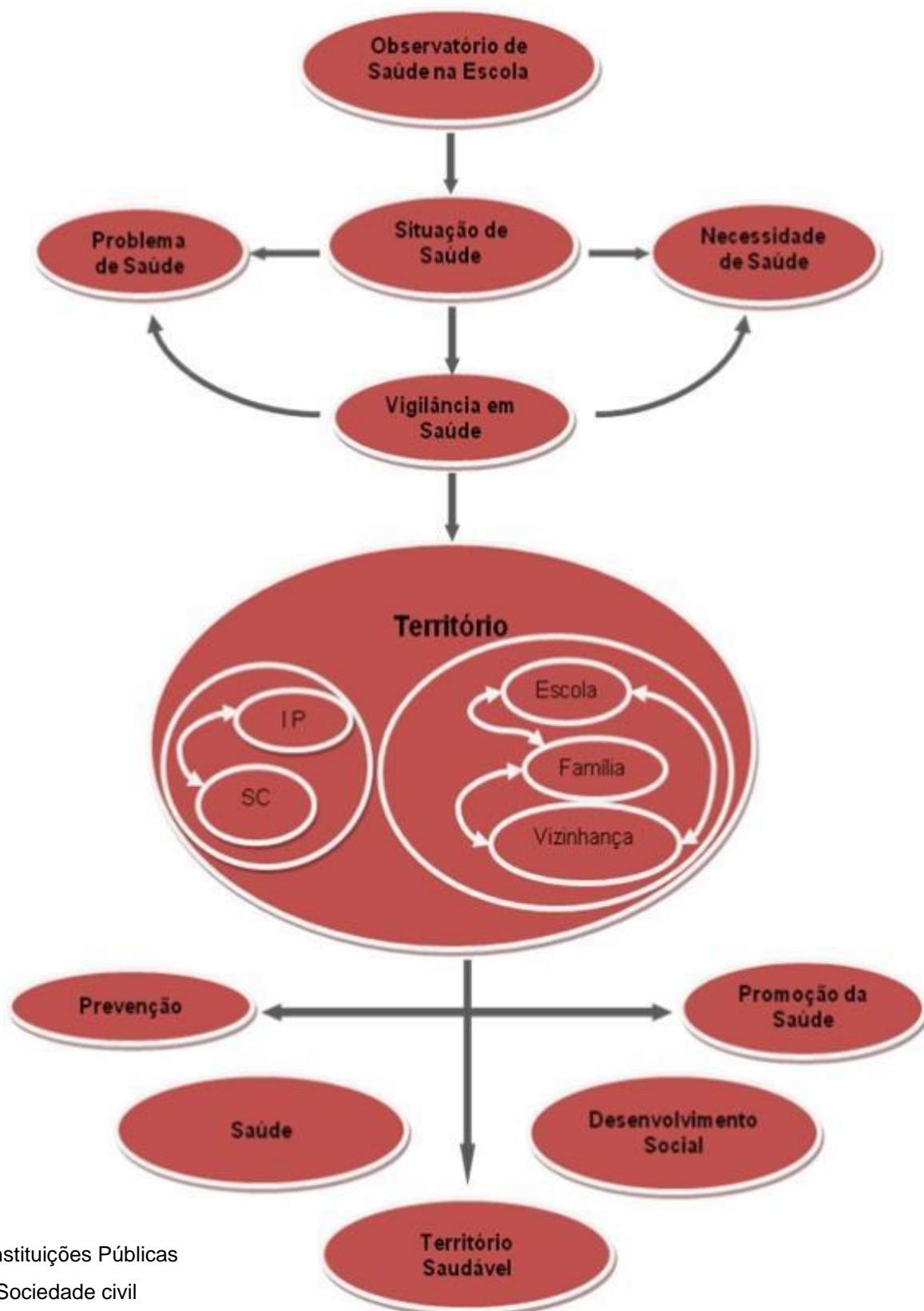
pautado somente na saúde individual (XIMENES et al, 1999). Nessa perspectiva, privilegiou o processo de produção da doença a partir do território, tendo a escola como Observatório da saúde, com a participação da comunidade, com setores da saúde e da educação, possibilitando a articulação de dados disponíveis em diversos segmentos e a formação de parcerias com instituições locais.

O observatório de saúde na escola é um instrumento para a promoção da saúde no território, porque possibilita uma relação de interação, em que os sujeitos são envolvidos na prática educativa. A comunidade escolar, ou seja, pais e/ou responsáveis, alunos, professores, demais servidores e comunidade fazem parte das ações desenvolvidas, atuando de forma efetiva no planejamento e desenvolvimento das estratégias de saúde. Isso acontece porque as propostas são demandas da própria comunidade, o que favorece um maior envolvimento.

O OBS é uma forma de manter o vínculo da escola com a comunidade, com instituições locais e de realizar estratégias de promoção da saúde e de mobilização da comunidade para o desenvolvimento dessas. A escola passa ser o lugar de observação, monitoramento e desenvolvimento de ações voltadas para a comunidade escolar.

Neste contexto, o Observatório da saúde na escola possibilita diagnosticar os problemas e as necessidades de saúde do lugar, a situação de saúde, realizando vigilância em saúde no território; na escola, na família e na vizinhança, com a participação dos sujeitos, das Instituições Públicas e das Entidades da Sociedade Civil, para realizar prevenção, promoção da saúde e contribui para a saúde e o desenvolvimento social das populações, principalmente nos lugares de maior vulnerabilidade social. Estruturado com procedimentos da metodologia de pesquisa-ação, terá como missão reconhecer as situações de saúde e qualidade de vida, por meio de estudos contínuos dos fatores determinantes sociais da saúde, para o estabelecimento de estratégias de vigilância e promoção da saúde dos sujeitos, indivíduos e coletividades, para a construção de territórios saudáveis (Fluxograma 4).

Fluxograma 4 - Observatório da saúde na escola



Considerando a complexidade do processo saúde-doença e concepção de trabalho em rede⁵, o Observatório da Saúde na Escola se fundamentou em pilares metodológicos de trans e interdisciplinaridade para a realização de suas atividades, atuando por meio de articulações intersetoriais e mobilização comunitária.

É a partir dos Grupos de Trabalhos que o Observatório da Saúde ganha vida e objetividade. Por isso, devem-se constituir quantos grupos de trabalhos forem precisos para atendimentos dos temas que a comunidade escolar tenha necessidade de abordar.

3.2 Grupos de Trabalho - Mundo sem Drogas e Alimentação Saudável

A formação de grupos, com a participação dos alunos, é importante para formação escolar. Não é exagero dizer que a entrada em um grupo é um acontecimento inevitável na passagem da infância para o mundo adulto. Faz parte do processo de elaboração da identidade. Quando chega a puberdade, o adolescente não se contenta mais apenas com a rede protetora da família e busca fora de casa outras referências para se formar como sujeito. É por isso que, nessa hora, os amigos crescem em importância. Por meio deles, o jovem exercita papéis sociais, se identifica com comportamentos e valores e busca segurança para lutar contra a angústia da solidão típica da fase (MARTINS, 2010).

Nesse momento, a escola exerce um papel importante na formação do sujeito, possibilitando a formação desses grupos. Nestes, os alunos vão fazer amigos que tem objetivos comuns, um apoiando o outro, além de encontrar aceitação, acolhimento e construir laços emocionais.

Uma das metodologias utilizadas com os alunos da escola nos GT, foi a Educação pelo Pares, que se insere num determinado contexto cultural e pode ser definida como a “comunicação de par para par” e, logo, um fenômeno social, e baseia seus efeitos nas teorias e pressupostos relativos ao fenômeno da

⁵ Segundo Marteleto (2001, p. 71), a utilização dinâmica explicita a rede sistema, o que significa trabalhar as redes como uma estratégia de ação no nível pessoal ou grupal, para gerar instrumentos de mobilização de recursos.

comunicação e influência social (SVENSON, 2001). “Surgiu como uma alternativa aos projectos de educação para a saúde centrados no indivíduo, que se estavam a mostrar pouco eficazes na promoção da saúde sexual e reprodutiva (AGUIAR et al., 2009, p. 2048).

Svenson (2001, p. 13), diz que “o maior potencial da educação pelos pares assenta na sua capacidade de adaptar as mensagens de prevenção às práticas locais, aos diferentes valores e necessidades”. É uma abordagem na qual uma minoria de pares que representam um grupo ou população, tentam de forma intencional influenciar a maioria.

Grupos menores são capacitados cientificamente para interagir com outros grupos. Assim, entende-se que indivíduos com a mesma faixa etária tem uma capacidade maior de falarem e transmitir conhecimento e informações para esses grupos de jovens. Sendo uma estratégia eficaz quando se fala em Educação para a Saúde.

Brito et al., (2008, p. 331), citando Turner e Sheperd (1999), concluem que a Educação pelos Pares “tende a ser um método à procura de uma teoria em vez de uma aplicação da teoria à prática. Contudo enfatizam a capacidade desta metodologia facilitar a conscientização”.

Com as informações científicas corretas, esse pequeno grupo, torna-se capaz de transmitir aos demais colegas e influenciá-los positivamente. Utilizando para isso, diferentes formas de intervenção em saúde e com isso, aprende e ensina ao mesmo tempo (BRITO, 2009). A educação pelos pares é uma metodologia de intervenção em educação para a saúde e tem como público-alvo os jovens.

A adolescência é uma fase da vida onde o indivíduo encontra-se em situação de aprendizagem, estando mais aberto que os adultos à adoção de novos comportamentos, o que justifica a pessoa com menos de 20 anos ser considerada parte de um público prioritário para a educação para a saúde (CAMARGO; BOTELHO, 2007, p. 2).

Svenson et al. (2001), ressalta que tem sido na área da prevenção da Síndrome de ImunoDeficiência Adquirida (SIDA) e das outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) que a utilização da educação pelos pares tem vindo a crescer mais rapidamente. E ainda, enfatiza que “os jovens formados para

serem educadores dos seus pares tornam-se, em relação a estes, peritos nos assuntos e agem então como agentes de mudanças” (SVENSON et al., 2001, p. 15).

Quando se fala em promoção da saúde o conceito de autonomia é considerado como fator importante nesse processo, capacitando as pessoas para serem mais capazes de melhorarem a qualidade de vida e saúde. E essa autonomia aumenta quando o indivíduo adquire novos conhecimentos que lhes proporcionam um maior entendimento e meios de lutar com determinadas situações. E os educadores de pares, através dos conhecimentos adquiridos e das atividades desenvolvidas também podem ter uma maior autonomia.

“A educação pelos pares centra-se no aumento da participação e no “*empowerment*” dos jovens. Para cumprirem esta tarefa, os jovens precisam do suporte e orientação por parte dos adultos” (SVENSON, 2001, p. 24).

É necessário utilizar de estratégias que atinjam os adolescentes e nesse sentido, a educação pelos pares tem se mostrado como uma abordagem inovadora, proporcionando aos cidadãos e comunidades as oportunidades necessárias para o controle de sua própria saúde, sendo um dos princípios defendidos pela promoção da saúde (SVENSON et al., 2001).

Nas escolas, os projetos de educação pelos pares, capacitam os alunos para que eles atuem como agentes de mudança e podem ser realizados isoladamente ou como complemento de programas de promoção da saúde. A medida que os estudantes trabalham em parceria com os professores e outros adultos ou profissionais, participando efetivamente na tomada de decisões e nas ações desenvolvidas podem mudar suas vidas e das pessoas que os cercam.

Os Grupos de Trabalho formados na escola municipal Prof. Eurico Silva, com os temas “Alimentação Saudável” e “Mundo sem Drogas”, foram desenvolvidos a partir da metodologia de educação pelos pares.

No ano de 2013, por aproximadamente quatro meses, os grupos reuniram-se semanalmente na escola para discutir os respectivos temas. Esses encontros eram divididos por temática e contavam com a presença de um mediador que direcionava as discussões (Imagem 7). Sempre que possível participavam dos encontros alguns colaboradores e profissionais que trabalham com os temas abordados. Dentre eles, nutricionista, psicólogo, assistente social, enfermeiros.

Imagem 7 - Um dos encontros semanais realizados com os grupos de trabalho em 2013



Fonte: MACIEL, F. A. Q. (2013)

Nessas reuniões, experiências cotidianas foram trazidas pelos estudantes, pais e professores e discutidas. Assim, estabeleceu-se uma relação de proximidade com os participantes e foi possível conhecer a realidade em que estavam inseridos.

Com relação ao tema das drogas, percebeu-se que alguns estudantes convivem bem de perto com o problema, seja em casa, com parentes próximos ou na própria escola. Nos relatos, os jovens falavam abertamente que possuem membros da família internados em clínicas de reabilitação por conta do vício com as drogas ou com alcoolismo. Discorriam sobre as festas em família que eram permeadas pelo consumo de bebidas alcoólicas e cigarro.

Quanto a temática alimentação, notou-se que os estudantes não muito saudável. A grande maioria dos alunos relataram o alto consumo de produtos industrializados, tais como: macarrão instantâneo, refrigerantes, salgados de

pacotes, bolachas, entre outros. Além disso, alguns pais e/ou responsáveis disseram que como não tem tempo disponível para o preparo das refeições acabam deixando os filhos comerem sem nenhuma restrição. Alguns casos de colesterol e hipertensão também foram relatados pelos pais e alunos.

As leituras foram essenciais nesse processo, pois possibilitou uma maior compreensão dos temas. Miranda (2012) ressalta que os fundamentos teóricos são importantes, pois contribuem para a geração de ideias, levantamento de hipóteses e orientação de análises. Assim, a intervenção foi acontecendo à medida que os trabalhos avançavam, possibilitando uma constituição grupal de conhecimento.

Considerando o diagnóstico da situação de saúde como um dos pilares para formulação de estratégias para a solução de problemas vividos pelos alunos, nos encontros foi talhada a necessidade de aplicação questionários relacionado a alimentação e drogas, com o propósito avaliar o entendimento dos alunos sobre essa temática, bem como sua situação perante esse contexto.

Dessa forma, nos encontros seguintes iniciou-se o processo de discussão sobre os questionários aplicados aos estudantes da escola. A construção das questões ocorreu com a participação dos integrantes dos grupos, ou seja, com os estudantes, pais e/ou responsáveis, professores e colaboradores, o que proporcionou um maior envolvimento (Imagem 8 e 9).

Imagem 8 - Discussão e elaboração do questionário sobre Alimentação saudável, maio de 2013



Fonte: SANTOS, F. O. (2014).

Imagem 9 - Discussão e elaboração do questionário sobre Drogas, maio de 2013



Fonte: SANTOS, F. O. (2014).

Destacamos que na metodologia de educação pelos pares, é de suma relevância que os jovens educadores atuem na definição dos conteúdos e evolução do projeto, permitindo assim, que ele aumente sua auto-estima, motivação, responsabilidade e capacidade de tomar decisões, considerando que ele traz experiências válidas e significativas e é desse modo que o profissional deve enxergá-lo para possibilitar uma boa relação. O processo de “*empowerment*” implica aprender a questionar e discutir enquanto membro de uma equipe, o que reforça a capacidade dos educadores de pares para pensarem os temas de forma crítica e aumentarem sua confiança (SVENSON et al., 2001).

Com o propósito de propiciar um maior envolvimento dos estudantes nesse processo, o grupo decidiu que a aplicação das questões seria realizada pelos estudantes que fazem parte do observatório da saúde com o auxílio de professores. Para isto, foi necessário instruí-los de como proceder à aplicação e também prepará-los para responder as dúvidas referentes à interpretação e preenchimento dos questionários (Imagens 10 e 11).

Imagem 10 - Instrução para aplicação do questionário sobre alimentação, maio de 2013



Fonte: MACIEL, F. Q. A. (2013).

Imagem 11 - Instrução para aplicação do questionário sobre drogas, maio de 2013



Fonte: MACIEL, F. Q. A. (2013).

Os educadores de pares vão transmitir informações para outros jovens e consequentemente responder questões relativas aos temas, por isso, necessitam estar seguros e possuir uma formação adequada. Nesse sentido, é importante a confiança e o apoio do coordenador. Os estudantes precisam de alguém a quem possa recorrer em momentos de dúvidas e dificuldades.

A formação dos jovens deve ser realizada num formato em que esses jovens sejam inseridos no processo, dando voz, para que eles possam falar sobre a melhor forma de se resolver o problema, e assim dar um sentido de responsabilidade para o trabalho desenvolvido, o que possibilita uma maior abertura, comunicação e respeito mútuo.

[...] a educação pelos pares reconhece nos jovens competências e capacidades que lhes permitam resolver problemas da sociedade, junto de uma população que possui características semelhantes às suas, como sejam a idade, género ou cultura. Esta é considerada uma estratégia educativa muito vantajosa, eficiente e pouco dispendiosa e que promove *duplo empowerment* visto que tanto quem ensina (educadores de pares) como quem recebe o aconselhamento (pares educandos), aprende. (SANTOS, 2009, p. 14).

Os jovens possuem um fenómeno de linguagem próprio da sua idade. Por isso, um grupo de educadores de pares, é importante nesse processo, pois eles conseguem se comunicar de forma clara e as vezes já passaram pelos mesmos problemas além de possuírem a mesma idade e estar inserido no mesmo contexto de vida. É o que reforça Svenson et al. (2001), quando diz que é necessário adaptar a comunicação de acordo com o grupo-alvo e as mensagens devem ter um significado no quotidiano, sendo o modelo biomédico substituído por um diálogo mais amigável e uma linguagem mais explícita, no caso desse trabalho, relacionado a alimentação e o uso de drogas.

Com relação ao tema alimentação, cabe ressaltar que existem alguns trabalhos publicados no Brasil, que realizaram diagnóstico da alimentação nas escolas, dentre eles destaca-se os de Boccaletto & Vilarta (2006), Kipper et al. (2011), Schmitz et al. (2008), Sonati (2009), Loureiro (2004).

De acordo com Sonati (2009), uma dieta rica em açúcares e gorduras resulta em obesidade e pode acarretar doenças como, o diabetes, a hipertensão, níveis de colesterol e triglicérides elevados. Segundo a autora o sódio presente em sopas prontas, temperos em cubos, refrigerantes, salgadinhos, macarrão instantâneo, sucos e outros alimentos e ainda, o baixo consumo de frutas e verduras tem contribuído para o aumento da pressão arterial. Essas alterações metabólicas podem comprometer a qualidade de vida de uma criança, jovem, adulto ou idoso. Nesse sentido, faz-se necessário valorizar a produção e o consumo de alimentos mais saudáveis.

A criança passa parte de sua vida na escola e a outra parte no ambiente familiar e, ambos devem juntar esforços no sentido de desenvolver nas crianças e jovens hábitos saudáveis de vida. A criança utiliza o professor e os pais como espelho, assim é de extrema importância que os mesmos possuam estilos de vida saudáveis (SONATI, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, elaborou o Relatório Mundial da Saúde, que incluiu a desnutrição protéico-calórica, o sobrepeso, a obesidade, o baixo consumo de frutas e verduras, a deficiência de zinco e vitamina A e a anemia ferropriva como sendo fatores de risco para a morbi-mortalidade no mundo.

Neste contexto, as questões aplicadas aos estudantes sobre alimentação foram produzidas a partir de uma adaptação do formulário de marcadores do consumo alimentar de indivíduos com 5 anos de idade ou mais, oriundo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). O questionário autopreenchido foi aplicado, em junho de 2013, durante o intervalo das aulas, para 614 estudantes e não possuem a identificação dos sujeitos da pesquisa (Apêndice G).

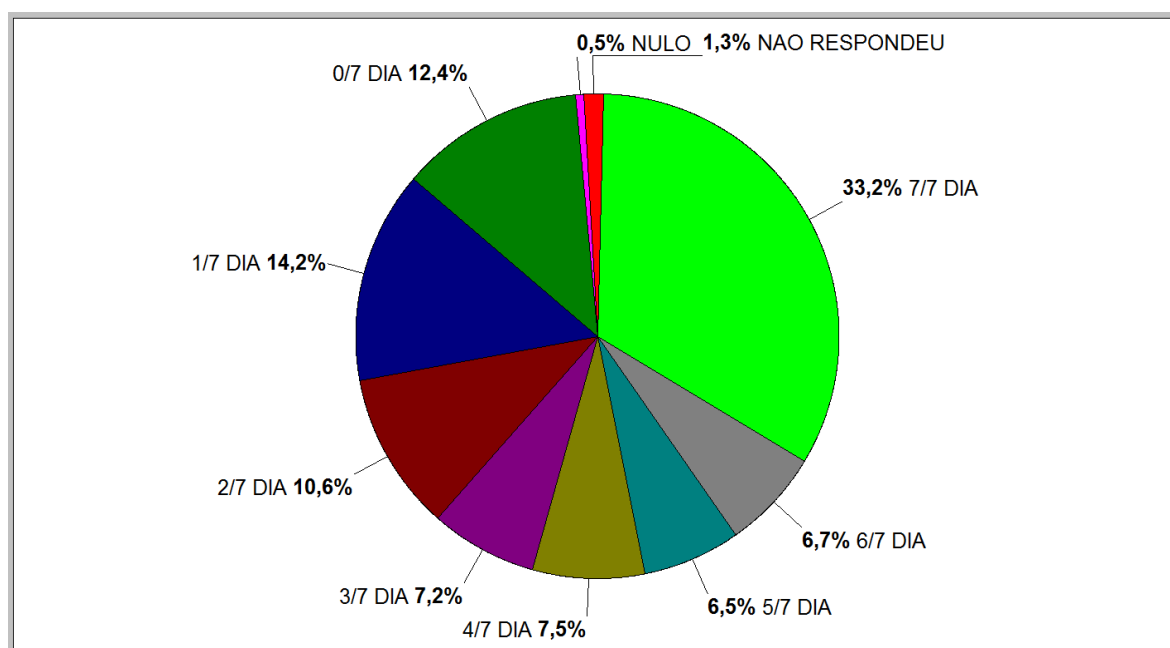
Participaram do questionário crianças e adolescentes que possuem domínio da leitura, matriculadas no ano de 2013, em turmas do período da manhã e da tarde, 3ª a 8ª série, de ambos os sexos, entre oito a quinze anos. Todos os 614 questionários respondidos foram avaliados, inclusive aqueles que tiveram alguma resposta omitida.

A análise dos dados quantitativos coletados foi efetuada utilizando o programa computacional Epi-info versão 3.3.2 em um banco de dados construído especificamente para este estudo, para que os dados obtidos pudessem ser tratados estatisticamente a fim de estabelecer correlações e conhecer a realidade sobre a alimentação dos estudantes da escola municipal Prof. Eurico Silva. A comparação das médias foi por teste T de Student, e as proporções foram avaliadas, usando o teste Qui quadrado ou teste Exato de Fisher, quando apropriados, aceitando como limite da significância estatística o valor de $p < 0,05$.

Os resultados foram organizados em forma de gráficos. A partir da análise dos dados e das informações obtidas, foi possível conhecer os hábitos alimentares dos estudantes da Escola Municipal Prof. Eurico Silva.

Dentre os entrevistados que responderam o questionário, 304 (49,5%) são do sexo feminino e 310 (50,5%) do sexo masculino, com idades variando entre 11 e 12 anos (38,1%) (média = 12 anos \pm 2,0). A média de idade dos 331 que consumiram três ou menos vezes por semana é de 12 anos (\pm 2,1) e dos 272 que consumiram quatro ou mais vezes por semana, a média é de 11 anos \pm 1,9 ($p = 0,004$) (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Nos últimos 7 dias, em quantos dias, você tomou refrigerantes?



Fonte e organização: SANTOS, F. O.; LIMA, S. C.; OLIVEIRA, C. R. C. (2013).

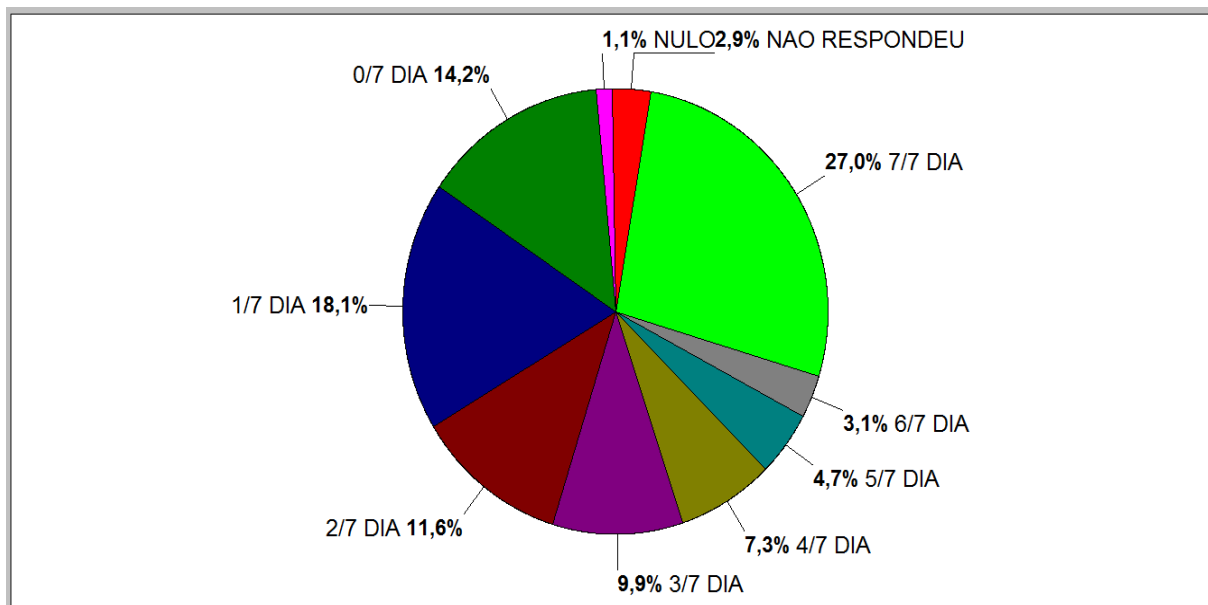
O estudo confirma que uma elevada percentagem dos estudantes toma refrigerantes todos os dias. De acordo com Estima et al (2011), o refrigerante possui elevada densidade energética resultante da alta quantidade de açúcar. O seu consumo por crianças e adolescentes é influenciado, principalmente, pelo sabor do produto, além do consumo pelos pais, que se tornam modelo para os jovens, potencializando o desenvolvimento de possíveis problemas de saúde. Cabe destacar que os a ingestão da bebida, sobretudo de refrigerantes, associa-se ao aumento da obesidade em crianças e adolescentes.

Dos 589 estudantes que responderam “quantos dias da semana comem bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates”, 27% disseram que comeram todos os dias. Do total de 330 que relataram que comeram menos ou igual a três vezes na semana, 54,5% são do sexo masculino e 45,5% do sexo feminino. De 259 que afirmaram que comeram mais ou igual a quatro vezes na semana, 47,1% são do sexo masculino e 52,9% do sexo feminino e a média de idade é de 12 anos ($\pm 2,01$). Para os que comeram menos que três vezes na semana, a média de idade é de 11 anos ($\pm 2,0$; $p= 0,0$). (Gráfico 9).

O diagnóstico demonstrou que 27% das crianças e jovens consomem doces, balas, bolachas ou biscoitos recheados e chocolates todos os dias. De acordo com a I Diretriz sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular (2013), dietas com alta quantidade de gorduras, especialmente gorduras saturadas, colesterol e pobre em fibras e carboidratos complexos, aumentam o risco de desenvolver doenças coronarianas, diabetes Mellitus e algumas formas de câncer.

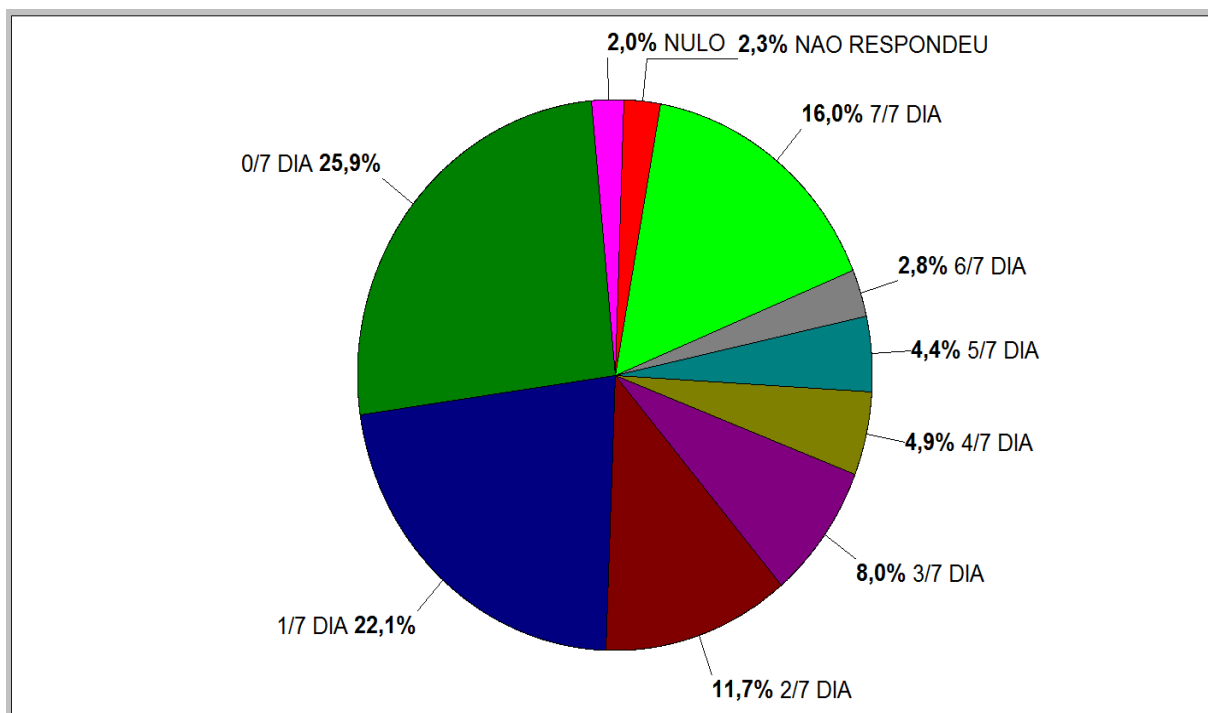
Sobre a ingestão de bolachas, batata de pacote e salgados fritos, 16,0% dos estudantes responderam que consumiram este tipo de alimento todos os dias e 25,9% não comeram em nenhum dia. 172 crianças e adolescentes com média de 12 anos ($\pm 2,08$), do sexo masculino (54,7%) e 45,3% do sexo feminino, afirmaram que consomem este tipo de alimento quatro ou mais vezes na semana e 416 disseram que comeram três ou menos vezes por semana, sendo que 48,8% são do sexo masculino e 51,2% do sexo feminino, com média de 11 anos ($\pm 1,9$; $p= 0,0$) (Gráfico 10).

Gráfico 9 - Nos últimos 7 dias, em quantos dias, você comeu bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)?



Fonte e organização: SANTOS, F. O.; LIMA, S. C.; OLIVEIRA, C. R. C. (2013).

Gráfico 10 - Nos últimos 7 dias, em quantos dias, você comeu batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)?

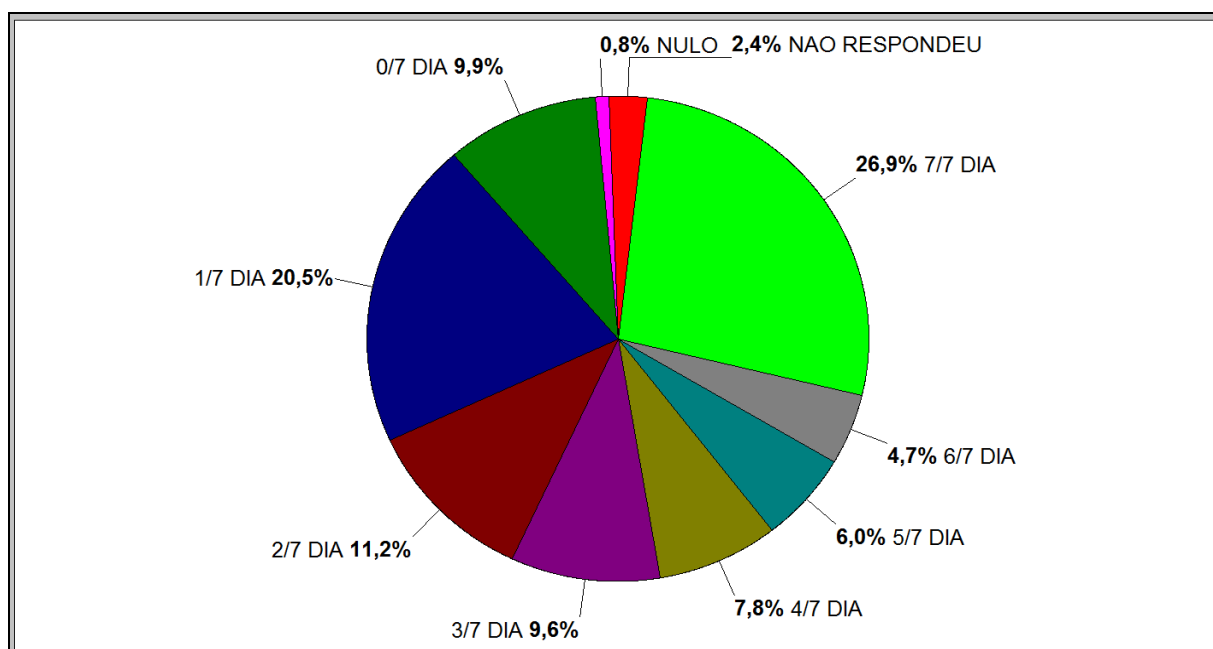


Fonte e organização: SANTOS, F. O.; LIMA, S. C.; OLIVEIRA, C. R. C. (2013).

Segundo Mello (2004), refrigerantes, batatas fritas e outros tipos de frituras possuem elevado teor de gordura saturada, colesterol, sódio, o que pode levar a obesidade infantil, sério agravo para a saúde atual e futura dos indivíduos. Prevenir a obesidade infantil significa diminuir de forma racional e menos onerosa a incidência de doenças crônico-degenerativas.

Em relação ao consumo de bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote, do total de 594 questionários preenchidos, 26,9% relataram que comeram todos os dias e 20,5% comeu pelo menos uma vez na semana. Deste total, 315 estudantes disseram que comeram três ou menos vezes na semana, sendo que, 51,7% são do sexo masculino e 48,3% do sexo feminino, com média de idade de 11 anos \pm 2%. Já dos 279 alunos que ingeriam o alimento quatro ou mais vezes na semana, 49,8% são do sexo masculino e 50,2% do sexo feminino, com média de 12 anos (\pm 1,9; $p= 0,0$) (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Nos últimos 7 dias, em quantos dias, você comeu bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote?



Fonte e organização: SANTOS, F. O.; LIMA, S. C.; OLIVEIRA, C. R. C. (2013).

De acordo com Dantas (2016), a gordura trans, também conhecida como óleo hidrogenado é encontrada principalmente em alimentos industrializados, tais como: manteiga, batatas fritas, sorvetes, biscoitos, bolos,

bolachas recheadas e outros empacotados e serve para dar crocância e consistência aos alimentos. No organismo, a gordura trans traz prejuízos à saúde, dentre eles, obesidade, aumento do colesterol ruim e diminuição do colesterol bom, dificuldade na passagem do sangue pelas artérias, diabetes, facilidade de contrair inflamações, câncer de mama e outros.

Dos 580 questionários respondidos, 43,6%, responderam que consomem leite ou iogurte diariamente, no entanto, 11,6% não ingeriram em nenhum dia da semana. Deste total, 212 responderam que consumiram o alimento três ou menos vezes na semana, sendo que 51,9% são do sexo masculino e 48,1% do sexo feminino, com média de idade de 11 anos \pm 2,1. Entre os que comeram quatro ou mais vezes na semana (368), 50,8% são do sexo masculino e 49,2% do sexo feminino e média de idade é 11 anos (\pm 1,9; $p=0,4$).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (2015), o consumo de leite e seus derivados apresentam alto valor nutricional, pois são fontes de proteínas, vitaminas e minerais com destaque para o cálcio. A sua ingestão tem sido associada a efeitos benéfico no que diz respeito a saúde óssea e muscular. A restrição ao consumo de leite e derivados somente deve ser feita aos indivíduos com diagnóstico clínico confirmado de intolerância à lactose, sensibilidade à proteína do leite ou de outras condições físicas e imunológicas.

Em relação a ingestão de feijão, do total de 594 questionários preenchidos, 71,2% dos estudantes disseram ingerir o alimento todos os dias, entretanto, 6,2% não consumiram. Comeram feijão três ou menos vezes na semana 106, sendo que, 47,2% são do sexo masculino e 52,8% do sexo feminino, com média de idade de 11 anos \pm 1,77. Já os que comeram quatro ou mais vezes na semana, um total de 488, 51% são do sexo masculino e 49% do sexo feminino e a média de idade é de 11 anos \pm 2,10.

A maioria das crianças e jovens relataram que comem feijão todos os dias. Entretanto, uma boa porcentagem disse que não comeu em nenhum dia ou só uma vez na semana. De acordo com Rosaneli et al (2007) o arroz e o feijão, estão sendo aos poucos sendo substituídos por alimentos industrializados. Este fato, associado a outras alterações do estilo de vida e mesmo da dieta, têm contribuído para o aumento da incidência de doenças crônicas não-transmissíveis em todos os níveis da população.

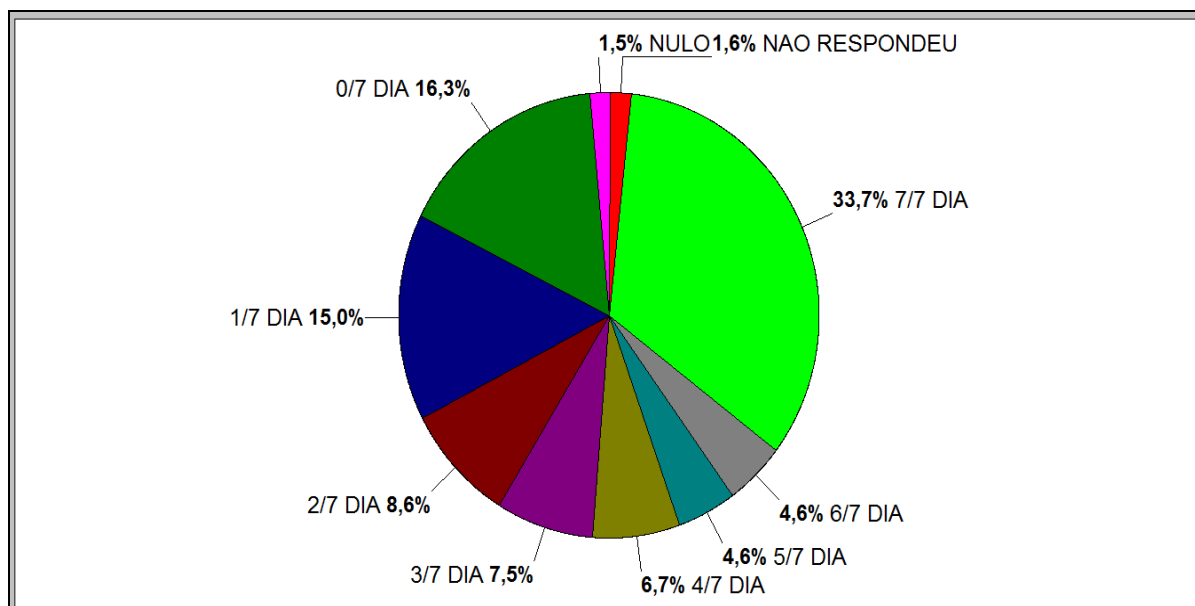
Uma boa alimentação e nutrição, do ponto de vista social e biológico, dependem do acesso à informação, orientação e educação alimentar. Dessa forma, a educação alimentar de crianças e adolescentes precisa ser incluída no eixo escola-família-sociedade para que práticas e hábitos alimentares simples e saudáveis sejam incentivados e promovidos, a começar pelo consumo do arroz e do feijão (ROSANELI, et al. 2007).

Um resultado preocupante foi o de consumo de legumes e verduras cozidas, pois entre os 601 estudantes que responderam o questionário, 40,1% disseram que não comeram este tipo de alimento durante a semana, enquanto 10,7% relataram que ingeriram o alimento todos os dias. Entre estes, 457 relataram comer três ou menos vezes por semana, sendo que deste total 80,5% são do sexo masculino, com média de idade de 11 anos \pm 1,8. Dos 144 estudantes que disseram que comeram quatro ou mais vezes na semana, 41% são do sexo masculino e 59% do sexo feminino, média de 11 anos (\pm 2,09; $p=0,4$).

E em relação ao consumo de salada crua, dos 606 estudantes, 30,6% disseram comer todos os dias, e 17,8% não comeram em nenhum dia da semana. Deste total, 303 estudantes disseram que comeram três ou menos vezes na semana, sendo que, 56,8% do sexo masculino e 43,2% do sexo feminino, com média de idade de 11 anos e \pm 2,1. E dos 303 que ingeriram quatro ou mais vezes por semana, 44,2% são do sexo masculino e 55,8% do sexo feminino, com média de idade de 11 anos \pm 1,8 (Gráfico 12).

Dos 595 participantes que responderam o questionário, 33,7% disseram que comeram frutas frescas ou salada de frutas todos os dias e 16,3% não ingeriram em nenhum dia. Deste total, 291 relataram que ingeriram o alimento três ou menos vezes na semana, sendo que 55,7% são do sexo masculino e 44,3% do sexo feminino, com média de idade de 11 anos \pm 1,9. Já os 304 que ingeriram quatro ou mais vezes na semana, 45,4% são do sexo masculino e 54,6% do sexo feminino, também com média de idade de anos \pm 2,1.

Gráfico 12 - Nos últimos 7 dias, em quantos dias, você comeu salada crua?



Fonte e organização: SANTOS, F. O.; LIMA, S. C.; OLIVEIRA, C. R. C. (2013).

Apesar da grande maioria dos estudantes relatarem consumir frutas e salada crua, uma boa porcentagem (40%) responderam que nos últimos dias não comeram legumes ou verduras cozidas. A baixa frequência de consumo de frutas, legumes e verduras torna-se preocupante, visto que as vitaminas (A, D, E, K, C e todas as vitaminas chamadas do complexo B) e minerais (cálcio, ferro, potássio, fósforo e outros) estão presentes nas frutas, verduras e legumes, pois contribuem para a proteção à saúde e redução do risco de ocorrência de várias doenças crônicas. Além disso, são essenciais na digestão, na circulação sanguínea e no funcionamento intestinal, além de fortalecerem o sistema imunológico, responsável pela defesa do nosso corpo contra invasores como vírus, bactérias e parasitas (BRASIL, 2007).

Tendo em vista os dados observados neste estudo, reforça-se a importância de intensificar o esclarecimento sobre os benefícios de uma alimentação saudável na infância e na adolescência, em especial do consumo de frutas, verduras e legumes e leguminosas em substituição ao consumo de alimentos industrializados.

Nessa perspectiva, viu-se a necessidade de promover a melhoria dos hábitos alimentares dos estudantes e mobilizar as famílias nesse processo. É

importante estabelecer estratégias de vigilância, prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, foram concretizadas atividades de intervenção na escola.

De início, percebeu-se a importância de socializar com a família e estudantes os resultados obtidos com os questionários aplicados. Para isso, fez-se um convite para que os mesmos comparecem na escola (Apêndice H). Assim, poderíamos despertar o interesse da família nos projetos desenvolvidos pelo observatório da saúde e compartilhar as informações obtidas com o resultado do questionário sobre alimentação (Imagem 12).

Imagem 12 - Reunião com as famílias e estudantes, novembro de 2013



Fonte: SANTOS, F. O. (2013).

O encontro aconteceu em novembro de 2013 e teve uma repercussão positiva. As famílias ficaram preocupadas, mas também interessadas e motivadas em contribuir com as ações de promoção de hábitos alimentares saudáveis realizadas pelo observatório da saúde. Na ocasião foi discutido sobre a possibilidade desses questionários serem realizados com as famílias, explicamos que isso seria de grande importância no sentido de compreender a realidade das famílias no que se refere a alimentação. Uma vez que, entender como são os hábitos alimentares no contexto familiar, possibilita um maior conhecimento sobre o reflexo disso nas crianças.

Com o apoio das famílias, no ano de 2014, iniciou-se o processo coletivo de construção do questionário que, posteriormente, foi aplicado. Para isso, foram realizados com o grupo de trabalho – Alimentação saudável, alguns encontros para

discutir e elaborar as questões. Nessas reuniões, além de estudantes, alguns pais e colaboradores, estava presente o estagiário de nutrição da UBSF São Jorge II.

Depois de alguns encontros, o grupo optou pelo mesmo questionário aplicado aos estudantes, que é uma adaptação do formulário SISVAN. No entanto, acrescentaram-se outras questões, consideradas importantes para se conhecer a realidade das famílias e da vizinhança no diz respeito aos hábitos alimentares (Apêndice I). O grupo definiu que o questionário seria aplicado pelos próprios estudantes que fazem parte do observatório da saúde.

Assim, fez-se necessário sanar as dúvidas dos estudantes com relação as questões e instruir de como deveriam proceder a aplicação do questionário (Imagem 13). Posteriormente os alunos levaram o referido questionário para casa para que fosse respondido pelo responsável do domicílio e aplicado a um ou mais vizinhos, contribuindo para a aquisição de informações sobre o conhecimento não só dos hábitos das famílias, mas, também da sua vizinhança.

Imagem 13 - Discussão com os alunos do questionário sobre alimentação a ser aplicado para as famílias, 2014



Autoria: MACIEL, F. Q. A. (2014).

Infelizmente, uma parcela significativa dos estudantes não conseguiu aplicar o questionário, porque entraram em férias escolares e no retorno, no semestre seguinte, houve uma desmobilização do grupo, que se envolveu em outras atividades, de modo que essa atividade ficou perdida, ou seja, os questionários respondidos não puderam ser resgatados.

Outra atividade realizada em 2014 foi um café da manhã para os estudantes e pais do Grupo de trabalho Alimentação Saudável na escola municipal Prof. Eurico Silva. Na ocasião, tivemos a presença de uma nutricionista que falou sobre a importância de uma alimentação saudável para a saúde, destacando as doenças que podem ser geradas devido a uma má alimentação. Para melhor aproveitamento das discussões e não gerar tumulto, dividimos os alunos e pais em grupos e dias alternados (Imagem 14).

Imagem 14 - Café da manhã para pais e estudantes, 2014



Fonte: OLIVEIRA, C. R. C. (2014).

Além disso, em substituição aos temperos industrializados e conseqüente diminuição da utilização do sal na preparação dos alimentos, os estudantes juntamente com os pais e/ou responsáveis foram incentivados a plantar em materiais descartáveis ervas que podem ser utilizadas para dar sabor aos alimentos.

Cada aluno escolheu uma erva para cultivar e, posteriormente, fizeram um relato dos benefícios para a saúde e de como pode ser inserida na alimentação (Imagem 15). Notou-se que alguns condimentos naturais, assim como sua utilização eram desconhecidos para alguns.

Imagem 15 - Cultivo e benefícios dos condimentos naturais, 2014



Fonte: SANTOS, F. O. (2014).

Outra ação realizada foi a preparação de lanches saudáveis pelos alunos e famílias (Imagem 16). Além do preparo, eles trouxeram as receitas preparadas e repassaram para os demais colegas, o que proporcionou uma maior interação entre os pais.

Imagem 16 - Preparação de lanches saudáveis, 2014



Fonte: SANTOS, F. O. (2014).

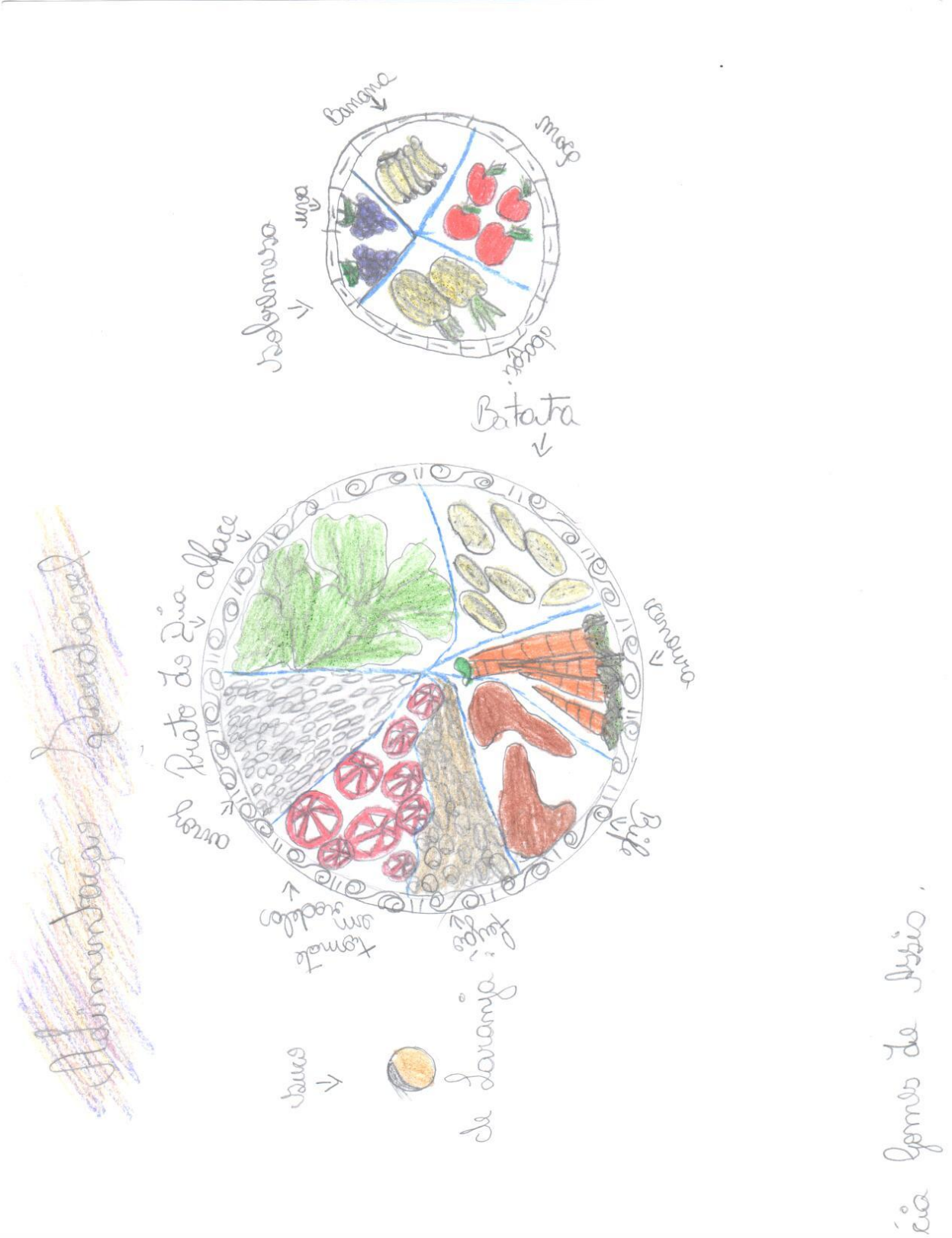
Os estudantes também realizaram confecção de cartazes e desenhos sobre o tema alimentação saudável (Imagem 17 e Figuras 3, 4). Essa atividade teve como objetivo discutir a temática. As informações repassadas nesse processo se transformam em conhecimento, à medida que os alunos foram se envolvendo nas tarefas.

Imagem 17 - Confecção de cartazes sobre alimentação saudável, 2014



Fonte: MACIEL, F. Q. A. (2014).

Figura 3 - Desenho realizado por estudante sobre alimentação saudável, 2014



Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva (2014).

Figura 4 - Desenho realizado por estudante sobre alimentação saudável, 2014



Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva (2014).

Com o intuito de mobilizar as famílias e envolver os estudantes, o observatório da saúde participou da I Feira de Jovens Empreendedores Eurico Silva, realizada pela escola no dia 8 de novembro de 2014 (Figura 5).

Figura 5 - Convite da I Feira de Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014



Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva (2014).

Na feira, o observatório da saúde realizou algumas atividades, dentre elas os estandes⁶ do GT – Alimentação Saudável, do GT- Mundo sem Drogas e do curso de enfermagem da Escola Técnica de Saúde (ESTES), da Universidade Federal de

⁶ Espaço reservado aos expositores, numa exposição ou feira; local reservado aos participantes de uma exposição. Disponível em: < <http://www.dicio.com.br/estande/> >.

Uberlândia, que é uma parceira do observatório do Observatório da saúde na escola municipal Prof. Eurico Silva.

No estande “Alimentação Saudável”, foi preparado pelo grupo, com orientação do estagiário em nutrição da UBSF São Jorge II, o ‘sal de ervas’, que pode ser utilizado na substituição do sal comum na preparação dos alimentos, o que contribui para diminuir a ingestão da quantidade sódio, colaborando com a prevenção e tratamento de doenças como, hipertensão arterial (Imagem 18). Na feira, os expositores, ou seja, estudantes com o auxílio dos estagiários, explicaram o processo de preparação, distribuíram o preparado de sal de ervas e entregaram aos participantes um folheto com instruções de preparo e algumas dicas para se ter uma boa alimentação (Figuras 6 e 7).

Imagem 18 - Estande do GT – Alimentação Saudável na I Feira Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014



Fonte: SANTOS, F. O. (2014)

Figura 6 - Processo de preparação do sal de ervas


Sal de Ervas

Usando o sal de ervas nas preparações de sua rotina você acrescentará mais saúde e sabor aos pratos, pois a quantidade de sódio será menor, o que significa que estará colaborando para prevenção e tratamento da hipertensão arterial e outras doenças!

Vale lembrar que é necessário utilizar somente temperos naturais, como alho, cebola e ervas e eliminar de sua cozinha os temperos em tabletes ou sachês industrializados.

Veja como é prático o preparo do sal de ervas:

Coloque partes iguais de 4 ervas desidratadas e sal no liquidificador como mostra a figura:



Bata tudo e coloque em um pote de vidro. Utilize na mesma quantidade que usaria o sal normal.

Ex: Se para preparar o arroz você utilizava uma colher de sal comum, agora você utilizará uma colher de sal de ervas.

Figura 7 - Dicas de alimentação saudável

Alimentação Saudável

Mudança de hábitos é muito importante! Comece devagar, determine seu objetivo e comece suas mudanças!

- Realize as três refeições principais (desjejum, almoço e jantar) e faça lanches saudáveis entre elas. O ideal é comer de 3 em 3 horas;
- Deixe seu prato colorido. Isso mesmo! Comece montando seu prato pela salada. Arroz e feijão também são alimentos muito saudáveis, então consuma-os preferencialmente 5 dias na semana.
 - Na correria do dia a dia, as frutas mais resistentes são excelentes alternativas de lanches, procure variar os tipos de frutas durante o dia;
- Ande sempre com uma garrafinha de água! Você pode usar a mesma garrafa e ir abastecendo durante o dia. Consuma, no mínimo, 2,5l de água por dia;
- Evite doces e refrigerantes como regra na sua alimentação. Deixe para consumi-los em ocasiões especiais e consuma com moderação;
- Utilize pouco óleo nas preparações e retire a pele das aves e a gordura das carnes antes de prepará-las.

O estande da ESTES–UFU, que é parceira do observatório da saúde, alunos do curso de enfermagem, realizaram aferição de pressão arterial nas pessoas interessadas, e muitas destas, acabaram descobrindo que a pressão estava bem elevada (Imagem 19). Isso aliado, as instruções da utilização do sal na preparação dos alimentos, despertou o interesse da comunidade que prestigiava a feira. Na ocasião, algumas pessoas descobriram que a pressão arterial estava alterada e foi sugerido que os mesmos procurassem um profissional para fazer exames mais detalhados.

Imagem 19 - Estande do curso de enfermagem da ESTES – UFU na I Feira Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014



Fonte: SANTOS, F. O. (2014).

De acordo com Antonio e Mendes (2010), as crianças adquirem os hábitos em praticamente dois ambientes a escola e a família e estes devem estar em permanente diálogo. Ainda, de acordo com os autores o conhecimento que fundamentará uma compreensão de hábitos saudáveis, direitos, possibilidades e autonomia de decisão, se adquire basicamente na escola. A partir dessa perspectiva a escola deve assumir essa tarefa pedagógica de conservar uma alimentação saudável.

Com relação ao tema Drogas, é importante ressaltar que existem vários trabalhos publicados no Brasil, cujo tema é o consumo de drogas dos estudantes, dentre eles, Cardoso & Malbergier (2014) e Santos (2012); e por último, cabe destacar, o “VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010”. É uma iniciativa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo – CEBRID/UNIFESP, com o objetivo de conhecer a prevalência e os padrões de consumo de drogas e suas conseqüências sobre os estudantes brasileiros de ensino fundamental e médio. Já foram realizados pelo CEBRID estudos semelhantes nos anos de 1987, 1989, 1993, 1997 e 2004.

A referida pesquisa foi aplicada por meio de questionário de auto-preenchimento, em 789 escolas, com 50.980 estudantes pesquisados, 31.280 destes da rede pública e 19.610 da rede particular. O cálculo levou em consideração o uso, continuado ou não, no ano, de solventes/inalantes, ansiolíticos, anfetamínicos, cocaína, maconha, crack e anticolinérgicos. Somente a cocaína não apresentou redução de consumo (BRASÍLIA, 2010).

De acordo com o levantamento, a idade de primeiro uso das drogas lícitas, como álcool, tabaco e inalantes, é anterior a das drogas ilícitas, como maconha, cocaína e crack. O estudo fez também algumas comparações internacionais a partir de dados retirados de relatórios sobre o uso de drogas entre estudantes na Europa, América do Norte e América do Sul. O dado de maior destaque nas comparações foi o relativo ao tabaco. Os estudantes brasileiros são os que menos consumiram tabaco, tanto na vida quanto no ano, quando comparados os estudantes de todos os outros 16 países. Outro destaque é que o uso na vida de

crack entre estudantes brasileiros pode ser considerado diminuto na comparação com estudantes europeus e sul-americanos. O Brasil e o Paraguai ocupam a última posição, com a mesma prevalência de uso na vida e no ano de crack. A pesquisa também mostrou queda de 49,5 % no uso de drogas ilícitas entre estudantes da rede pública do País, na comparação com a última pesquisa, realizada em 2004 (BRASÍLIA, 2010).

Na escola municipal Prof. Eurico Silva, sobre o tema álcool e outras drogas foram aplicados 716 questionários autopreenchido (Apêndice J). Os dados foram coletados em agosto de 2013 e os sujeitos pesquisados não foram identificados. Acredita-se que a identificação poderia inibir a resposta de muitos, com relação ao tema 'Drogas'. Sendo assim, os questionários preenchidos foram colocados em uma caixa lacrada que foi disponibilizada na sala de aula com esse propósito.

Participaram do questionário crianças e adolescentes que possuem domínio da leitura, matriculadas no ano de 2013, em turmas do período da manhã e da tarde, 3ª a 8ª série, de ambos os sexos, entre oito a quinze anos.

A análise dos dados quantitativos coletados sobre drogas seguiu os mesmos parâmetros utilizados para interpretação dos questionários de alimentação, centrado no uso do Epi-info versão 3.3.2, o teste T de Student e o teste Exato de Fisher, quando apropriados, aceitando como limite da significância estatística o valor de $p < 0,05$. Os resultados foram organizados em forma de gráficos. A partir da análise dos dados e das informações obtidas, foi possível conhecer o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre os estudantes.

As variáveis do questionário foram as seguintes: idade (1), sexo (2), você já experimentou cigarro? (3), você tem alguém na família que fuma? (4), você já experimentou bebida alcoólica? (5). Você tem alguém na família que consome bebida alcoólica? (6), você tem alguém na família com problemas de alcoolismo? (7), você já experimentou outro tipo de droga? (8), você tem alguém na família que usa drogas? (9), você já viu alguém na escola fazendo uso de drogas? (10), você conhece alguém que vende drogas? (11).

Foram respondidos 716 questionários, todos considerados válidos, mesmo que alguns entrevistados tenham omitido alguma resposta.

Dos 688 entrevistados que responderam, 352 (51,2%) eram do sexo masculino e 336 (48,8%) do sexo feminino. Para 601 entrevistados, a idade variou de 8 a 17 anos, predominando entre idades entre 11 a 13 anos (55,1%) (média = 12 anos \pm 1,8).

Sobre o uso de cigarro, 107 (15,1%) disseram que já haviam experimentado, por outro lado, 600 (84,9%) disseram que não, totalizando 707 entrevistados responderam. Dos 104 entrevistados que já haviam experimentado cigarro e que identificaram o sexo, 55 (52,9%) eram masculino e 49 (47,1%) eram feminino ($p = 0,07$). Segundo a OMS (2011), o número de adolescentes que fumam tem aumentado mundialmente, principalmente entre jovens do sexo feminino e, ainda, revela que 90% dos fumantes iniciaram seu vício entre 5 e 19 anos, sendo que na zona rural o início ocorre ainda mais cedo. A iniciação precoce ao fumo é preditora do uso de outras substâncias, como álcool e drogas ilícitas.

Segundo Nogueira, Fumo, Silva (2004) o uso do cigarro começa na adolescência com consequências para a saúde a longo prazo. Os jovens fumantes são mais vulneráveis a infecções respiratórias, patologias bucais e redução da sua capacidade física. Além da nicotina, outras substâncias tóxicas estão presentes no tabaco, tais como: alcatrão (composto de arsênio; níquel; benzopireno; cádmio; resíduos de agrotóxicos; substâncias radioativas, como polônio 210, acetona, naftalina e fósforo P4/P6; e substâncias usadas como veneno de rato), amônia, formaldeído, naftalina, monóxido de carbono e acetato de celulose.

De acordo com os autores o uso contínuo do cigarro pode aumentar a incidência de infecções respiratórias, câncer (de pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero e leucemia mielocítica aguda), doenças cardiovasculares [Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e angina], Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC) (enfisema pulmonar e bronquite), trombose vascular, aneurismas arteriais, Acidente Vascular Cerebral (AVC), úlcera digestiva, impotência sexual, catarata, entre outras.

Quanto a questão “você tem alguém na família que fuma?”, dos 707 entrevistados, 529 (74,8%) responderam que sim, e 178 (25,2%) que não (Gráfico 14). Ao comparar a diferença da média da idade entre os que já haviam experimentado cigarro, encontrou-se que entre aqueles que responderam sim idade

maior (média = 13 anos \pm 1,3) e os que responderam não menor idade (média = 11 anos \pm 1,7) ($p = 0,00$).

A ingestão de bebidas alcoólicas tem início bastante precoce na vida dos adolescentes. Isso é justificado pelo quantitativo de estudantes que fizeram uso dessa substância com faixa etária entre 8 e 15 anos. Dos 707 entrevistados que responderam se já haviam experimentado bebida alcoólica, 280 (40,9%) disseram que sim. Desses 141 (50,4%) eram do sexo feminino e 139 (49,6%) eram do sexo masculino ($p = 0,55$).

Para Araújo (2010), assim como as crianças são incentivadas pelos próprios pais a consumirem produtos de baixo valor nutritivo, os chamados fat-foods. Assim ocorre também com as drogas, particularmente o tabaco e o álcool, que são apresentados às crianças no próprio seio familiar, quando os pais — modelo de comportamento — fazem uso dessas substâncias.

Prado et al (2006, p. 6), diz que “a banalização do acesso às substâncias lícitas (álcool e cigarro) favorece a descaracterização social delas como drogas de abuso, dificultando, assim, a implantação e adesão às campanhas antidrogas”.

O uso tabaco, a ingestão de álcool muitas vezes começa no próprio ambiente familiar. Para Anjos, Santos, Almeida (2012), apesar de ser considerada uma substância perigosa e prejudicial ao organismo, o ato de beber é amplamente tolerado pela sociedade. Alguns pais expressam alívio ao saber que os filhos estão “apenas bebendo”, mesmo que alguns estudos mostrem que é na adolescência que ocorre o maior abuso de bebidas alcoólicas.

Ao comparar a diferença da média da idade entre os entrevistados, que já haviam experimentado bebida alcoólica, verificou-se que aqueles que já haviam experimentado apresentam idade maior (média = 12 anos \pm 1,7) do que os que não haviam experimentado (média = 11 anos \pm 1,6) ($p = 0,00$).

Dos 704 entrevistados que responderam “você tem alguém na família que consome bebida alcoólica?”, 579 (82,2%) disseram que sim e 125 (17,8%) disseram que não. Quando responderam “você tem alguém na família com problemas de alcoolismo?”, dos 706 entrevistados, 166 (23,5%) disseram que sim, 540 (76,5%) disseram que não.

Percebe-se que a grande maioria das crianças e jovens relataram ter alguém na família que faz o uso da substância e que enfrentam algum problema com a ingestão da bebida. Para Campo (2011), o consumo abusivo de bebida alcoólica merece atenção, pois o alcoolismo é um problema de saúde pública e afeta não somente o indivíduo, mas também a família e a comunidade.

Várias complicações podem surgir em decorrência do uso indiscriminado das bebidas alcoólicas e ainda, os agravos não são só orgânicos, como também no convívio familiar, social, econômico e cultural, o que pode gerar grandes problemas para o indivíduo (ANJOS; SANTOS; ALMEIDA, 2012).

No que compete às drogas ilícitas, os resultados mostram que há uma predominância de respostas na categoria *nunca experimentou*, que congregou majoritariamente o grupo dos 703 entrevistados que responderam a questão “se você já experimentou outro tipo de droga?”. Do restante, 32 (4,7%) disseram que sim, desses entrevistados 12 (37,5%) eram do sexo feminino, com predomínio 20 (62,5%) do sexo masculino ($p = 0,2$).

Ao comparar a diferença da média da idade entre os entrevistados, que já haviam experimentado outro tipo de droga, encontrou-se entre os que já haviam experimentado maior idade (média = 13 anos \pm 1,3) do que os que não haviam experimentado (média = 11 anos \pm 1,8) ($p=0,00$).

Apesar do diagnóstico ter apontado para uma baixa magnitude de experimentação nos estudantes, é importante considerar que as drogas ilícitas trazem muitos problemas, não somente para o indivíduo que a consome, mas para a família e para a sociedade de um modo geral. Ainda mais se levarmos em conta que os resultados aqui apresentados dizem respeito a crianças e adolescentes, que estão em uma faixa etária de grande vulnerabilidade.

Para Almeida Filho et al (2007), é necessário considerar que é na adolescência que o ser humano, de forma mais agressiva, se coloca frente a uma série de questionamentos, sobretudo no que tange à sua existência, e, neste sentido, um equilíbrio emocional para lidar com perguntas sem respostas é necessário nesta fase. É a época da vida marcada pela busca da identidade, expressada por mudanças no visual, grupos de amigos, rejeição aos pais, comportamento de risco.

Em relação à questão “você tem alguém na família que usa droga? Dos 708 entrevistados, 537 (75,8%) disseram que não, 171 (24,2%) disseram que sim. Apesar da maioria dos estudantes responderem que não tem ninguém no ambiente familiar que faz uso da substância, uma boa porcentagem afirmou a utilização de droga em casa. Este dado é alarmante. A influência às crianças para o uso de drogas pode estar dentro das próprias casas.

De acordo com Almeida Filho et al (2007), a vulnerabilidade na qual se encontra o adolescente, devida às inúmeras transformações pelas quais passa, o expõe a muitos riscos. Dentre os fatores de risco para o uso abusivo de drogas, podemos citar: a disponibilidade das substâncias, as normas sociais; o uso de drogas ou atitudes positivas diante das drogas pela família, conflitos familiares graves. A iniciação precoce, a suscetibilidade herdada ao uso de drogas e a vulnerabilidade ao efeito dessas também são aspectos de risco a serem considerados.

Com relação aos 706 entrevistados que responderam a pergunta “você conhece alguém que vende droga?”, 523 (74,1%) disseram que não e 183 (25,9%) disseram que sim. Percebe-se que alguns estudantes conhecem alguém que faz o tráfico de substância ilícita no ambiente em que estão inseridos, seja no bairro, no ambiente familiar ou na própria escola.

Para a pergunta “você já viu alguém fazendo uso de droga na escola?” dos 708 entrevistados que responderam, 513 (72,5%) disseram que não e 195 (27,5%) disseram que sim.

Apesar da maioria dos estudantes (72,5%), relatarem nunca terem visto alguém fazendo o uso de droga no ambiente escolar, esse dado é preocupante. Se levarmos em consideração, a velha premissa contada entre os jovens, “eu não uso, mas eu sei quem usa”, isso reforça ainda mais a hipótese de os pares escolares serem um dos principais fatores da disseminação das drogas na escola.

Para Paini; Casteletto; Fonseca (2010), muitos jovens são movidos ao contato com as drogas através dos próprios colegas e outros por uma curiosidade inicial diante de comentários a respeito dos poderes afrodisíacos e fantásticos das drogas. Também existem aqueles que para pertencerem a um determinado grupo são submetidos a um “batismo” na droga. E ainda, há os que usam para provarem

que são “machos”, fortes e destemidos. O ambiente pernicioso do bairro e de algumas escolas também é causa da iniciação de jovens no mundo das drogas.

Demonstra que 40,9% dos entrevistados já experimentaram bebida alcoólica. Cerca de 25% das famílias dos estudantes enfrentam problemas com alcoolismo e uso de outros tipos de drogas, o que indica a necessidade de se estabelecer estratégias de vigilância, prevenção e promoção da saúde não só dentro da escola, mas principalmente junto às famílias e na vizinhança.

O diagnóstico permitiu conhecer o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre os estudantes da Escola Municipal Prof. Eurico Silva. Com o estudo percebeu-se que o álcool é a droga mais comum entre os adolescentes, sendo o uso desta substância psicoativa iniciado ainda cedo na vida destes, no convívio das amizades ou mesmo no ambiente familiar. Cabe destacar, que os resultados, ao demonstrarem o envolvimento de uma parcela significativa dos alunos com essas drogas, contribuiu para a mobilização dos pais, que perceberam que seus filhos convivem em um ambiente onde as relações de grupo abrem a possibilidade de um fácil acesso a essas substâncias.

Diante disso, viu-se a necessidade de realizar atividades de intervenção na escola com o intuito de mobilizar as famílias e estudantes no combate as drogas na escola e no bairro. Para isso, é importante estabelecer estratégias de vigilância, prevenção e promoção da saúde.

As ações realizadas na escola, pelo Observatório da Saúde privilegiaram o acolhimento dos alunos, a educação e a cidadania em contraponto a criminalização, a punição e a discriminação em contextos do uso abusivo de drogas.

A primeira iniciativa foi agendar uma reunião com as famílias para compartilhar os resultados obtidos como diagnóstico (Imagem 20).

Imagem 20 - Reunião com as famílias, novembro de 2013



Fonte: SANTOS, F. O. (2013).

Transposta essa etapa de compartilhamento dos resultados dos questionários aplicados aos estudantes e aceitação dos pais para participar do GT - Mundo sem drogas, no início do ano letivo de 2014, juntamente com a equipe de estagiários da Unidade Básica de Saúde da Família São Jorge II, dentre eles, assistente social e psicóloga, o grupo reuniu-se quinzenalmente para discutir e elaborar as questões que seriam aplicadas aos pais.

Nessas reuniões, o grupo optou por fazer uma adaptação do instrumento para detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, denominado ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)⁷ (Anexo D).

⁷ Sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS), pesquisadores de vários países desenvolveram um instrumento para detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, denominado ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Este instrumento foi traduzido para várias línguas, inclusive para o português falado no Brasil, já tendo sido testado quanto à sua confiabilidade e factibilidade, quando aplicado por pesquisadores. (HENRIQUE, et al. 2004. p. 199).

O questionário foi estruturado contendo sete questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opióides). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de interromper ou reduzir o uso, sentimento de compulsão (Apêndice L). Na análise foi considerada a substância que gerou valores mais altos para cada pessoa.

O questionário foi aplicado e logo em seguida recolhido para que pudesse ser tabulado. Todas as questões respondidas foram avaliadas, inclusive aquelas que tiveram alguma resposta omitida. A entrada dos dados foi realizada utilizando o programa computacional Epi-info *versão* 3.3.2. Posteriormente, foram transferidos e analisados no Microsoft Office Excel – *versão* 2016. Gráficos foram confeccionados para uma melhor visualização dos resultados.

O tema drogas exigiu cautela ao ser trabalhado, considerando o constrangimento que muitos podem ficar ao responder questões ainda delicadas na sociedade atual. Assim, não seria viável que os estudantes aplicassem o questionário, pois, muitos pais poderiam ficar inibidos e não responder na presença do filho. Dessa forma, preferiu convidar as famílias para uma reunião e logo em seguida aplicar do questionário adaptado.

A reunião aconteceu no dia 30 de julho de 2014, no período noturno (Imagem 21), pois assim, teríamos uma participação mais efetiva dos pais e/ou responsáveis, já que a maioria trabalha e não tem disponibilidade em outros períodos do dia. A intenção da reunião foi abrir um espaço para o diálogo sobre tema drogas e, posteriormente, aplicar o questionário.

Imagem 21 - Reunião com as famílias para aplicação do questionário, julho de 2014



Fonte: OLIVEIRA, C. R. C. (2014).

Participaram aproximadamente 40 pais e/ou responsáveis e ainda, colaboradores e equipe da UBSF São Jorge II, que foram divididos em dois grupos para melhor aproveitamento da roda de conversa (Imagem 22). Na ocasião reforçou os resultados obtidos com o questionário aplicado aos estudantes e colocamos algumas perguntas para instigar os grupos participar da discussão, tais como, o que leva uma pessoa a se envolver com as drogas? O que uma pessoa pode fazer para se livrar do álcool ou das drogas? O que se pode fazer para ajudar alguém a livrar-se das drogas? O que a escola deve fazer para proteger as crianças do álcool e das drogas?

Imagem 22 - Roda de conversa com os grupos, julho de 2014



Autoria: OLIVEIRA, C. R. C. (2014).

Posteriormente ao diálogo, foi eleito dois pais e/ou responsáveis que fizeram uma síntese de suas expectativas e anseios e apresentaram para todo o grupo (Imagem 23). Através das discussões, foi possível notar a preocupação dos pais com as drogas no ambiente escolar e no bairro. No final, aplicou-se o questionário sobre drogas destinado as famílias.

Imagem 23 - Apresentação da síntese das discussões realizadas pelos grupos, julho de 2014

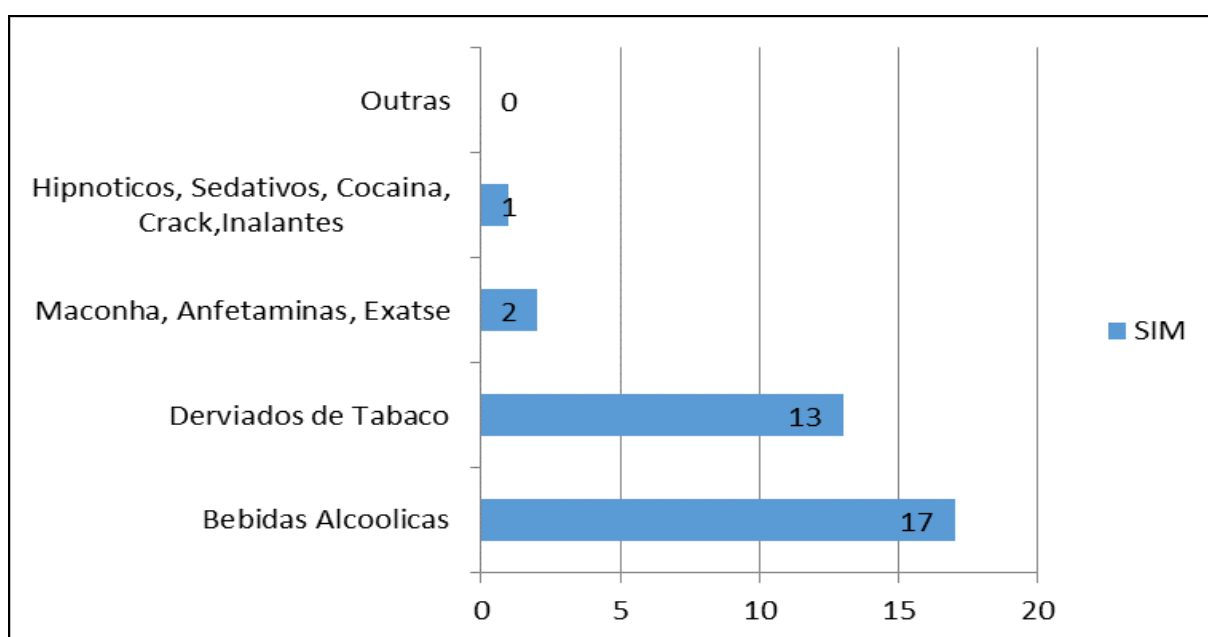


Autoria: OLIVEIRA, C. R. C. (2014).

Muitos pais e/ou responsáveis não ficaram à vontade para responder as questões e deixaram a sala. Este é um tema delicado de ser abordado, pois existe a tendência de não se expor ou omitir informações sobre os hábitos sociais por questões pessoais e ou culturais (SIMÕES, 2006; HEIM e ANDRADE, 2011). Sendo assim, participaram do diagnóstico um total de 20 pais.

Um total de 13 (65%) dos entrevistados confirmaram que em algum momento da vida usaram derivados do tabaco. Quanto a bebida alcoólica 17 (85%) também confirmaram a ingestão da substância. Em relação ao consumo de Maconha, anfetaminas ou êxtase, 4 (20%) fizeram uso das substâncias. Referente aos hipnóticos/sedativos, cocaína, crack e inalantes 3 (15%) afirmaram ter feito uso das referidas drogas (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Na sua vida qual(is) dessas(as) substâncias você já usou?



Fonte e organização: SANTOS, F. O.; FREITAS, M. A. V. (2016).

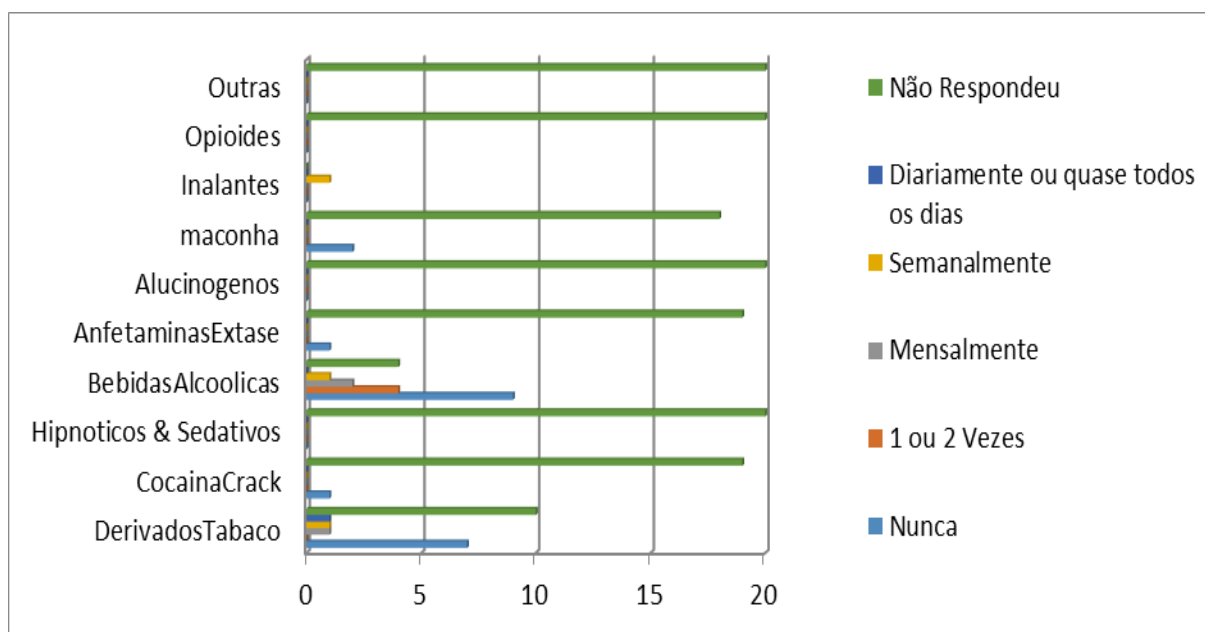
Assim como verificado no resultado do diagnóstico com estudantes, o consumo da bebida alcoólica e tabaco foram predominantes também entre os pais. O que reforça a hipótese de que a iniciação no mundo das drogas lícitas acontece, em muitos casos, na própria família.

Pratta e Santos (2006), citando Recio (1999) assinala, que as condutas dos pais podem estar associadas ao uso de drogas pelos filhos. Os pais que possuem menos probabilidade de terem envolvidos com as drogas são aqueles que têm uma boa relação afetiva e de apego com os filhos.

Com relação a frequência nos últimos três meses de utilização dos vários tipos de drogas, a maioria dos pais não responderam. Entretanto 4 (20%)

responderam que consomem bebida alcoólica de 1 ou 2 vezes por semana, 2 (10%) fazem a ingestão da bebida mensalmente, 4 (20%) 1 ou 2 vezes, 1 (5%) semanalmente. Referente ao uso do tabaco 7 (35%) disseram 'nunca' e 1 (5%), semanalmente, mensalmente, diariamente ou quase todos os dias (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Durante os últimos três meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou anteriormente?



Fonte e organização: SANTOS, F. O.; FREITAS, M. A. V. (2016).

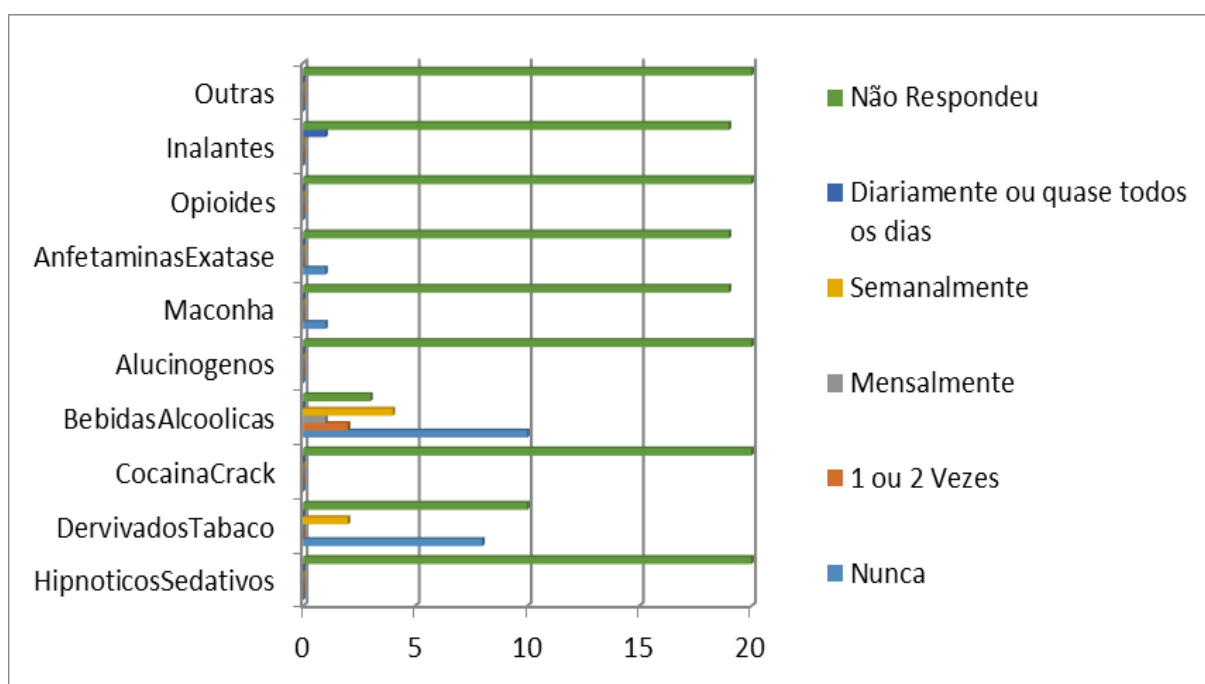
* Os participantes que marcaram a opção "nunca" em todos os itens da questão 2, pularam para a questão 6 e as que assinalaram outras respostas continuaram com as demais questões.

Pratta e Santos (2006), citando Silveira Filho (1995) diferencia o usuário recreativo do dependente de drogas. Diferentemente do usuário recreativo, o dependente não consegue ficar sem a droga, pois esta passou a exercer um papel central em sua vida, na sua organização, na medida em que, por meio do prazer, ela preenche lacunas importantes, tornando-se indispensável para o funcionamento psíquico deste indivíduo.

Com relação a frequência que sentiam desejo de consumir as substâncias listadas 10 (50%) relataram que nos últimos três meses não sentiram vontade de ingerir bebida alcoólica e 4 (20%) disseram que sentiram desejo da bebida

semanalmente, 1 (5%) mensalmente e 2 (10%) 1 ou 2 vezes. Quanto ao tabaco, 2 (10%) disseram relatou sentir vontade semanalmente, 10 (50%) não responderam e 8 (40%) disseram 'nunca' (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir as drogas abaixo?

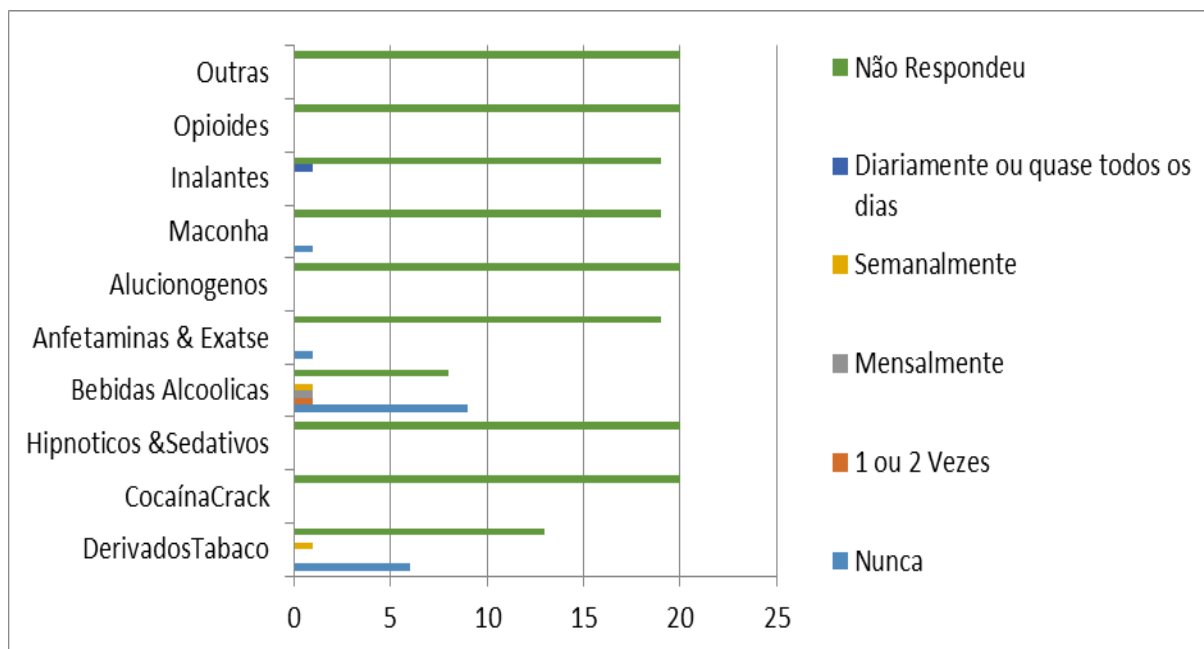


Fonte e organização: SANTOS, F. O.; FREITAS, M. A. V. (2016).

* Os participantes que marcaram a opção "nunca" em todos os itens da questão 2, pularam para a questão 6 e as que assinalaram outras respostas continuaram com as demais questões.

Quando os participantes foram questionados com que frequência nos últimos três meses tiveram problemas com a ingestão de bebidas alcoólicas, 8 (40%) não responderam e 9 (45%) disseram que nunca. Apenas 3 (15%), afirmaram ter problemas mensalmente, 1 ou 2 vezes e semanalmente com a bebida alcoólica. O restante das variáveis eles não responderam (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de drogas resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?



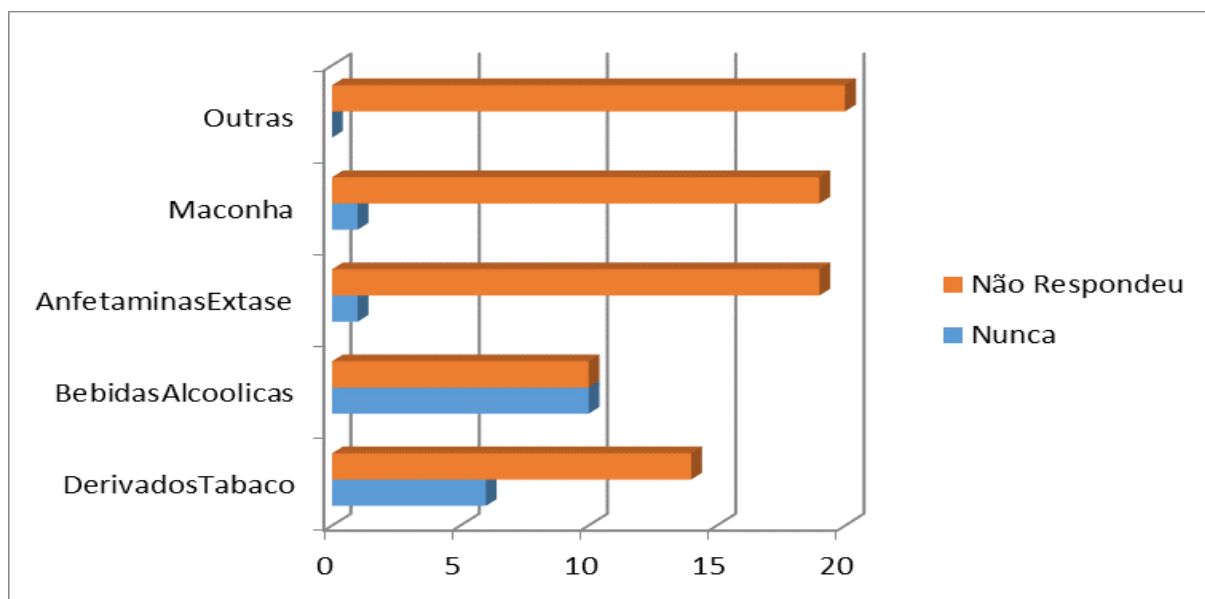
Fonte e organização: SANTOS, F. O.; FREITAS, M. A. V. (2016).

* Os participantes que marcaram a opção “nunca” em todos os itens da questão 2, pularam para a questão 6 e as que assinalaram outras respostas continuaram com as demais questões.

Com relação a frequência que deixaram de realizar atividades devido ao uso do tabaco, 6 (30%) disseram que ‘nunca’ deixou de fazer algo e 14 (70%) não respondeu. Referente ao consumo de bebida alcoólica 10 (50%) afirmaram ‘nunca’ e 10 (50%) não respondeu. Quanto as anfetaminas ou êxtase 1 (5%) disseram ‘nunca’ e 19 (95%) não responderam. No que se refere a maconha 1 (5%) marcaram a opção ‘nunca’ e 19 (95%) não responderam. No restante das variáveis todos os participantes não responderam. No restante das variáveis todos os participantes não responderam (Gráfico 17).

Referente a preocupação das pessoas em relação ao seu consumo de tabaco, 7 (35%) participantes relataram nunca houve parentes, amigos ou outra pessoa que tivesse esse tipo de preocupação e 13 (65%) não responderam. Já com relação a ingestão de bebida alcoólica 11 (55%) disseram ‘nunca’ e 9 (45%) não responderam. Quanto as anfetaminas ou êxtase 1 (5%) disseram ‘nunca’ e 19 (95%) não responderam. No que se refere a maconha 1 (5%) marcaram a opção ‘nunca’ e 19 (95%) não responderam. No restante das variáveis todos os participantes não responderam (Gráfico 18).

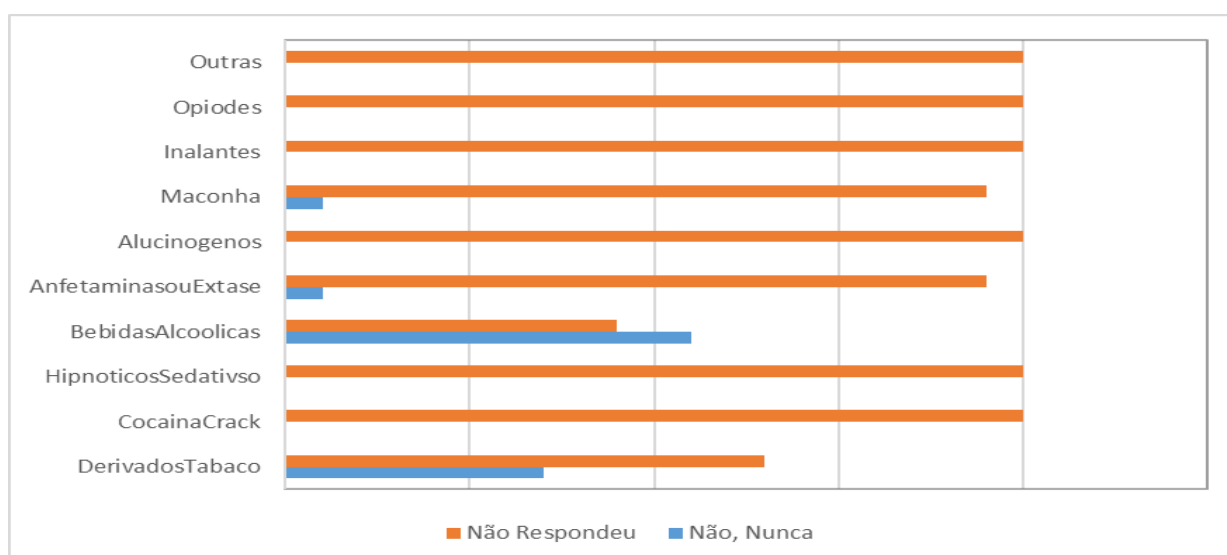
Gráfico 17 - Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de alguma dessas drogas você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas?



Fonte e organização: SANTOS, F. O.; FREITAS, M. A. V. (2016).

* Os participantes que marcaram a opção “nunca” em todos os itens da questão 2, pularam para a questão 6 e as que assinalaram outras respostas continuaram com as demais questões.

Gráfico 18 - Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação como seu uso de drogas?

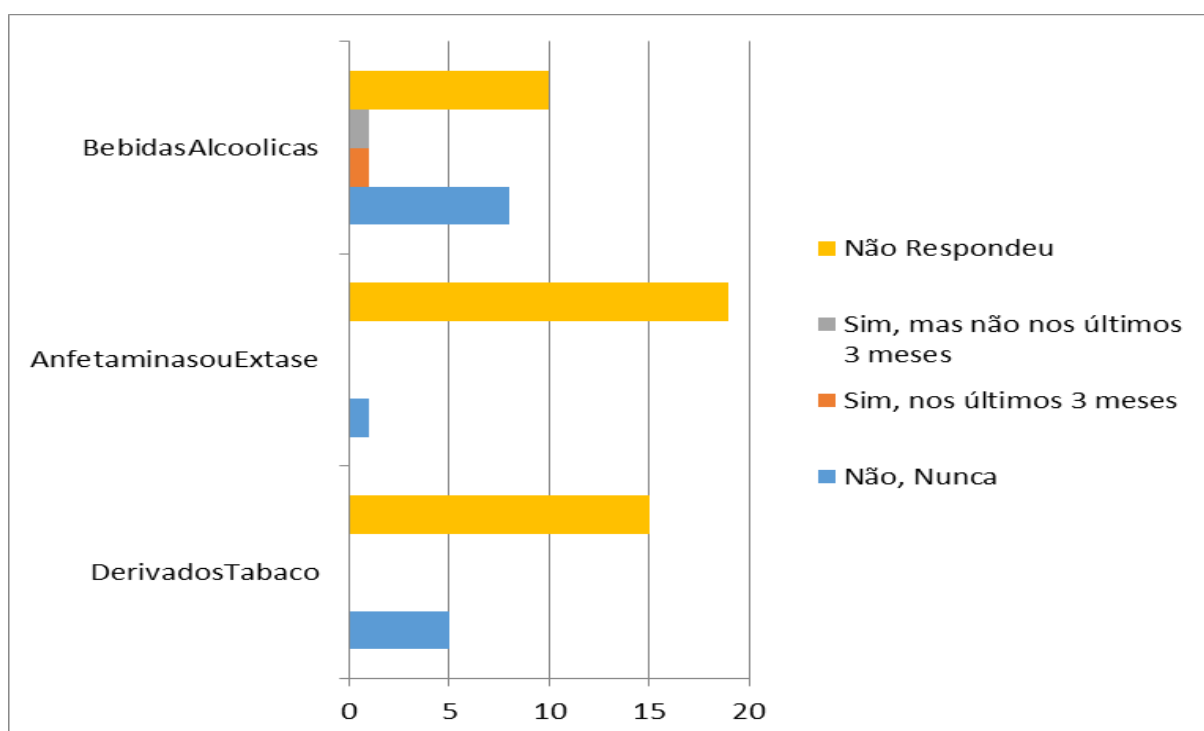


Fonte e organização: SANTOS, F. O.; FREITAS, M. A. V. (2016).

Referente ao controle diminuição ou interrupção do uso de drogas 5 (25%) relataram que nunca tentou controlar o consumo do tabaco e 15 (75%) não

responderam. Já com relação a ingestão de bebida alcoólica 8 (40%) disseram 'nunca' e 10 (50%) não responderam. Quanto ao uso de anfetaminas ou êxtase, 1 (5%) relataram que não tiveram tentaram e 19 (95%), não responderam. As demais variáveis não responderam (Gráfico 19).

Gráfico 19 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de algumas dessas drogas e não conseguiu?



Fonte e organização: SANTOS, F. O.; FREITAS, M. A. V. (2016).

A partir do diagnóstico com os pais confirmou-se o que já tinha sido relatado anteriormente pelos estudantes. O problema com as drogas faz parte do contexto familiar em que muitos das crianças e jovens estão inseridos. A maioria dos pais relataram ter experimentado pelo menos algum tipo de droga.

O estudo mostra que em primeiro lugar está a alta ingestão de bebida alcoólica, tanto por estudantes quanto pelas famílias. Em segundo, o uso do tabaco, drogas lícitas, que são socialmente permitidas.

É importante pontuar que não é apenas o consumo de drogas consideradas lícitas que pode ter início no ambiente familiar, mas também o das drogas ilícitas. Entretanto, nota-se a necessidade de mais estudos com a finalidade de verificar as relações existentes entre consumo de drogas, adolescência e família.

Para Paini; Casteletto; Fonseca (2010), a influência gerada pela família, na fase infantil, é principalmente da escola e comunidade. Dessa forma, na fase da adolescência, é de suma importância a família e a escola para a prevenção, principalmente do uso abusivo de drogas, vez que os dados se mostram que a cada dia mais adolescentes experimentam algum tipo de droga e cada vez mais fazem uso abusivo; refletindo problemas gerados dentro de casa e na sociedade, especificamente no meio escolar. Através de pesquisas tem se mostrado que os jovens, cujos pais fazem uso significativo de drogas como álcool, tranquilizantes, fumo, sedativos e anfetaminas são mais inclinados que os outros adolescentes a usar maconha, álcool e outras drogas.

As ações devem envolver toda a comunidade escolar, instituições locais, especialmente a Estratégia Saúde da Família para a efetivação das estratégias de promoção da saúde, em especial com as questões das drogas.

Nessa perspectiva, algumas ações foram realizadas com os estudantes e famílias. Com o intuito de abrir ainda mais o diálogo sobre drogas com os estudantes, eles foram estimulados a confeccionar cartazes (Imagem 24) e desenhos (Figuras 8 a 13) e sobre o tema. Dessa forma, os alunos expressaram o que pensam sobre as drogas. Nesse momento, foi realizada uma conversa com eles sobre a temática.

Outra ação realizada foi a participação I Feira de Jovens Empreendedores Eurico Silva, realizada pela escola no dia 8 de novembro de 2014 (Imagem 25). Na ocasião, o GT - Mundo sem Drogas, montou um estande com informações sobre o uso do cigarro e outras drogas e os malefícios que trazem para a saúde (Imagem 26). Dessa forma, o grupo sentiu-se inserido nas atividades realizadas pela escola.

O Observatório da saúde organizou uma caminhada com todos os alunos e professores da escola municipal professor Eurico Silva, com o intuito de mobilizar a comunidade do bairro São Jorge sobre o tema drogas (Imagem 27).

Imagem 24 - Cartazes confeccionados pelos estudantes sobre o tema drogas, 2014



Fonte: MACIEL, F. Q. A. (2014).

Imagem 25 - I Feira de Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014



Fonte: SANTOS, F. O. (2014).

Imagem 26 - Estande do GT – Mundo sem Drogas realizado na I Feira Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014



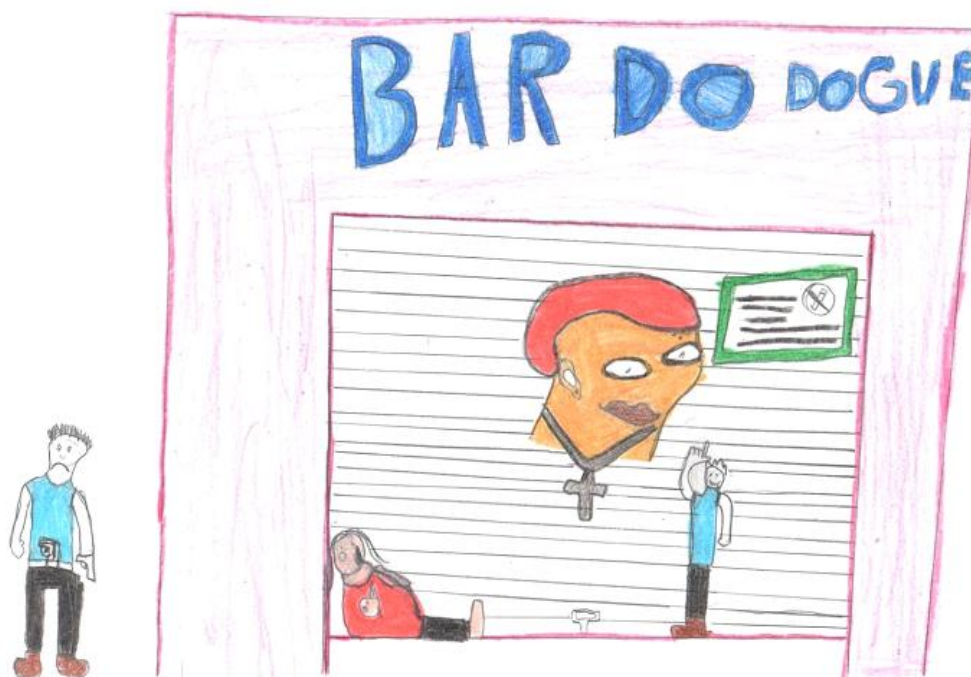
Fonte: SANTOS, F. O. (2014).

Imagem 27 - Caminhada contra as drogas, 2014



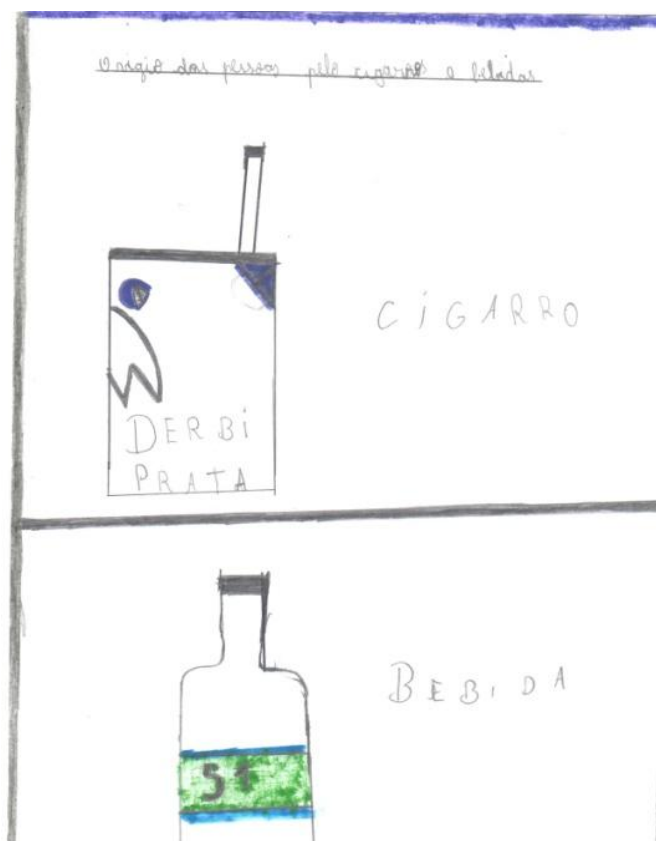
Fonte: MACIEL, F. Q. A. (2014).

Figura 8 - Desenho realizado por estudante, 2014



Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva (2014).

Figura 9 - Confeção de desenho realizada por estudante, 2014



Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva (2014).

Figura 10 - Desenho realizado por estudante, 2014



Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva (2014).

Figura 12 - Desenho realizado por estudante, 2014

DATA

Pesquisa sobre cigarros

O cigarro foi lançado em 1839, ele foi trazido para o Brasil em 1869 em 1891 tornou moda para os brasileiros os fumos os ricos fumavam os pobres fumavam e de 1981 a cigarra acabou com as vendas das pessoas as pessoas ficavam doentes os filhos nasciam com problemas as pessoas ficam com câncer e até hoje as pessoas não tem esse serviço.

Seu Felipe rampato corvalho.

The illustration shows a rectangular cigarette pack. On the left side, there is a drawing of a cigarette with a filter. The word 'DERBY' is written vertically on the front of the pack. To the right of the pack, the words 'PROIBIDO FUMAR' are written in large, bold, capital letters. The drawing is done in simple lines with some shading on the cigarette and the pack.

PESQUISAR MAIS SOBRE ESSA MATÉRIA:

Figura 13 - Desenho realizado por estudante, 2014



Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva (2014).

De acordo com Paini; Casteletto; Fonseca (2010), um fator importante para o consumo indiscriminado de drogas na adolescência é a formação dos pares na escola, onde há, de forma clara, a influência gerada entre os grupos para que haja, de certa forma, uma aceitação maior do adolescente para drogas tais como: cigarro, maconha, crack e cocaína, mas principalmente esta, ligada ao consumo do álcool, porta de entrada para esse novo mundo, o mundo das drogas. Nessa perspectiva, é necessário buscar estratégias que envolvam os estudantes na formação de grupos que despertem o interesse com objetivos diversos, tais como: teatro, dança, música, jogos, entre outros. Isso corrobora para que os jovens se sintam inseridos no meio e não busquem suprir essa necessidade no mundo das drogas.

3.3 Outras Atividades Desenvolvidas pelo Observatório Da Saúde

Nota-se a importância da formação de grupos para promover a saúde e mobilizar a comunidade. Dessa forma, viu-se a necessidade de estimular a criação de um grupo de teatro no qual os estudantes que fazem parte do observatório da saúde e do Programa Mais Educação fossem os protagonistas. Para isso, buscou-se um monitor do curso de artes cênicas da UFU para auxiliar nesse processo. As primeiras peças de teatro criadas pelo monitor em conjunto com os alunos e professores foram as peças “Quem quer casar com o rato?”, apresentada na I Feira Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014 (Imagens 28, 29) e a “Chapeuzinho Colorido: o espetáculo” (Figura 14).

Imagem 28 - Apresentação da peça teatral “Quem quer se casar com o rato?”, na I Feira Jovens Empreendedores Eurico Silva, novembro de 2014



Fonte: SANTOS, F. O. (2014).

Imagem 29 - Integrantes do grupo de teatro “Quem quer casar com o rato?”, 2014



Fonte: MACIEL, F. Q. A. (2014).

Figura 14 - Flyer da peça de teatro “Chapeuzinho Colorido: o espetáculo”, maio de 2014

UFU Universidade Federal de Uberlândia

PROEX

Escola Municipal Prof. Eurico Silva

Chapeuzinho Colorido: O Espetáculo

O espetáculo "Chapeuzinho Colorido" conta com a dramaturgia criada pela aluna Leticia Gomes de Assis, 12 anos, estudante do 7º Ano da E.M.P.E.S.

Com 43 alunos/atores em cena e cerca de 60 pessoas diretamente envolvidas no processo (criação, produção, execução e finalização). Este trabalho é desenvolvido de forma multidisciplinar dentro do Programa Mais Educação, coordenado pela professora Flávia Queirós de Araújo Maciel, nas oficinas de Orientação de Estudos e Leituras (professor Waquilla Correia – diretor do espetáculo), Esporte (Maria do Carmo de Lima e Silva – co-diretora), banda (professora Sônia Regina Costa da Rocha – musicalização) e pelo Observatório da Saúde na Escola, com o projeto "PEIC 2013: Observatório da Saúde e Desenvolvimento Social no Território" – PROEX – UFU.

O processo de criação e finalização se deu num período de dois meses e meio e está em circulação desde sua estreia, que aconteceu no dia 09/05/2014 no evento produzido pela Secretaria Municipal de Educação - "Trança-trança Cultural", com apresentação na Escola Municipal

Professor Eurico Silva.

O projeto envolveu também outros professores e alunos da escola num trabalho social, com arrecadação de alimentos não perecíveis ou um litro de leite para quem desejasse assistir à peça, ambiando o resgate de valores como solidariedade, respeito e ainda formação de plateia, aumentando o repertório cultural de nossos alunos. Salientamos que os alimentos arrecadados serão doados para o asilo "CEATI – FASES" situado no bairro próximo à comunidade escolar, onde os próprios alunos farão a entrega.

A mais recente apresentação do grupo aconteceu na Universidade Federal de Uberlândia na III Mostra de Teatro Escolar, no dia 04/06/2014, com a presença ativa dos pais que se emocionaram com a atuação de seus filhos em cena.

O Programa Mais Educação na Escola Municipal Professor Eurico Silva não para por aí. Já estamos desenvolvendo outros projetos dentro das oficinas e em breve apresentaremos novas produções.

Projeto Observatório da Saúde e Desenvolvimento Social no Território

Fonte: EMPES (2014).

Na busca de inserir todos os alunos em atividades que fossem do interesse deles, o observatório da saúde também buscou parceria com estudante do curso de música da UFU para formação de um grupo de dança (Imagem 30).

Imagem 30 - Grupo de dança do observatório da saúde, 2014



Fonte: MACIEL, F. Q. A. (2014).

Além desses grupos, o Programa Mais Educação, contava com a monitoria de uma professora de música que se interessou pelas atividades desenvolvidas no observatório da saúde e passou a ser voluntária. Esta, ensina música para os estudantes em período extra turno (Imagem 31).

Com o intuito de incentivar, convidamos os estudantes que participam do grupo de música cantarem e tocarem na abertura do evento o “III Simpósio Internacional Saúde Ambiental para Cidades Saudáveis”, realizado em agosto de 2014. Esse momento foi importante para os estudantes e professores compartilharem um pouco do que realizam e um momento de alegria para os alunos.

O que vem reforçar a importância das parcerias e da formação de grupos na escola (Imagem 32).

Imagem 31 - Aulas de música na escola municipal Prof. Eurico Silva, 2014



Fonte: MACIEL, F. Q. A. (2014).

Imagem 32 - Participação dos estudantes do observatório da saúde na escola, no III Simpósio Internacional Saúde Ambiental para Cidades Saudáveis, agosto de 2014



Fonte: SANTOS, F. O. (2014).

Com o propósito de estimular ainda mais a intersetorialidade entre os setores de saúde e educação, em fevereiro de 2015, foi realizado o Seminário Internacional Saúde na Escola, na Família e na Vizinhaça. O Objetivo deste Seminário foi discutir um modelo de atenção à saúde em que os problemas de saúde são mais do que uma disfunção biológica do corpo, mas resgata a dimensão social da vida, no território, para o diagnóstico e tratamento da doença, considerando que quase sempre, as doenças são resultado de interações ecológicas e sociais em que o corpo biológico e a doença são apenas parte da relação; e o ambiente físico-biológico, social e cultural são a outra parte. E ainda, debater promoção da saúde a partir da escola. Sendo esta, um espaço privilegiado para as ações de promoção da saúde, bem como dialogar sobre as perspectivas do Programa Saúde na Escola (PSE) (Figura 15).

O publicado alvo do seminário foram os professores e demais servidores da rede pública de ensino, profissionais da saúde, estudantes universitários, dentre outros. O seminário no período da manhã, teve como palestrantes a professora Rosiane Polido, que faz parte do curso de enfermagem, da Universidade Federal de Uberlândia, que abordou o tema “A escola como território de promoção da saúde” e o prof. Welington Muniz Ribeiro, que é um médico sanitarista que discorreu sobre “Saúde no Território”. E ainda, contou com a presença do Professor Paulo Nuno Nossa, da Universidade de Coimbra, Portugal, que veio especialmente para o seminário e palestrou sobre a importância da Escola na qualificação e formação de uma literatura em Saúde e abordou alguns exemplos de cooperação Escola – Família – Comunidade. Dentre eles, cabe ressaltar o projeto-piloto Empresários pela Inclusão Social (EPIS), em Portugal, que se instalou em 10 concelhos⁸ desde 2007, em parceria com o Ministério da Educação, autarquias e empresas locais, com o intuito de combater o insucesso e abandono escolar, envolvendo até 2009-2010 o acompanhamento de aproximadamente 9.200 alunos distribuídos nas 88 escolas com 3º ciclo (PEREIRA, et al., 2011).

⁸ Em Portugal, Concelho se refere a seção administrativa ou parte de um distrito; reunião daqueles que residem nessa porção territorial, correspondente a um município no Brasil. (Fonte: <<http://www.dicio.com.br/concelho/>>. Acesso em: 02 abril de 2016).

Figura 15 – Flyer do Seminário Internacional Saúde na Escola, na Família e na Vizinhaça, fevereiro 2015



Fonte: BARROSO, F., 2015

No período da tarde, foram realizadas três 'Oficinas temáticas' direcionadas para os participantes do seminário, as quais foram ministradas por professores da Universidade Federal de Uberlândia e pelo coordenador do Programa Saúde na Escola de Uberlândia. A Oficina 1 teve como tema "Projeto Saúde no Território", a Oficina 2 a temática "Mobilização comunitária e a escola: possibilidades e desafios" e a Oficina 3 abordou o "Programa Saúde na Escola" (Imagem 33).

Imagem 33 - Oficinas temáticas realizadas no Seminário Internacional Saúde na Escola, na Família e na Vizinhança, fevereiro 2015



Fonte: SANTOS, F. O. (2014).

Ainda em 2015, a preocupação com os casos de dengue no Brasil e em Uberlândia, levou o observatório da saúde a dar início a constituição de um grupo de trabalho sobre a dengue.

Todos os anos as epidemias de dengue afetam a população do país e tiram o estudante da escola e o trabalhador da sua rotina de trabalho, trazendo prejuízos para o sistema de saúde. No ano de 2015, o país viveu a pior epidemia de dengue da sua história e em 2016, e já nos primeiros meses os números são ainda piores. No período de uma semana, entre 14 e 22 março de 2016, o número de mortes por causa de dengue subiu 52,6% em Minas Gerais, com os óbitos saltando de 19 para 29. Balanço da Secretaria de Estado de Saúde (SES) aponta ainda que

outras 109 mortes suspeitas da doença no Estado seguem em investigação. (JORNAL CORREIO DE UBERLÂNDIA, 2016)

O projeto “Redes comunitárias locais como estratégia de promoção da saúde para prevenção e controle da dengue em microterritórios”, foi elaborado pelo grupo de trabalho e alguns encontros foram realizados com o objetivo de pensar ações que tenham como tema a Dengue.

O projeto tem como objetivo, a partir da escola estabelecer redes comunitárias locais como estratégia de promoção da saúde para prevenção e controle da dengue, em microterritórios no bairro São Jorge, em Uberlândia MG, bem como, estabelecer pequenos grupos comunitários para desenvolver atividades de vigilância contra a dengue em microterritórios de vizinhança e organizar uma rede grupos comunitários a fim de mobilizar vizinhanças solidárias contra a dengue.

O projeto será desenvolvido por meio de atividades e ações sinergicamente coordenadas, com metodologias e procedimentos cuja finalidade é alcançar os objetivos propostos.

Foram realizadas algumas reuniões, com a coordenadora do Observatório da Saúde na escola, com professor da ESTES-UFU, que é parceiro do observatório e com alguns alunos bolsistas que auxiliarão no desenvolvimento do projeto. Nesses encontros foram discutidas metas a serem cumpridas e como poderíamos envolver as instituições locais nesse processo (Imagem 34).

Com o intuito de conseguir parceiros que auxiliassem na prevenção e controle da dengue no bairro em que a escola está inserida, o observatório da saúde entrou em contato com algumas instituições locais, tais como, ONGs, UBSF, Associação de moradores do bairro São Jorge, dentre outras, para apresentar o projeto e pedir sua colaboração. Algumas instituições ficaram empolgadas com a iniciativa do observatório e se disponibilizaram a auxiliar no que fosse necessário. Para firmar o compromisso, foi fornecido por alguns estabelecimentos uma Carta de Aceite (Anexo E, F, G).

No intuito de continuar contando com a parceria e com o apoio da UBSF São Jorge II, viu-se a necessidade de apresentar o projeto para a coordenadora da instituição. A mesma, se interessou, e disse que a equipe estaria à disposição da

escola e que sabe da importância de se prevenir a Dengue e da necessidade do trabalho em rede para promover a saúde da população.

Imagem 34 - Reunião para discutir o projeto sobre dengue, março de 2015



Fonte: OLIVEIRA, J. C. (2014).

Ainda, em março de 2015, também foi realizada uma reunião com a secretária Municipal de Educação de Uberlândia, a professora Gercina Alves de Moraes, para pedir o apoio da secretaria de Educação no desenvolvimento do projeto na escola municipal Prof. Eurico Silva e ainda, ver a possibilidade de expansão do projeto para todas as escolas municipais de Uberlândia (Imagem 35).

A secretária apoiou a proposta do projeto e se colocou à disposição para auxiliar o desenvolvimento do projeto nas demais escolas municipais. Participou também da reunião, o coordenador do Programa Mais Educação de Uberlândia, que se disponibilizou a auxiliar. Nesta reunião ficou agendado um próximo encontro para abril de 2015, que teve o intuito de apresentar e pedir a colaboração de todas as coordenadoras do Programa Mais Educação em Uberlândia, para o desenvolvimento do projeto “Redes comunitárias locais como estratégia de promoção da saúde para prevenção e controle da dengue em microterritórios”, bem como, falar sobre as atividades que estão sendo desenvolvidas na Escola Municipal Professor Eurico Silva, por meio do Observatório da Saúde e sob a coordenação da

professora Flávia Queiroz, que também é coordenadora do PME na mesma escola. (Imagem 36).

Imagem 35 - Reunião com a secretária Municipal de Educação, março 2015



Fonte: OLIVEIRA, J. C. (2015).

Imagem 36 - Reunião com coordenadores do Programa Mais Educação das escolas municipais de Uberlândia, abril de 2015



Fonte: SANTOS, F. O. (2015).

Em meio ao processo de constituição de parcerias e da busca de expansão do projeto para as demais escolas municipais de Uberlândia, o Grupo de trabalho sobre a Dengue, foi desenvolvendo atividades paralelas referentes ao tema. Uma das ações realizadas no ano de 2015, foi a criação de um roteiro para peça de teatro com o tema Dengue.

Para elaboração do roteiro, a professora e os alunos contaram o auxílio de um aluno do curso de Teatro, da Universidade Federal de Uberlândia, que resultou na peça teatral “Xô Dengue”, que tem como protagonistas os alunos que fazem parte do Observatório da Saúde (Imagem 37). Dessa forma, além da produção de conhecimento adquirida com a elaboração do roteiro, os mesmos se sentiram interessados e importantes por participarem de um grupo de teatro. E ainda, tiveram a oportunidade de transmitir o conhecimento e as informações obtidas para a comunidade.

Imagem 37 - Grupo de teatro “Xô Dengue”, 2015



Fonte: SANTOS, F. O. (2014).

O grupo tem se apresentado em vários lugares da cidade, tais como, escolas, seminários, empresas, entre outros, levando a mensagem de que “bastam apenas 5 minutos por dia para proteger nossa família da Dengue” (Imagens, 38, 39).

Imagem 38 - Apresentação do grupo de teatro “Xô Dengue”, na Universidade Federal de Uberlândia, junho de 2015



Fonte: OLIVEIRA, J. C. (2015).

Imagem 39 - Apresentação do grupo de teatro “Xô Dengue”, na Universidade Federal de Uberlândia, setembro de 2015



Fonte: MACIEL, F. Q. A. (2014).

A educação pelos pares centra-se no aumento da participação e no empoderamento dos jovens, pois veem neles a capacidade desenvolver projetos relacionados a saúde. Embora o projeto seja iniciado pelos adultos, as tomadas de decisão são partilhadas com as crianças e os jovens.

Percebe-se que aos poucos, desde que o Observatório da Saúde foi concebido, em 2012, a escola foi sentindo-se cada vez mais empoderada para desenvolver ações de promoção da saúde, sem necessariamente a necessidade da presença constante da pesquisadora. E ainda, através do observatório da saúde a articulação intersetorial entre as instituições de saúde e educação foi sendo aos poucos fortalecida.

Nessa perspectiva, a expansão do projeto “Redes comunitárias locais como estratégia de promoção da saúde para prevenção e controle da dengue em microterritórios”, agora, a partir das Unidades Básicas de Saúde da Família é importante. Pois, contribuirá com o fortalecimento da intersectorialidade entre as unidades de saúde e educação e com outras instituições locais e, ainda, proporcionará as equipes das unidades uma maior compreensão e conhecimento de novas formas de se realizar ações de promoção da saúde no território no qual estão inseridas.

4 PROMOÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA UBSF

Las redes de promoción son una forma de organizar a los diferentes actores sociales, gobierno local municipal, instituciones gubernamentales y no gubernamentales de diversos sectores (educación, salud, economía, turismo, entre otras) y organizaciones comunitarias que impulsan, apoyan y generan mejoras de la calidad de vida de la población, para que interactúen, establezcan unidad en el grupo y potencien la eficacia y efectividad de sus acciones en fomento del desarrollo local integral (EL SAVADOR, 2007, p. 11).

A instituição das Unidades Básicas de Saúde da Família representa uma mudança de paradigma na saúde, propondo o estabelecimento de processos de trabalho que dê conta dos problemas e necessidades de saúde de uma população adscrita no território, com práticas e ações de saúde que resultem em atenção integral, não só assistência, mas também prevenção e promoção da saúde.

Entretanto, a grande maioria das UBSF se veem às voltas com uma demanda tão grande de atenção à doença, que continuam no modelo antigo, invertendo-se apenas a direção do fluxo da demanda. Se antes, a população vinha à unidade de saúde, agora, a unidade de saúde vai à população, em visitas domiciliares.

A clínica ainda é soberana para atender o indivíduo e tratar sua doença, mas poucas são as experiências de integralidade na atenção à saúde, para a qual é necessário tomar o indivíduo no contexto da família e do lugar onde vive, reconhecendo no território áreas de riscos à saúde e vulnerabilidades sociais, para então realizar ações de prevenção e promoção da saúde. Para isso foi que se desenvolveu uma proposta de efetivação dos princípios do SUS que pretendeu fortalecer e ampliar a intersetorialidade, principalmente entre as escolas e as Unidades Básicas de Saúde da Família e mobilização social com um modelo de atenção que reconhece a Determinação Social da Saúde.

A experiência levada à cabo deu andamento ao projeto de dengue iniciado na escola municipal Prof. Eurico Silva, agora desenvolvido a partir das UBSF, contando com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde, dos

Agentes de Combate à Endemias e dos Agentes de Saúde Escolar, liderados pela enfermeira, coordenadora da Unidade de Saúde.

Iniciou-se a experiência de prevenção e promoção da saúde nas UBSF e UBS com um problema de saúde que era emergente, o combate ao *Aedes aegypti* e o controle da dengue, chikungunya e zica vírus. Tudo começou com um curso de capacitação que envolveu os ACS, os ACE e os ASE. A presença da enfermeira coordenadora das UBSF e UBS era obrigatória, pois seria ela que deveria liderar a equipe de trabalho nesta tarefa. O curso teve como tema a “A Vigilância e controle da dengue a partir de mobilização comunitária e articulação intersetorial no território da Atenção Básica”.

Foi durante o curso de capacitação que se estabeleceu como estratégia de prevenção e promoção da saúde a criação de redes comunitárias no território, articulando a intersetorialidade, em especial, entre os setores da educação e da saúde, e promovendo a mobilização das instituições sociais (ONGs, entidades da sociedade civil, dentre outros).

Segue-se neste capítulo discorrendo-se sobre a constituição das redes comunitárias iniciadas durante o curso de capacitação que estão sendo agora consolidadas.

4.1 Uma experiência a partir Unidade Básica de Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família surge como proposta de reorientação dos serviços de saúde da Atenção Primária, como uma visão de saúde que vai além assistência médica individual, abarcando os determinantes do processo saúde-doença da população. Tem como princípios básicos a articulação intersetorial entre as instituições públicas e a mobilização da comunidade para que a promoção da saúde se efetive no território. Entretanto, percebe que na prática isso raramente acontece.

O número de casos de dengue no início de 2016 em Minas Gerais (217.110) foi maior que a quantidade registrada durante todo o ano de 2015 (196.555). Por município, Juiz de Fora, na Zona da Mata, tem o maior número de

óbitos, tendo morrido na cidade oito pessoas por causa da doença. A capital Belo Horizonte vem em seguida com seis mortes (JORNAL CORREIO DE UBERLÂNDIA, 2016).

Em Uberlândia, no mês de março, a taxa na cidade foi de 226 casos de dengue a cada 100 mil habitantes. O diretor da Vigilância em Saúde admite que o número de casos pode ser maior, pois, em alguns casos, o paciente pode não manifestar os sintomas da doença ou não procurar assistência médica. Até o mês de março foram notificados 2.057 casos com suspeita de dengue, além de 40 casos de zika vírus sob investigação e um outro confirmado. Quanto a chikungunya, são 25 casos investigados e outros dois casos confirmados (JORNAL CORREIO DE UBERLÂNDIA, 2016).

A transmissão da dengue ocorre pela picada de um mosquito contaminado pela doença, no Brasil o principal vetor é o *Aedes aegypti*, que uma vez infectado, é capaz de transmitir a doença enquanto viver. Não existe transmissão da doença através do contato entre indivíduos doentes e pessoas saudáveis. Os primeiros sintomas como febre, dor de cabeça e mal-estar surgem após um período de incubação que pode variar de 2 a 10 dias. Uma vez infectada por um dos sorotipos do vírus, a pessoa adquire imunidade para aquele sorotipo específico.

Prevenir a dengue parece ser simples, basta evitar a reprodução do mosquito e, para isso, é preciso eliminar criadouros. A regra básica é não deixar água parada em qualquer tipo de recipiente. Mas, na prática, isso é um desafio para a saúde pública, difícil de ser superado. No Brasil, todos os anos são gastos milhões de reais no Programa Nacional de Controle da Dengue para o combate do mosquito *Aedes aegypti*. No entanto, as estratégias adotadas parecem não ser eficazes, já que há mais de quarenta anos as epidemias são recorrentes.

O governo realiza o combate à doença ignorando a população, depois a culpa por não fazer a sua parte. Não há duas partes, a do governo e a da população, mas uma só parte. Governo e população devem estar juntos, em um mesmo plano, trabalhando juntos na mesma ação.

É necessário pensar a Dengue a partir de estratégias de Promoção da Saúde que tirem o foco do indivíduo e da doença para estabelecer ações que

busquem mudança dos contextos de vida das populações, levando assim, tomadas de ações mais eficazes no controle do mosquito.

Para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde para o controle da dengue no território a partir das UBSF, foi realizado o curso de capacitação na Universidade Federal de Uberlândia, com o tema “A Vigilância e controle da dengue a partir de mobilização comunitária e articulação intersetorial no território da Atenção Básica”. O curso envolveu os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate de Endemias (ACE), Agentes de Saúde Escolar (ASE) e Enfermeiras (os).

A capacitação operacionalizou a territorialização dos agentes de combate de endemias e estabeleceu nos territórios das unidades básicas de saúde e de saúde da família a instituição de uma equipe que está liderando a vigilância e o controle da dengue, chikungunya e zica.

A equipe é composta por agentes comunitários de saúde, agentes de combate de endemias e agentes de saúde escolar, liderados pela enfermeira coordenadora da unidade e realiza uma ação de educação e mobilização social contra o *Aedes aegypti*.

O curso foi dividido em três módulos: Vista domiciliar, Mobilização Comunitária e Articulação intersetorial. Em cada módulo foram realizadas discussões teóricas e posteriormente os participantes foram orientados a realizar atividades de dispersão no território de abrangência da unidade, para colocar em prática as questões abordadas em sala. No encontro seguinte, as experiências realizadas eram compartilhadas com os demais colegas do curso.

No 1º módulo foi abordado o tema “visita domiciliar” com os participantes. De início, apresentou-se uma questão para estimular o debate: Como evitar a epidemia de dengue que está anunciada para o próximo verão? Assim, foi possível notar a percepção dos agentes e enfermeiras (os) com relação a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, do zika vírus e da chikungunya e o que deveria ser feito para impedir a epidemia (Imagem 40).

Nas discussões, a maioria dos agentes de combate de endemias relataram dificuldades de acesso as residências como uma das causas da epidemia de dengue. Contaram que uma boa parte dos moradores não se disponibilizam em atendê-los, em sua maioria, por medo, pois não os conhecem, isso devido a

rotatividade dos ACE. A maior parte dos agentes acreditam que com a territorialização, o acesso às famílias será facilitado, o que contribuirá para uma maior efetividade do seu trabalho nas residências.

Imagem 40 - Debate sobre epidemia da dengue e visita domiciliar no 1º módulo do curso de capacitação, 2015



Fonte: SANTOS, F. O.; OLIVEIRA, J. C. (2015).

Além disso, muitos disseram que sua imagem tem se perpetuado como 'catador de lixo', sendo repudiado por eles. Relataram que alguns moradores esperam a visita deles para recolher os entulhos jogados no quintal. Também contaram que nas visitas encontram casas vazias, apartamentos fechados, terrenos baldios, que estão repletos de lixos jogados em sua maioria pelos próprios moradores do bairro, o que dificulta o trabalho de prevenção e eliminação dos criadouros.

Em contrapartida, os agentes comunitários de saúde não encontram dificuldade de acesso as residências, porque fazem parte da comunidade e estão desde a implantação da equipe de saúde da família, exercendo suas funções na área de abrangência da unidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com as famílias. No entanto, acreditam que essa tarefa vai

sobrecarregá-los, afirmando que esse trabalho é dos agentes de combate a endemias e não deles, o que gerou alguns conflitos no início do curso. Sendo assim, fez-se necessário reforçar que a Política Nacional de Atenção Básica (2012), enfatiza que entre as várias funções do ACS está o combate à dengue na sua área de abrangência.

[...] Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco [...] (BRASIL, 2012, p. 49).

Já o agente de saúde escolar relatou que já faz esse trabalho nas escolas todos os anos através de palestras, panfletos, entre outras, e não percebiam como poderiam contribuir.

Nesse momento, percebeu-se nitidamente a importância das enfermeiras (os). Como são eles que coordenam as atividades na unidade, sua posição a respeito do assunto foi fundamental para uma maior aceitação, envolvimento e participação dos ACS, ASE e ACE.

Nas discussões, percebeu-se um certo descontentamento dos agentes comunitários de saúde com relação a carga horária de trabalho. Enquanto os ACE tem que cumprir uma carga horária de trabalho de seis horas por dia, os ACS têm que trabalhar oito horas. Os agentes de combate a endemias também reclamavam da falta de um espaço fixo para descanso, utilização de banheiro, realização de lanches, dentre outros. Com a territorialização dos mesmos nas unidades de saúde, essas condições de trabalho também vão ser resolvidas.

Para Chiaravalloti Neto (2007) a relação agentes de combate a endemias e agentes comunitários de saúde é permeada por conflitos que derivam da diferenciação de *status*. Os ACE se ressentem de melhores condições de trabalho, sempre tendo por parâmetro a condição dos agentes comunitários de saúde, sendo o conflito reiterado por estes. Mesmo assim, experiências relatadas pelos agentes comunitários de saúde quanto à forma de atuação poderiam servir de modelo para os agentes de combate a endemias.

A medida que o debate acontecia alguns conceitos foram sendo abordados e discutidos tais como: promoção da saúde, intersectorialidade e mobilização comunitária, sempre com o intuito de incitar a participação dos agentes e de instigá-los a refletir sobre as ações de promoção da saúde no território para o controle da dengue.

Uma premissa é que a vigilância para o controle da dengue não se faz sem a participação comunitária. A mobilização comunitária não nasce espontaneamente, é necessário que as pessoas se sintam pertencentes e se identifiquem com o que está sendo proposto (OLIVEIRA, 2012).

Logo após as discussões preliminares, a turma foi orientada a se dividir em grupos e se deslocar para as salas de aula. Cada sala teve a presença de um professor que orientava as atividades. Os participantes foram estimulados a discutir algumas questões apresentadas: Porque temos epidemias de dengue com óbitos todos os anos? Como convencer a população a cuidar do seu domicílio e eliminar criadouros do mosquito? Como realizar visitas domiciliares mais eficazes para mobilizar as famílias? Os participantes debatem as perguntas, enquanto um relator do grupo anota os principais argumentos apresentados (Imagem 41).

Com a orientação dos professores, os grupos foram estimulados a discutirem as questões colocadas, sempre apontando soluções. A intenção é que os participantes revejam o método utilizado por eles nas visitas domiciliares e busquem melhorar a abordagem com as famílias para envolvê-la nesse processo. Como são os agentes que estão em contato diário com a população, estes conhecem melhor a realidade na qual estão inseridos e podem trazer contribuições significativas para o controle da dengue. Dessa forma, as ações devem ser pensadas em conjunto para que alcance uma maior efetividade.

De acordo com Góis (2008), promover a participação e a mobilização requer posturas e métodos, demanda formas pedagógicas de agir, que tenham por base as ciências humanas e sociais. Um desses métodos é a pesquisa – ação-participante, um método político pedagógico que une a pesquisa com ação – participante, numa perspectiva de mudança individual e social, aprendizagem, convivência e construção conjunta do conhecimento.

Imagem 41 - Grupo de discussões do 1º módulo do curso de capacitação, 2015



Fonte: SANTOS, F. O.; OLIVEIRA, J. C. (2015).

Gonçalves (2015), citando Chiaravalloti Neto; Moraes e Fernandes (1998) faz uma crítica a tendência dos programas de controle da dengue de tentarem estabelecer um nível de conhecimento ideal sobre a doença, através do repasse de informações, supondo que isso gera mudanças. Estes não consideram os conhecimentos prévios dos cidadãos e a sua visão sobre o problema, e não incentivam a sua participação na discussão e proposição de ações educativas na comunidade.

Essas discussões realizadas durante o curso de capacitação proporcionaram uma maior integração entre os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar e ainda, propiciou um melhor entendimento dos serviços executados pelos mesmos no território. A princípio percebeu-se que os ACS tinham uma visão distorcida do trabalho dos ACE, atribuindo a eles o papel de limpar os quintais dos moradores, mas aos poucos, essa ideia foi sendo desmitificada.

Após as discussões os grupos retornaram para o anfiteatro e apresentaram a síntese do debate realizado em grupo (Imagem 42).

Imagem 42 - Síntese das discussões realizadas em grupo no 1º módulo do curso de capacitação, 2015



Fonte: SANTOS. F. O.; OLIVEIRA, J. C. (2015).

Nas sínteses apresentadas pelos grupos foi possível perceber que os agentes de saúde e enfermeiros acreditam que para evitar a dengue é necessário a eliminação dos criadouros do mosquito. No entanto, ressaltam que é importante a conscientização da população. Alguns grupos relataram que para acabar com a dengue basta *“a eliminação dos criadouros do mosquito (pneus, garrafas, vasilhas), porém deve-se ressaltar que essa questão envolve fatores múltiplos dentre eles destaca-se uma maior conscientização da população e um maior preparo dos agentes no que se refere a transmitir as informações corretas, etc”*.

Em outro relato disseram que para se evitar a dengue, além da conscientização e preparo dos agentes é necessário envolver os alunos das escolas e melhorar a abordagem com as famílias nos domicílios. *“As crianças são essenciais nesse processo e o agente tem que ter bom senso no atendimento”*.

Uma sugestão de melhoria nas visitas domiciliares foi que as unidades deveriam ter *“um caderno de comunicação interna, em que o agente comunitário de saúde ao realizar visita domiciliar e evidenciar foco, anotaria no caderno para que o agente de combate a endemias também pudesse realizar a visita no referido domicílio. E ainda, expor os dados epidemiológicos locais na sala de espera (nº de doentes com a dengue, focos, internações, óbitos) ”*.

Em outra síntese foi possível notar a preocupação do grupo com a “falta de mais Unidades Básica de saúde da família, ou falta de capacitação dos profissionais. *“A epidemia gera uma demanda excessiva as Unidades de saúde, sendo necessário fazer um planejamento para a execução de ações, para o combate do foco desta doença”*. Foi apontada como solução uma *“maior conscientização dos moradores por parte dos ACS, ACE e ASE, sendo necessário talvez punir com multas os moradores que não seguem as orientações ou beneficiar de alguma forma os residentes que atendem as orientações de prevenção”*.

A medida que os resumos iam sendo apresentados, os professores realizavam as intervenções quando achavam conveniente. Faz-se necessário que os agentes percebam que a mobilização comunitária como estratégia de promoção da saúde acontece quando um grupo de pessoas decide e age em busca de um objetivo comum.

De acordo com Santos (2012), a mobilização comunitária é o processo de reunir e capacitar a comunidade para lidar com os problemas cotidianos. O envolvimento da comunidade é essencial, pois os moradores são as pessoas que mais conhecem a realidade local, por isso é necessário envolvê-las na tomada de decisões.

A maioria dos participantes relataram que falta conscientização da comunidade com relação aos cuidados com a limpeza dos quintais e que para que isso aconteça é necessário buscar alternativas de punição para os moradores. Além disso, acreditam que é importante um maior envolvimento das escolas nesse processo.

Como parte do curso foi apresentada uma atividade para dispersão no final de cada módulo. Assim, as discussões realizadas em sala foram colocadas em prática. No final do 1º módulo foi solicitado aos participantes que elaborassem um

argumento de convencimento das famílias a assumir o seguinte compromisso: “cada um cuidando da própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive”. E ainda, que o argumento elaborado pela equipe de trabalho fosse aplicado nas visitas domiciliares realizadas na sua área de abrangência no intervalo que antecede o 2º módulo. Para isso, os ACE, ACS, ASE e enfermeiras (os), foram orientados a realizar reuniões para elaborar as atividades.

Dessa forma, além de pensarem em estratégias de mobilização das famílias, foi possível propiciar uma maior interação entre os agentes no seu ambiente de trabalho.

O 2º módulo iniciava-se com as discussões sobre a atividade dispersão da aula anterior. Os grupos relataram como ocorreu o processo de planejamento das reuniões com os agentes, o processo de construção do argumento de convencimento das famílias e ainda, qual a percepção dos mesmos com relação a abordagem realizada a partir do argumento com as famílias (Imagem 43).

A primeiro momento foram relatadas algumas dificuldades no cronograma das reuniões. Entretanto, houve relatos de experiências positivas com a nova proposta de visita domiciliar. A maioria dos grupos disseram que o argumento elaborado em conjunto pelos agentes proporcionou uma maior abertura das famílias em relação a receptividade dos agentes de combate a endemias. Os argumentos enfatizam a necessidade de os moradores receberem o ACE e informavam que de agora em diante ele estaria fixo no território e que não necessitavam ficar receosos em abrir as residências para os agentes.

Imagem 43 - Discussões sobre a atividade de dispersão do 1º módulo, 2015



Fonte: SANTOS. F. O.; OLIVEIRA, J. C. (2015).

É necessário que as ações para o controle da dengue alcancem a participação efetiva de cada morador na eliminação de criadouros já existentes ou de possíveis locais para reprodução do mosquito.

Segundo Oliveira (2012) para que a mobilização aconteça e necessário sensibilizar e estimular sempre as pessoas, pois para algumas, os interesses e as necessidades podem ser outros, por isso é importante ressignificar as suas identidades em relação as suas práticas e valores no grupo social.

O 2º módulo do curso de capacitação teve como tema “Mobilização comunitária para o controle da dengue”. Apresenta-se uma questão para aquecimento das discussões sobre a temática: Como as instituições sociais (ONGs, associações de moradores, igrejas, clubes e outros) podem ajudar na vigilância e controle da dengue? Os participantes foram estimulados a debater sobre o assunto, expondo suas opiniões, anseios e expectativas (Imagem 44).

A participação comunitária é um dos elementos fundamentais na promoção da saúde. Os ACE, ACS, ASE, juntamente com a unidade de saúde podem contribuir para o envolvimento das instituições locais no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e controle da dengue, assim como de outros problemas de saúde na área de atuação da equipe.

Imagem 44 - Discussões iniciais sobre mobilização comunitária no 2º módulo do curso de capacitação, 2015



Fonte: SANTOS, F. O.; OLIVEIRA, J. C. (2015).

A princípio, notou-se uma certa preocupação dos agentes de como realizar essa aproximação com as instituições e como estas poderiam contribuir. No entanto, a medida que o debate acontecia, ideias iam surgindo e possibilidades iam sendo levantadas. Normalmente, as pessoas acham que pouco podem fazer para ajudar no desenvolvimento da sua comunidade, cada uma cuida dos seus afazeres sem se preocupar com os problemas locais. Acreditam que isso é papel somente dos gestores públicos e de outras instituições externas a ela. É importante que as pessoas entendam os problemas e se motivem a participar na busca de soluções, reconhecendo que tem um papel relevante e responsabilidades para com a sua comunidade. Para que a mobilização comunitária seja realmente eficiente deve ser um processo de fortalecimento da comunidade.

Após as discussões iniciais a turma foi orientada a dividir em grupos e se deslocaram para outras salas para dialogar sobre as seguintes questões: Quais instituições sociais há no território da UBSF? Como envolver essas instituições sociais em programas de mobilização das famílias para a vigilância e controle da dengue? Como elaborar um plano de trabalho com atividades permanentes para a vigilância e controle da dengue para essas instituições sociais até dezembro de 2015 (mobilização permanente x campanha)? (Imagem 45).

Imagem 45 - Grupo de discussões do 2º módulo do curso de capacitação, 2015



Fonte: SANTOS, F. O.; OLIVEIRA, J. C. (2015).

Nessas discussões em grupo, elegia-se um relator para fazer a síntese para toda a turma. Neste módulo, o debate em grupo buscou explorar o entendimento dos agentes sobre a mobilização social e estimulá-los a pensar em

estratégias de envolvimento das instituições na vigilância e controle da dengue no território.

No debate foi possível notar que a maioria dos agentes e enfermeiras ainda não compreenderam a essência da promoção da saúde, sendo pensadas práticas de promoção da saúde de caráter preventivo e individual, fundamentado no lado biologicista hegemônico, não incorporando os determinantes sociais, econômicos, culturais, entre outros existentes. Para Fracoli e Almeida (2011), as peculiaridades das ações de promoção da saúde executadas pelos ACS, no âmbito da ESF, demandam o redirecionamento da prática clínica. É necessário tirar o foco do modelo hospitalocêntrico e da alta especialização que marcam a conformação do sistema de saúde e a formação dos profissionais.

Com as questões debatidas, os participantes do curso retornavam para o anfiteatro afim de compartilhar o relato das discussões. Nesse momento, os grupos faziam uma breve exposição das ações pensadas para envolver as instituições locais no processo de mobilização contra dengue (Imagem 46).

Na exposição das sínteses, cada grupo listou as instituições sociais existentes na área de abrangência de sua atuação. Os estabelecimentos mais citados pelos grupos foram: associações de moradores, igrejas, ONGs, Centro Espírita, Alcoólicos Anônimos, Centro Cultura, entre outros.

Imagem 46 - Síntese das discussões realizadas em grupo no 2º módulo do curso de capacitação, 2015



Fonte: SANTOS. F. O.; OLIVEIRA, J. C. (2015).

Para envolver as instituições sociais em programa de mobilização das famílias para vigilância e controle da dengue um grupo disse que é necessário

“orientar as pessoas responsáveis pelas instituições (padres, pastores, entre outros), chamando seus fiéis a gravidade da doença. Chamar atenção para o real problema, não como moeda de troca. A unidade de saúde deve realizar um plano emergencial para divulgar na comunidade”.

Outros grupos relataram que para conseguir envolver as instituições é importante *“levar dados e informações, ressaltando a importância de uma ação em conjunto”*. E ainda, *“identificar os responsáveis das instituições e convidá-los para participar, enfatizando a importância da sua participação para o controle da dengue”*. *“Analisar em conjunto com os estabelecimentos as necessidades da região em que o mesmo responde”*. Também foi colocado a necessidade de *“mostrar de forma o mais consciente possível que a dengue não é de forma alguma um problema de responsabilidade somente da instituição de saúde, mas é um problema sério e que deve contar com o apoio de toda a comunidade”*.

Na questão referente a elaboração de plano de trabalho para as instituições alguns relataram a *“necessidade de realização do dia ‘D contra a Dengue’, de mutirões para recolhimento de recicláveis, palestras educativas, ação no bairro, roda de conversa”*. Também enfatizaram a necessidade de *“unir a equipe ACS, ACE, ASE, para elaborar uma proposta para cada tipo de instituição. Envolver toda a comunidade, jovens, crianças e idoso. Buscar informações para levar a comunidade sobre o que é a doença, conscientizar os líderes da comunidade sobre a importância de combater o mosquito”*.

Segundo Negreiros et al. (2009) a efetividade das estratégias comunicacionais, que funcionam como um dos principais meios de influência dos comportamentos, é essencial para que os projetos de mobilização social tenham êxito.

Para finalizar as atividades do 2º módulo apresenta-se a atividade de dispersão para ser realizada antes do próximo encontro. Dessa forma, colocam em prática as discussões feitas em sala de aula. Os ACS, ACE, ASE e enfermeiras (os) foram instruídos a se reunirem para escolher instituições sociais e elaborar propostas de plano de trabalho para envolvimento das mesmas com a vigilância e controle da dengue, lembrando o lema: "cada um cuidando de sua saúde, da saúde da sua família e do lugar onde vive. Só assim podemos controlar a dengue". E ainda, procurar os dirigentes dos estabelecimentos escolhidos para apresentar o projeto,

negociar as propostas (aceitando alterações que forem sugeridas) e contratualizar sua execução.

O desafio proposto é o envolvimento dos agentes no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e controle da dengue, tendo como foco a valorização do local de atuação das UBSF e UBS, através da mobilização das instituições locais nesse processo.

No 3º e último módulo do curso de capacitação os participantes iniciavam com o relato das atividades de dispersão proposta no 2º encontro. Nesse momento foram compartilhados os trabalhos realizados, as dificuldades encontradas e ainda, houve troca de experiências e ideias.

Algumas unidades relataram dificuldades de acesso as instituições e não conseguiram realizar a atividade de dispersão. Em contrapartida, outras equipes conseguiram entrar em contato com os estabelecimentos escolhidos e propuseram parceria com os mesmos para vigilância e controle da dengue no território, chegando a realizar a contratualização com as mesmas. Dentre elas, a igreja Assembleia de Deus e o Centro de Artes e Esportes Unificados (Anexo H, I).

Percebe-se que o envolvimento da enfermeira coordenadora das unidades de saúde foi essencial nesse processo. Até porque compete a ela a organização dos trabalhos na unidade e orientação das atividades dos agentes. Caso, a enfermeira (o) não esteja motivada ou interessada, isso reflete nos agentes.

Com a finalização dos relatos das atividades desenvolvidas, dá-se início as atividades do 3º módulo do curso de capacitação com o tema “Articulação intersetorial para a vigilância e controle da dengue”.

No primeiro momento faz-se uma introdução inicial do tema abordando o conceito de intersetorialidade. Atualmente, percebe-se que as políticas setoriais não estão sendo eficientes na implementação de políticas públicas, primordialmente no que se refere em atender as demandas das populações. Nesse sentido, a intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para se alcançar a efetividade das ações, visando a articulação entre instituições governamentais e entre essa e a sociedade (Imagem 47).

Após as explanações iniciais sobre o tema apresenta-se uma questão ao debate, para aquecimento da discussão: Como as instituições públicas da

Educação, Desenvolvimento social, Meio ambiente e Segurança pública podem ajudar na vigilância e controle da dengue?

Imagem 47 - Discussões iniciais sobre articulação intersetorial no 3º módulo do curso de capacitação, 2015



Fonte: OLIVEIRA, J. C. (2015).

É importante que os profissionais das unidades de saúde (ACS, ACE, ASE e Enfermeiras) percebam que os problemas sociais, assim como as ações de controle da dengue no território exigem vários olhares e diferentes maneiras para atuar. E ainda, que a articulação de saberes e práticas proporciona o entendimento e a construção integrada de soluções que garantem à população uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Fracoli e Almeida (2011) para que os projetos de promoção da Saúde obtenham êxito é necessário apostar em ações intersetoriais que envolvam não só os indivíduos, mas as famílias e a comunidade.

Logo após as discussões os participantes foram orientados a se deslocarem do anfiteatro para salas de aulas e se dividirem em grupos, sempre com a presença de um professor para coordenar as atividades. A turma escolhe um relator para anotar as principais ideias das discussões realizadas para posteriormente serem apresentadas para toda a turma do curso.

Foram apresentadas aos grupos três perguntas que nortearam as discussões: Quais instituições públicas há no território da UBSF? Como envolver essas instituições públicas em programas de mobilização das famílias para vigilância

e controle da dengue? Como elaborar um plano de trabalho com atividades permanentes para vigilância e controle da dengue para essas instituições públicas até dezembro de 2015 (mobilização permanente x campanha)? (Imagem 48).

Imagem 48 - Grupo de discussões do 3º módulo do curso de capacitação, 2015



Fonte: OLIVEIRA, J. C. (2015).

Nas discussões foi possível perceber que havia uma maior interação entre os agentes, conseguiam discutir com mais tranquilidade, motivação e afinidade as questões colocadas. Para Ceretta (2012) é fundamental trabalhar motivação, visando despertar emoções e reconhecimento do trabalho dos profissionais do grupo, das situações de insegurança e incerteza que envolvem seu trabalho, para o qual é necessário somar esforços e coordenar impaciências. É importante mostrar para os grupos, que é possível através da reflexão e do trabalho articulado, encontrar alternativas para o controle da dengue no território.

Encerrado o debate dos grupos nas salas, os participantes retornaram ao anfiteatro para apresentar a síntese das discussões realizadas (Imagem 49).

Nos relatos, foram citadas algumas instituições públicas localizadas nas áreas de abrangência das Unidades de saúde que poderiam ser parceiras na promoção da saúde e controle da dengue no território, tais como: Unidades de Atendimento Integrado, Centros de Referência de Assistência Social, Escolas de ensino fundamental e infantil, Corpo de bombeiros, Creches, Centros poliesportivos, Polícia militar, dentre outros.

Para envolver essas instituições os grupos enfatizaram a necessidade de *“reunir com as coordenações das instituições para avaliar a possibilidade de abertura com o tema da dengue”*. *“Propor atividades como: palestras, teatros, demonstração na prática”*. *“Ir de encontro com as instituições para se informar sobre as atividades que os estabelecimentos realizam e que podem ser aprimoradas”*. *“Articular um trabalho educativo com bombeiros palestras nas escolas”*.

Imagem 49 - Síntese das discussões realizadas em grupo no 3º módulo do curso de capacitação, 2015



Fonte: OLIVEIRA, J. C. (2015).

Também relataram que para envolver as instituições *“a informação e a comunicação são elementos primordiais para o sucesso do projeto”*. *“Formar equipes que fiquem responsáveis por mapear o seu o território”*. *“Mudar o conceito de que a responsabilidade na prevenção da dengue, chikungunya e zica é só dos agentes de endemias e não somente do setor de saúde”*. *“Sensibilização e motivação das instituições”*. E ainda, enfatizaram a necessidade do *“envolvimento maior da escola, pois essa por ter um grande número de estudantes e um contato maior com as famílias pode ter uma contribuição significativa no combate à doença”*.

Percebe-se na fala dos participantes que a falta de intersectorialidade foi mencionada, pois o combate à dengue não é responsabilidade só do setor da saúde, mas, também, de outros segmentos da sociedade (segurança pública, educação, etc.). Esta luta deve estar inserida nos diversos equipamentos sociais, sobretudo, na escola.

O desenvolvimento de ações de prevenção e controle da dengue, que é uma doença evitável, proporciona uma redução dos gastos com a saúde pública e possibilita um redirecionamento do investimento para outras doenças e agravos.

Para Taliberti e Zucch (2010), avaliar o custo e o impacto econômico da dengue no município representa conhecer não somente os custos dos vários componentes do programa municipal de controle da dengue, implica também refletir sobre os gastos relacionados ao tratamento da doença, desde o atendimento nas unidades básicas de saúde até o diagnóstico e a hospitalização dos casos mais severos, sobre os gastos que recaem sobre as famílias, incluindo-se os dias perdidos de trabalho dos doentes e dos cuidadores e, finalmente, sobre os prejuízos para a economia do país.

De acordo com o Ministério da Saúde o financiamento das ações de combate à dengue por meio do Piso Fixo de Vigilância em Saúde aumentou 31,89% nos últimos quatro anos, passando de R\$ 947,7 milhões, em 2012, para 1,25 bilhão, em 2015 (BRASIL, 2015).

Nesse sentido percebe-se a necessidade de ações contínuas, o que possibilita o fortalecimento das famílias e das instituições na mobilização contra a dengue e, conseqüente, uma diminuição dos custos com a doença.

Quanto a elaboração de um plano de trabalho com atividades permanentes para a vigilância e controle da dengue para as instituições locais, os grupos sugeriram *“uma maior interação entre os estudantes das universidades para auxiliar as unidades de saúde nesse projeto”*. *“Conhecer as instituições e os trabalhos desenvolvidos pelas mesmas”*. *“Apresentar uma proposta inicial para esses estabelecimentos”*.

Também foram sugeridas *“coletas de recicláveis, gincanas nas escolas, teatros, realização de ações com as crianças, incentivando a limpeza dos quintais de suas casas”*.

No final da exposição das sínteses, foi levantada mais uma questão para o debate: Como coordenar a rede de parceiros de instituições sociais e públicas pactuadas para o controle da dengue?

Parrat-Dayán (2007) ressalta que as discussões são necessárias, pois é a partir do embate entre as coisas e entre os outros, que produz uma troca de pontos

de vistas. Sem a discussão, o espírito permaneceria num estado de conformismo. Ainda, segundo o autor, além da técnica da discussão, o pensar juntos passa a constituir um objetivo pedagógico.

Na finalização do 3º módulo do curso de capacitação foram apresentadas algumas atividades de dispersão para serem realizadas pelas equipes das unidades de saúde. Foi sugerido que os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar e enfermeiras realizassem reunião para escolher as instituições públicas e elaborar propostas de plano de trabalho para envolvimento destas com a vigilância e controle da dengue, lembrando o lema: "cada um cuidando de sua saúde, da saúde da sua família e do lugar onde vive. Só assim podemos controlar a dengue".

Depois, deveriam procurar os dirigentes das instituições públicas para apresentar as propostas de plano de trabalho de vigilância e controle da dengue. Negociar a proposta (aceitando alterações que forem sugeridas) e contratualizar sua execução.

Na finalização do curso de capacitação foi concretizado o seminário "Redes Territoriais Locais e Promoção da Saúde o Controle da Dengue". Este foi o coroamento do curso de capacitação realizado para os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, agentes de saúde escolar e enfermeiras (os). O publicado alvo do seminário foram os profissionais que participaram do curso, demais profissionais da saúde, estudantes universitários, dentre outros (Imagem 50).

Imagem 50 - Seminário Redes Territoriais Locais e Promoção da Saúde o Controle da Dengue, dezembro de 2015



Fonte: SANTOS. F. O. (2015).

Na abertura do evento, foi realizada apresentação da peça de teatro “Xô Dengue”, que tem como integrantes os estudantes do Programa Mais Educação e do Observatório da Saúde da escola municipal prof. Eurico Silva (Imagem 51).

No período da manhã, o seminário contou com presença da professora Márcia Faria Westphal da Faculdade de Saúde Pública da USP, que abordou o tema “Redes territoriais locais”. Após a intervenção da palestrante, foi realizado um debate no qual os participantes tiveram a oportunidade de discutir a temática.

No período da tarde, as equipes das unidades de saúde, apresentaram em formato pôster ou oral os trabalhos realizados pelas mesmas no território. Esse momento foi importante para estimular ainda mais as atividades que estão sendo desenvolvidas a partir das UBSF e UBS.

Imagem 51 – Apresentação da peça de teatro “Xô Dengue” no seminário Redes Territoriais Locais e Promoção da Saúde, 2015



Fonte: SANTOS. F. O. (2015).

Acredita-se que os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar podem ser articuladores do processo de mobilização das instituições sociais e públicas, por conhecerem sua área de atuação, ter facilidade de acesso aos domicílios, escolas, famílias e consequente

tem um vínculo maior com a comunidade. Acreditamos que esse seja um caminho frutífero para controle de endemias no Brasil, sobretudo às doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

4.2 Redes Comunitárias para Promoção da Saúde

O termo 'comunidade' é amplamente utilizado na atualidade por várias ciências, com menção a uma variedade de coisas. O dicionário Aurélio apresenta alguns conceitos, dentre eles, "o corpo social", "grupo de pessoas submetidas a uma mesma regra religiosa", "local por elas habitado", "sociedade", "qualidade de comum" (FERREIRA, 2010).

Para Peruzzo e Volpato (2009, p. 140) o termo 'comunidade' "evoca sensações de solidariedade, vida em comum, independentemente de época ou de região. Atualmente, seria o lugar ideal onde se almejaria viver, um esconderijo dos perigos da sociedade moderna".

Concordamos com Rodrigues e Costa (2002, p. 2) quando dizem que comunidade é "um grupo de pessoas que vivem num determinado espaço, sob as mesmas condições socioculturais e ambientais"; e com Góis (2008), que entende a comunidade como uma instância da sociedade ou da vida de um povo que a reflete como uma dinâmica própria, ou seja, lugar de moradia, de permanência estável ou duradoura, de crescimento, que apresenta contradições, antagonismos e interesses comuns, que servem de construção e orientação das ações dos moradores em relação ao próprio lugar e à sua inserção no conjunto da sociedade. É um espaço de intermediação da vida familiar com a vida em sociedade, no qual o sujeito é confirmado como membro de uma determinada cultura e com uma determinada identidade de lugar.

Segundo o autor, seja qual for a época a essência da comunidade é a mesma, a vida comunitária, isto é, práticas coletivas de construção e proteção do lugar, onde cada pessoa se torna mais hábil e resguardada para lidar com a realidade em que vive.

A atividade comunitária é coletiva e é realizada por meio da cooperação e do diálogo com a comunidade, sendo orientada por ela mesma e pelo significado (sentido coletivo) e sentido (significado pessoal) que a própria atividade e a vida comunitária têm para os moradores da comunidade. É uma atividade pessoal e coletiva socialmente significativa, que dá retorno às demandas da comunidade e dos indivíduos e tem como essência a cooperação, o diálogo acerca dos problemas e da própria vida em comunidade e a participação ativa. O que implica em debater ideias, sugestões no grupo, executar as decisões e exercitar funções de liderança (GÓIS, 2008).

Nessa perspectiva, é necessário pensar a saúde no contexto de vida, como uma rede de saúde, que inclui a potencialidade local, as experiências acumuladas, os dramas sociais e humanos de uma coletividade. “É preciso, para se pensar a saúde, estar onde o povo está, convivendo e aprendendo, construindo com ele conhecimentos sobre sua própria vida e lugar” (GÓIS, 2008, p. 103).

De acordo com Christakis (2010) nossa saúde não depende somente das nossas escolhas e ações, mas, também, das escolhas e ações daqueles que estão em torno de nós. Nossa capacidade de interagir em redes sociais, faz com que os eventos que ocorrem com outras pessoas, independente de conhecê-las ou não, podem se propagar e nos afetar. Sendo, um fator fundamental para determinar nossa saúde e a dos outros. Ainda, de acordo com o autor, uma perspectiva de rede demanda reconsideração da maneira como nós, como sociedade, abordamos a saúde e assistência médica.

São diversos os significados de “rede”, um dos mais conhecidos é a rede virtual, apesar de não se ater unicamente a elas. De acordo com Schlithler [2006?], a palavra tem vários aspectos, no entanto, a mais utilizada é a ideia de ligação e entrelaçamento. São formadas por pontos (pessoas/organizações) ligados por fios que se conectam (comunicação) e quanto maior o número de conexões, maior é a capacidade de obter resultados.

Esse conceito vem sendo utilizado também nas ciências sociais, na antropologia, dentre outros. Para Enne (2004) nas ciências sociais, apesar de haver divergências em relação a alguns pontos, o principal aspecto do que seria uma rede vão se convergir em um ponto, que é sua capacidade de articulação e rearticulação permanente.

De acordo com Chor et al. (2001) as redes podem ser definidas como “teias” de relações sociais que circundam o indivíduo, ou com os grupos que se tem contato ou alguma forma de participação. Para Marteleto (2001, p. 72) a rede social “representa um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados”.

Ainda, segundo Tomaél; Alcará e Di Chiara (2005) as redes sociais influenciam a difusão de informação e conhecimento e oportuniza o desenvolvimento de inovações por manterem canais e fluxo de informação em que a confiança e o respeito entre atores os aproximam e os levam ao compartilhamento de informações, modificando ou ampliando o conhecimento.

Para Siza (2000) citado por Serapioni (2005), nos últimos 25 anos as pesquisas mostram que a família e as redes sociais têm papel fundamental na promoção da saúde, nos seguintes aspectos: no fortalecimento de ações que produzem saúde ou proporciona a capacidade de enfrentar os problemas e mobilizar os recursos necessários; na capacidade de manutenção e promoção das relações no âmbito dos parentes, da vizinhança; na melhoria do acesso aos serviços de saúde, por sua função de mediação e de conhecimentos das oportunidades.

Para Gohn (2008) a mobilização social é um processo político e cultural presente em todas as formas de organização das ações coletivas. Possui vários sentidos, de acordo com a fonte ou a área onde se articula organização, seja, em movimentos sociais, em ONGs isoladas ou atuando em redes e por meio de políticas públicas estatais.

É importante que os serviços de saúde sejam organizados na perspectiva da participação e mobilização comunitária, reconhecendo o potencial social e comunitário para a solução dos problemas. Deste modo, é necessário criar espaços de diálogos que tenham como objetivo aproximar a unidade de saúde e a comunidade, para juntos estabelecer as ações que possam resultar na melhoria da saúde dos indivíduos e da população, para a qual todos são responsáveis.

Nessa perspectiva, é importante fomentar e/ou fortalecer os grupos comunitários e estimular o apoio de instituições sociais e instituições públicas, gerando assim, as redes comunitárias para prevenção e promoção da saúde no território.

A rede comunitária é um importante instrumento para o fortalecimento dos sujeitos e das comunidades e estas podem ser constituídas a partir dos interesses e metas em comum. Visa a melhoria das condições de vida e saúde local e ainda, possibilita que os indivíduos, instituições e comunidades tenham maior autonomia na resolução dos problemas.

Concordamos com Fugimoto e Sarmiento (2007) quando falam que as redes comunitárias podem ser entendidas como um esforço para promover conexões entre indivíduos, lideranças comunitárias, voluntários, esferas governamentais, empresas, dentre outros.

Para que a participação se concretize, é importante a mobilização social, assim, a comunidade, a família e todos os envolvidos se sintam atores do processo e não objetos, que percebam o seu papel no processo de mudança ou melhoria. Por isso, é necessário envolvê-los nas ações a serem realizadas, ouvir suas necessidades, e dentro do possível acatar as sugestões e participações.

Nesse sentido, faz-se necessário discutir o conceito de “*empowerment*”, que está subentendido nos cinco campos de ações de promoção da saúde, desde a primeira Conferência em Ottawa, como mencionado anteriormente.

A medida que as conferências internacionais da saúde foram sendo realizadas, este conceito vai tornando-se cada vez mais explícito, como por exemplo “promoção da responsabilidade social com o “empoderamento” da população e aumento da capacidade da comunidade para atuar nesse campo” (BUSS; FERREIRA, 2002, p. 16).

Segundo Valoura (2006), Paulo Freire utilizou a expressão empoderamento, embora a palavra ‘*empowerment*’ já existisse na língua inglesa, com o significado de “dar poder”, para que o sujeito consiga realizar uma tarefa sem necessitar da autorização de outras pessoas. Para o educador a pessoa, grupo ou instituição empoderada é aquela que consegue, por si mesma, organizar e implantar mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer.

Para Zamudio (1988), citado por Carvalho (2004), existem controvérsias a respeito desse conceito, devido a sua tradução para o português, que para alguns o sinônimo de “empoderamento”, é “apoderamento” e, para outros, “emancipação”. De acordo com o dicionário Aurélio “apoderar-se”, é o mesmo que “apossar-se”, “assenhorar-se”. E “emancipar”, significa, tornar independente, libertar. Já

“empoderamento”, é sinônimo de ação, processo ou efeito de empoderar, que na sociologia é a conquista e distribuição do poder de realizar ações, a partir da conscientização social, individual ou coletiva. Na Educação, é a conscientização, reflexão, objetivação e ações de indivíduos e/ou grupos que levam à mudança da condição individual e coletiva, ou ainda, pode ser entendido como a superação da falta de poder político e social, coletivo ou individual, das populações (FERREIRA, 2010).

Alguns estudiosos como Paulo Freire, utilizam a expressão “empoderamento comunitário” e quando se fala sobre a reorganização dos serviços de saúde, a categoria pode contribuir para superar as deficiências do movimento de promoção da saúde como, a “ausência de propostas consistentes de reorganização das práticas assistenciais” (CARVALHO, 2004, p. 1094).

Com base no que foi exposto, optou-se pelo termo “empoderamento” em primeiro lugar por ser a definição que melhor se enquadra no conceito de promoção da saúde definida na Carta de Otawa, como sendo o processo de capacitação e participação da comunidade para a melhoria da qualidade de vida e, em segundo, por sua definição no dicionário Aurélio de português.

A saúde dos indivíduos e da comunidade não pode ser enfrentada sem um trabalho articulado entre os indivíduos, famílias, vizinhanças, instituições sociais e públicas. O diálogo entre os diversos setores possibilita a construção de ações integradas capazes de responder com mais efetividade aos desafios da saúde pública.

De acordo com Teixeira e Paim (2000) as ações intersetoriais exigem o compartilhamento e articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas. Ainda, segundo Silva e Rodrigues (2010), as articulações com o Estado e a sociedade civil contribuem para a efetividade das ações em saúde e podem acontecer através de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, tais como, educação, saúde, cultura, ONGs, instituições religiosas, organizações comunitárias, dentre outros.

A intersetorialidade é compreendida neste estudo como uma relação de compartilhamento de decisões entre instituições públicas, em especial, com os setores da saúde e educação para promover a saúde no território e também remete ao “conceito/ideia de Rede cuja prática requer articulações, vinculações, ações

complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações” (PAIM, 2009, p. 21).

As redes instigam a intersetorialidade como uma forma horizontal de organização à medida que envolve as pessoas, organizações e instituições nas etapas de concepção e planejamento das ações. A formação de redes é pertinente quando se deseja provocar o desenvolvimento comunitário

Diante do exposto, optou-se nesse trabalho por abordar as redes comunitárias como uma das estratégias que articula os setores da saúde, da educação e as instituições da sociedade civil para a prevenção e promoção da saúde no território como possibilidade de melhoria das condições de vida e saúde dos indivíduos e da população, no contexto de vida e trabalho.

Nessa perspectiva, os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, agentes de saúde escolar, sob a coordenação das (os) enfermeiras, foram estimulados a constituir redes comunitárias para a promoção da saúde e controle da dengue, a partir das UBSF e UBS em Uberlândia.

O processo de constituição das redes comunitárias iniciou-se com o curso de capacitação, no qual os participantes foram estimulados a pensar em estratégias de mobilização que envolvessem as famílias, instituições sociais e instituições públicas no controle da dengue na área de abrangências das UBSF e UBS. Nesse sentido, algumas ações foram desenvolvidas a partir dessa mobilização.

O objetivo foi envolver pessoas, instituições sociais e públicas, especialmente os setores de saúde e educação, para convencer a população de que "bastavam apenas 10 minutos por semana para realizar em sua casa uma vistoria e eliminar os criadouros do mosquito transmissor da dengue". O segundo lema é: "juntos somos mais", convocando as pessoas a "cuidarem de sua saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vivem".

Ainda, em novembro de 2015, antes da finalização do curso de capacitação, o processo de constituição das redes comunitárias já estava ganhando forças no território de abrangência das unidades. A partir do movimento das UBSF São Jorge II e III e da escola municipal Prof. Eurico Silva aconteceu uma grande mobilização na região em que foram convocadas as escolas, igrejas, ONGs, associações para formarem estas redes. A ideia foi contar com ajuda destes

multiplicadores para difundir a importância de cada cidadão fazer a sua parte, cuidando do lugar onde vive, estuda ou trabalha.

A concentração desse movimento foi na escola municipal Prof. Eurico Silva, onde o projeto da dengue já estava em andamento. O marco dessa mobilização foi a presença do prefeito Gilmar Machado, que na ocasião assinou um pacto de cooperação com as secretarias municipais de Educação e de Saúde, para juntas desenvolverem um projeto de prevenção e controle da dengue, tomando a escola como espaço preferencial para ações intersetoriais, cujo objetivo é mobilizar os alunos e as famílias (Anexo J), (Imagem 52).

Imagem 52 – Assinatura do pacto de cooperação com as secretarias de Educação e de Saúde, 2015



Fonte: SANTOS. F. O. (2015).

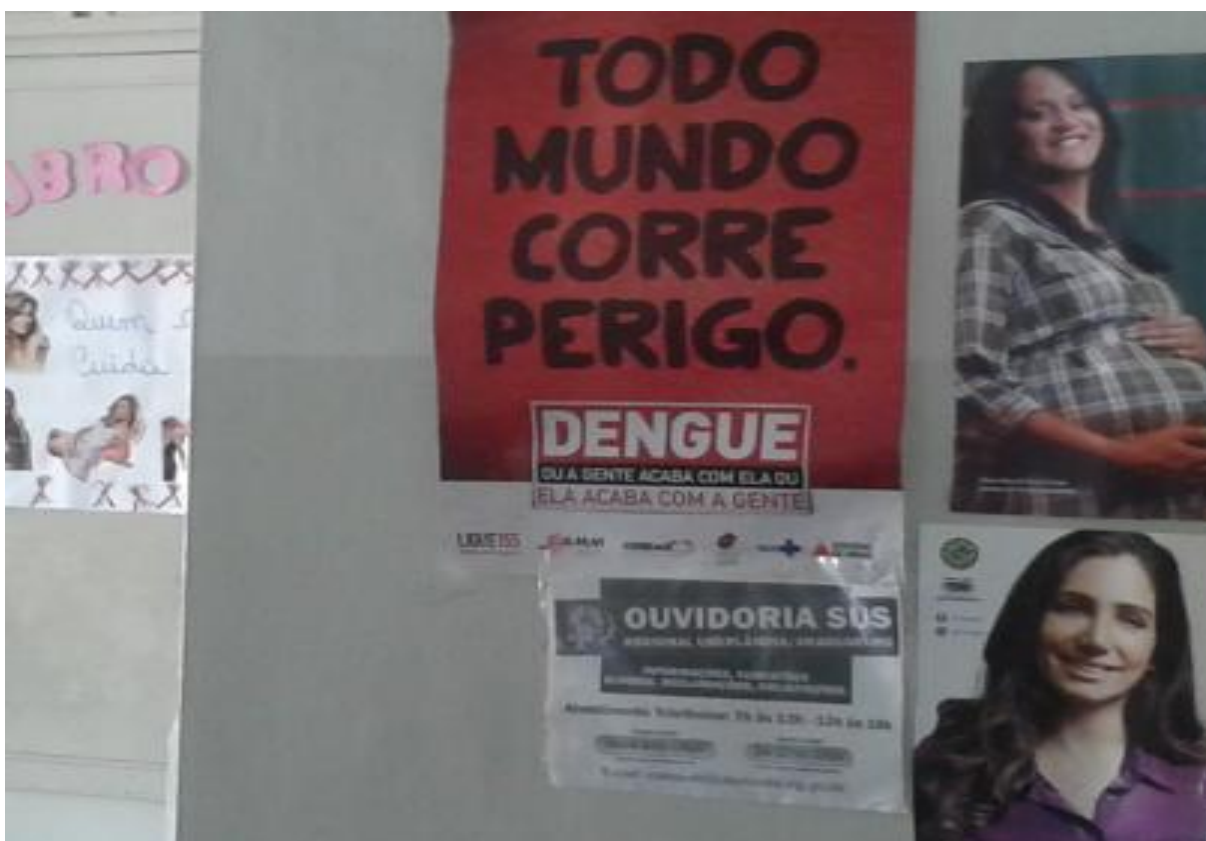
As equipes da UBSF São Jorge II e III, também reforçaram a comunicação na sala de espera da unidade sobre o tema dengue, com realização de rodas de conversa com as pessoas que aguardavam atendimento, e ainda, procurou colocar cartazes com informação sobre a dengue, alertando sobre os perigos da doença (Imagens 53, 54, 55).

Imagem 53 – Equipes da UBSF São Jorge II e III, 2015



Fonte: SANTOS. F. O. (2015).

Imagem 54 – Cartaz alertando sobre o perigo da dengue, 2015



Fonte: SANTOS. F. O. (2015).

Imagem 55 - Cartaz alertando sobre o perigo da dengue, 2015



Fonte: SANTOS. F. O. (2015).

Além disso, as equipes realizaram parceria com o educandário “Lar Espírita Maria Lobato de Freitas”, uma empresa privada que atua na área de serviços sociais e tem como finalidade a educação/ensino de crianças, localizada na área de abrangência das unidades de saúde. A parceria propiciou a elaboração e execução em conjunto de algumas ações. Dentre elas, orientações para as crianças que frequentam a instituição sobre o que deve ser feito em casa para eliminar o foco do mosquito transmissor da dengue. Ensino prático de como transformar o foco de vetores (pneus) em utensílio para o plantio de hortaliças e plantas decorativas (Imagem 56, 57).

O grande número de recipientes artificiais, tais como plásticos em geral, pneus e o hábito de cultivar plantas em vasos com água vem contribuindo para o aumento de materiais passíveis de se tornarem criadouros do mosquito.

Imagem 56 – Orientações sobre a dengue para as crianças do Lar espírita Maria Lobato de Freitas, 2016



Fonte: SANTOS. F. O. (2016).

Imagem 57 – Ensinando as crianças do Lar espírita Maria Lobato de Freitas a transformarem os focos, 2016



Fonte: SANTOS. F. O. (2016).

A parceria propiciou um maior envolvimento das UBSF São Jorge II e III com a instituição, resultando em projetos contínuos de prevenção e controle da dengue e uma maior interação entre os agentes comunitários de saúde, agentes de combate à endemias e agentes de saúde escolar no planejamento e execução das ações. Além das atividades relatadas acima, foi realizada a formação de agentes mirins no combate à dengue, propiciando as crianças um maior conhecimento sobre a doença e conseqüente as suas famílias (Imagem 58).

Imagem 58 – Agente mirim no combate à dengue do Lar espírita Maria Lobato de Freitas, 2016



Fonte: SANTOS. F. O. (2016).

Com intuito de estimular a participação da instituição, das crianças e dos pais, foi concretizado um dia de atividades no educandário. Foi realizada exposição de um mostruário do mosquito *Aedes aegypti* e suas fases, com explicação para os alunos (Imagens 59, 60). E ainda, teve o envolvimento da escola municipal Prof. Eurico Silva, também localizada próxima as unidades de saúde, que levou os integrantes do teatro para apresentar a peça de teatro "Xô dengue" (Imagem 61).

Imagem 59 – Mostruário do mosquito *Aedes aegypti* no Lar espírita Maria Lobato de Freitas, 2016



Fonte: SANTOS. F. O. (2016).

Imagem 60 - explicação sobre as fases do mosquito para as crianças do Lar espírita Maria Lobato de Freitas, 2016



Fonte: SANTOS. F. O. (2016).

Imagem 61 – Apresentação da peça de teatro “Xô Dengue” no Lar espírita Maria Lobato de Freitas



Fonte: SANTOS. F. O. (2016).

Foram mostradas aqui, algumas atividades realizadas a partir da parceria entre as UBSF e educandário Lar espírita Maria Lobato de Freitas. Entretanto, cabe ressaltar que as ações continuam sendo desenvolvidas. Nesse processo, as instituições interagem entre si e aprendem a conhecer sua realidade, a refletir e respeitar opiniões e a manejar conflitos que possam vir a surgir. Tudo isso leva as instituições a constituir sua autonomia, conforme sua atuação se amplia.

A UBSF Seringueiras I e II deu início a parceria com a “Associação Cultural Manos do Hip Hop”, uma associação privada de Uberlândia que oferece atividades ligadas à cultura, em especial a dança, que se localiza nas imediações das referidas unidades de saúde. Foi realizada reunião com a instituição com o objetivo de discutir e elaborar as ações (Imagem 62).

A partir das discussões, o grupo optou por realizar, orientações com as crianças e adolescentes que frequentam a instituição, confecção de cartazes e composição de paródias.

Já a UBSF São Gabriel a partir da parceria com a Escola Municipal de Educação Infantil Augusta Maria de Freitas, localizada próxima da unidade de saúde, participou de uma feira de ciências que estava sendo organizada pela referida escola. Nesse dia, convidaram os pais e/ou responsáveis pelas crianças que frequentam a instituição para uma exposição das larvas do mosquito transmissor da dengue, distribuíram panfletos com informações sobre a doença e como evitá-la e foi realizada uma apresentação de teatro sobre o tema (Imagem 63).

Imagem 62 – Reunião com a Associação Cultural Manos do Hip Hop, 2016



Fonte: SANTOS. F. O. (2016).

Imagem 63 – Apresentação de teatro sobre dengue Escola Municipal de Educação Infantil Augusta Maria de Freitas, 2016



Fonte: SANTOS. F. O. (2016).

Cabe enfatizar que várias parcerias e ações de combate à dengue foram realizadas a partir das UBSF e UBS, com a iniciativa dos agentes comunitários de saúde, agentes de combate à endemias e agentes de saúde escolar, sob a coordenação da enfermeira das respectivas unidades. Entretanto não foi possível acompanhar todas as atividades, devido a quantidade de unidades de saúde e também porque muitas ações foram desenvolvidas ao mesmo tempo, o que impossibilitou o acompanhamento.

A partir da mobilização das unidades de saúde com sua equipe (ACS, ACE, ASE), sob a coordenação das enfermeiras e da sua relação com as instituições de ensino foi realizado no dia 10 de março de 2016 em todas as escolas da rede

municipal de Uberlândia o “Dia A contra a Dengue”. Neste dia, todas as escolas se mobilizaram para realizar alguma atividade sobre a temática dengue por um momento. Nesta hora, as aulas foram interrompidas para a concretização das atividades planejadas. As ações realizadas variaram de acordo com cada instituição e foi esquematizada pela própria escola com auxílio dos agentes comunitários de saúde, agentes de saúde escolar, agente de combate a endemias e suas respectivas unidades de saúde.

Na escola municipal Prof. Otávio Batista Coelho Filho as aulas foram interrompidas e os professores iniciaram uma conversa com os estudantes sobre as formas para eliminar os focos do mosquito *Aedes aegypti* (Imagem 64). Também foi entregue para os estudantes um bilhete para os pais e/ou responsáveis alertando-os sobre a importância de cuidar da limpeza dos quintais para eliminação dos criadouros do mosquito (Imagem 65).

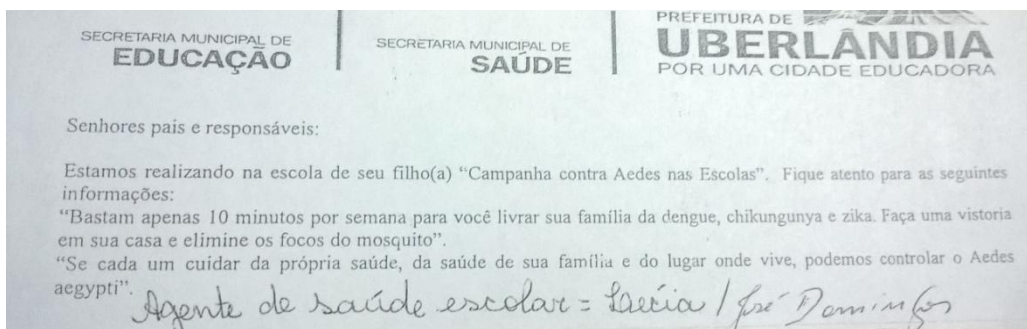
Imagem 64 – Conversa com os estudantes sobre como eliminar os focos do mosquito transmissor da dengue, março de 2016



Fonte: LEMO, M. A. (2016).

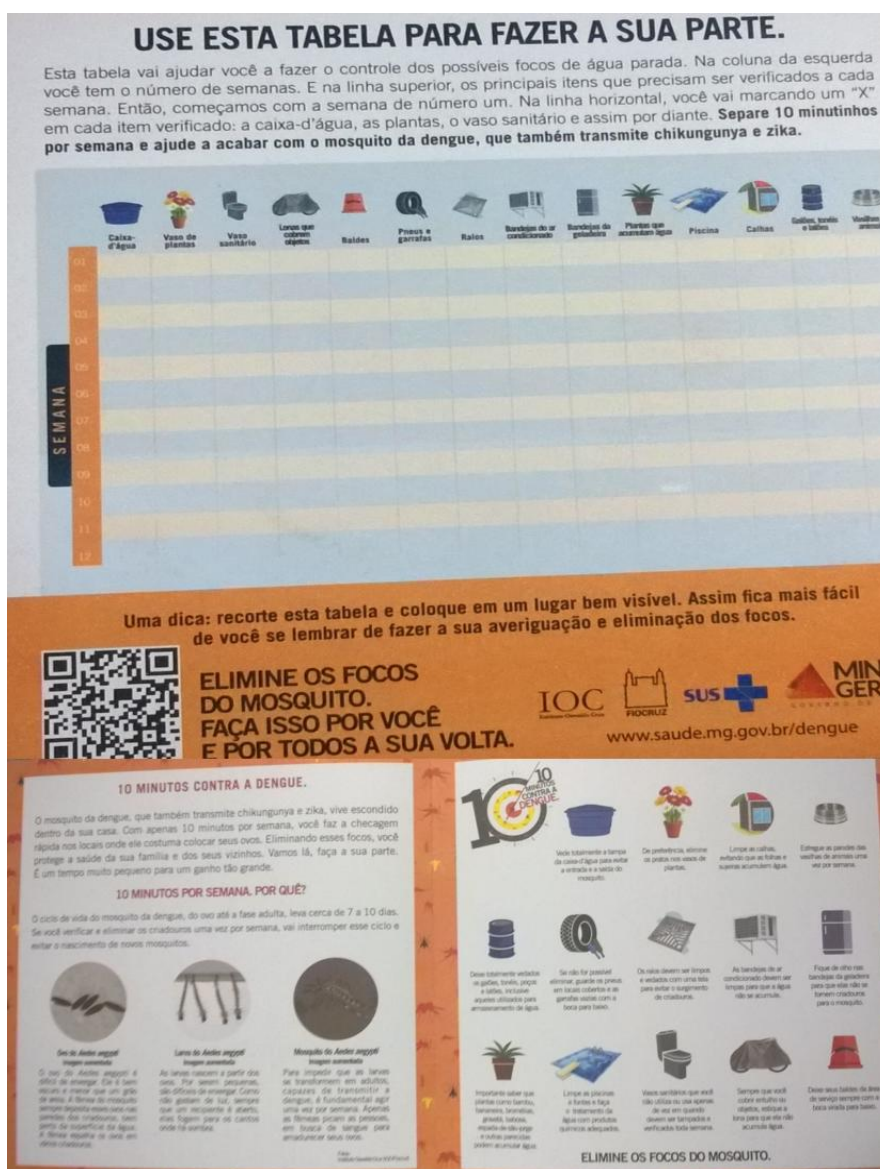
Uma professora da instituição e o agente de saúde escolar percorreram todas as salas e entregaram panfletos com explicações sobre como eliminar os criadouros do mosquito transmissor da dengue. O referido panfleto continha algumas questões que foram respondidas pelos alunos com o auxílio e a supervisão da professora e do agente de saúde escolar (Imagem 66).

Imagem 65 – Bilhete enviado aos pais e/ou responsáveis, março de 2016



Fonte: Escola Municipal Prof. Otávio Batista Coelho Filho (2016).

Imagem 66 – Panfleto distribuído aos estudantes, março de 2016

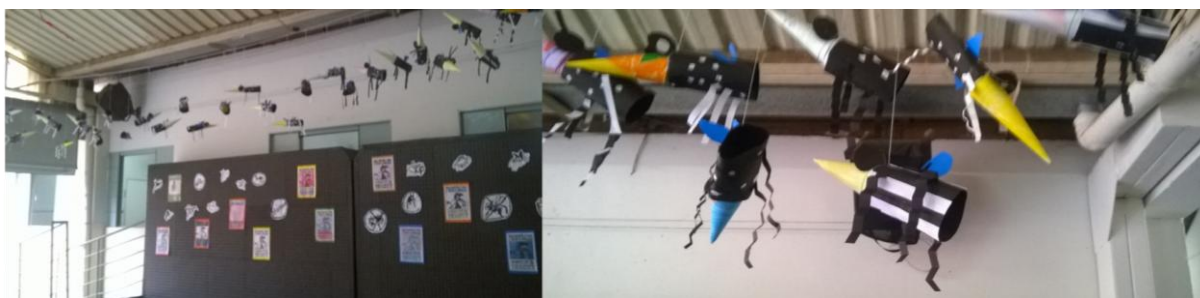


Fonte: Escola Municipal Prof. Otávio Batista Coelho Filho (2016).

Neste dia, também foi iniciado na referida escola a formação de um comitê de mobilização contra a dengue. Foi solicitado aos estudantes interessados em participar do referido comitê que preenchessem o formulário e posteriormente entregasse para a professora para oficializar sua adesão. O comitê será criado com a participação de alunos, pais e professores, para organizar eventos e manter o combate à dengue em pauta.

Já na escola municipal Guarda Antônio Rodrigues do Nascimento, a diretora ressaltou que as atividades sobre a dengue e outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* estão sendo realizadas desde o início do ano letivo de 2016 e ocorrem durante as aulas. Ainda, segundo ela, o tema foi inserido para debate em todas as disciplinas e a escola foi decorada com os trabalhos realizados pelos alunos sobre a temática (Imagem 67).

Imagem 67 – confecção de material sobre dengue realizados pelos estudantes, 2016



Fonte: SILVA, A. N. (2016).

O “Dia A contra a Dengue” na escola municipal Guarda Antônio Rodrigues do Nascimento, foi proveitoso porque possibilitou a integração dos alunos e professores, além de oportunizar a exposição dos trabalhos realizados até o momento por cada turma. As atividades foram coordenadas pelas professoras de literatura, linguagem, educação física e artes.

A primeira apresentação foi a leitura de um texto sobre a dengue, onde os alunos ressaltaram a importância da participação de todos no combate ao mosquito e também falaram de outras doenças, como: febre amarela, zika e chikungunya (Imagem 68).

Imagem 68 – Apresentação de texto sobre a dengue realizada por estudante, março de 2016



Fonte: SILVA, A. N. (2016).

Outras turmas apresentaram jograis (declamação de poemas ou canções por um coro, alternando entre o canto e a fala) elaborado pelos próprios estudantes, que enfatizavam a importância da participação de todos no combate ao mosquito *Aedes aegypti*. (Imagem 69). E ainda, teve a apresentação da composição de paródia de rap sobre a temática, realizada pelos próprios alunos com o auxílio dos professores. Nesse momento os discentes participaram de maneira mais ativa no evento (Imagem 70).

Imagem 69 – Apresentação de jograis elaborado pelos estudantes, março de 2016



Fonte: SILVA, A. N. (2016).

Imagem 70 – Apresentação de paródia elaborada pelos estudantes, março de 2016



Fonte: SILVA, A. N. (2016).

Pela observação das atividades realizadas na escola municipal Guarda Antônio Rodrigues do Nascimento no “Dia A contra a Dengue”, foi possível notar o empenho e envolvimento dos professores e alunos com a temática desde o início do ano letivo. As apresentações abordaram a responsabilidade que cada um tem na minimização dos focos do mosquito e conseqüentemente a diminuição dos casos da doença. Os alunos estavam bem dedicados e eufóricos durante as apresentações, e segundo a direção da escola as atividades vão continuar durante o decorrer do ano.

Na Escola Municipal Professor Milton Magalhães Porto, a mobilização do “Dia A contra a Dengue”, se deu por meio de apresentação de uma peça de teatro. Um grupo de cinco alunos entrou em todas as salas de aulas, acompanhados de uma professora, encenando a história da baratinha que recebia a visita de um “amigo ilustre”, o mosquito *Aedes Aegypti* (Imagem 71).

A cena foi bastante informativa. Contou sobre quão ansiosa estava a baratinha para receber seu amigo e o quanto desesperada ficou ao descobrir como ele era nocivo à saúde; confirmado pela história de uma outra personagem que havia recebido a visita do mosquito e ficou um tempo adoentada. Em todas as salas, a cena foi bem recebida pelas crianças e também pelas professoras, que observavam atentas. Ao final da apresentação foi realizado um questionamento a respeito de quem deles chegaria em casa e daria uma vistória no quintal para evitar a presença do mosquito e, a resposta das crianças foram unânimes, todos levantaram o braço dizendo que o fariam.

Imagem 71 – Apresentação de peça de teatro, março de 2016



Fonte: CRUZ, J. C. V. (2016).

Além da encenação nas salas de aula, foram realizadas apresentações para todos os servidores. Ao final, as coordenadoras fizeram uma exposição do projeto contando sobre como foi a preparação e a sensibilização feita com as crianças. Relataram que antes da apresentação da cena, foram efetivadas sensibilizações com todas as crianças, apresentando-lhe vídeos sobre o ciclo de vida evolutivo do mosquito. Disseram ainda que envolveram as famílias, discutindo sobre a questão do mosquito e da doença.

O Governo Federal, com o intuito de estimular o desenvolvimento de ações de combate ao *Aedes aegypti* na comunidade escolar com apoio das equipes de saúde e educação, através do Programa Saúde na Escola nos municípios brasileiros selecionou um conjunto de relatos de experiências, entre os mais de mil que recebeu de todo o Brasil. Entre estes, foi selecionado o relato de uma das ações desenvolvidas pela escola municipal Prof. Eurico Silva, em Uberlândia.

A escola teve a publicação do resumo em um Guia de Relatos de Experiências, que teve como finalidade fornecer um conjunto de atividades capazes de estimular e enriquecer o trabalho educativo dos profissionais de saúde e de educação para que, juntamente com estudantes e comunidade, promovam a prevenção, a identificação e a eliminação dos focos do mosquito, além de incentivar

a adoção de práticas sanitárias e sociais que podem coibir a propagação das doenças transmissíveis e minimizar os agravos à saúde (Figura 16).

Figura 16 – Publicação de relato de experiência de ação de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Título: Projeto de Mobilização Social contra a Dengue

Responsável: Flóvia Queirós de Araújo Maciel

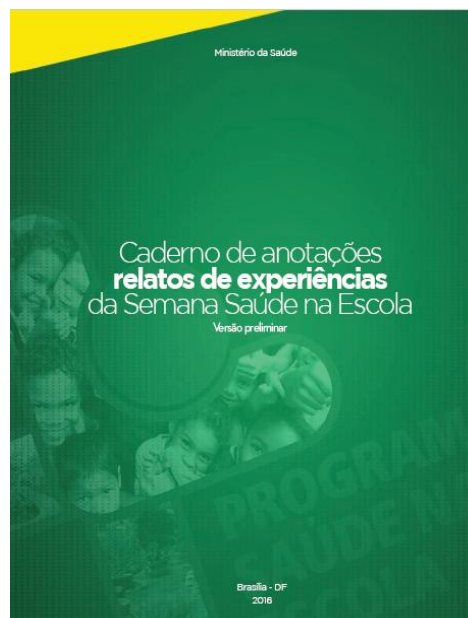
Município/UF: Uberlândia - MG

Escola: Escola Municipal Professor Eurico Silva

Etapas de ensino: Ensino Fundamental e Educação de Jovens e Adultos (EJA)

Público envolvido: estudantes, equipe escolar, comunidade e Universidade Federal de Uberlândia (cursos técnicos: Controle Ambiental e Meio Ambiente - PROEJA da Escola Técnica de Saúde (ESTES) e Instituto de Geografia)

Experiência: o "Projeto de Mobilização Social contra a Dengue" surgiu da parceria entre a Escola Municipal Professor Eurico Silva e a Universidade Federal de Uberlândia. Pensou-se em uma forma descontraída para tratar o assunto da dengue e chamar a atenção para a importância da eliminação de criadouros com um trabalho teatral interdisciplinar com os estudantes que participam do Programa Mais Educação, monitores e professora comunitária. Os estudantes escreveram o roteiro do espetáculo com a orientação do monitor da oficina de Orientação de Estudos e Leitura, que trabalha a linguagem teatral, e confeccionaram o figurino do mosquito e o cenário com auxílio de monitoras na oficina de artesanato. Na peça, nomeada "Xô, Dengue", o grupo vai à caça do mosquito que picou um casal de idosos. Na casa deles, há vários focos com água parada, pois o casal acreditava que isso não era um problema. No entanto, acordam com sintomas da dengue e se dão conta que existem vários focos pela casa. Com o diagnóstico confirmado pelo posto de saúde, o casal recebe os agentes de controle da dengue, que combatem os mosquitos. Toda a encenação conta com artistas mirins, muitas músicas e paródias, provando que cinco minutos são suficientes para ficar livre do mosquito. O espetáculo "Xô, Dengue" repercutiu positivamente na comunidade escolar e na cidade de Uberlândia pela estratégia chamativa do teatro, em que as crianças encantaram as pessoas por retratar um tema tão importante.



O relato apresenta uma breve explicação de como surgiu a iniciativa da peça de teatro “Xô Dengue”, que teve como objetivo mobilizar a comunidade escolar sobre a importância do combate ao mosquito transmissor da dengue.

O ministério da Saúde e Ministério da Educação almeja que a publicação do Guia de Relato de Experiências amplie o reconhecimento das ações planejadas e executadas no âmbito do Programa Saúde na Escola, além do fortalecimento da integração e articulação entre os setores da Saúde e da Educação no nível local (BRASIL, 2016).

Como reconhecimento pelo trabalho realizado, em abril de 2016, a escola municipal Prof. Eurico Silva, recebeu a visita de um representante do Ministério da Educação que veio ver de perto a iniciativa da escola no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e assistir apresentação da peça de teatro “Xô Dengue” (Imagem 72).

Imagem 72 – Visita do representante do MEC na escola municipal Prof. Eurico Silva, abril de 2016



Fonte: SANTOS, F. O. (2016).

Percebe-se pelo relato das atividades desenvolvidas que houve um envolvimento das escolas na mobilização contra a dengue. Isso porque as Unidades de saúde veem na escola uma possibilidade de adesão e receptividade com relação aos projetos. Além disso, a escola é um local que agrega, além de estudantes,

famílias, professores e demais servidores, o que permite uma abrangência maior de público nas ações. E ainda, a maior interação entre as UBSF e escola e vice-versa, possibilitou o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde para o controle da dengue mais efetivas.

Regis et. al (1996) já enfatizava a escola como espaço privilegiado para alcançar o envolvimento da população no controle de vetores e elencou alguns motivos, tais como: na escola espera-se ter representantes da maioria das famílias locais; maior possibilidade de materiais didáticos que favoreçam a abordagem nas disciplinas; oportunidade de aproximar a escola de um problema existente na comunidade, nesse caso, a dengue; as mudanças de atitudes ocorrem mais facilmente em crianças e adolescentes; possibilidade de incorporação do tema ao conteúdo programáticos de algumas disciplinas.

Donalisio; Alves; Visockas (2001) enfatizam que a escola além de ser importante na difusão de informações sobre a dengue, também é fonte geradora de conhecimentos. As atividades educativas tornam-se otimizadas quando ocorrem nessas instituições, já que possuem bom rendimento e baixo custo. Nesse sentido, cabe destacar que as parcerias entre as instituições de educação e saúde constitui um importante caminho para o controle da dengue e de outros agravos à saúde.

CONCLUSÃO

Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses que-fazerem se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indaguei. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo (FREIRE, 1996, p. 16).

Sabe-se que as instituições de saúde e educação têm como uma das premissas o desenvolvimento integral do ser humano. Com base nessa afirmação os Programas existentes no âmbito da promoção da saúde, tanto na escola como na Atenção Básica à saúde, tais como, Programa Saúde na Escola e o Programa Mais Educação ressaltam a importância do trabalho articulado entre os setores da educação e saúde e o envolvimento da comunidade para prevenção e promoção da saúde no território. Entretanto, essa articulação raramente acontece, prevalecendo ações de saúde desenvolvidas de modo desarticulado, sem considerar o contexto em que estão inseridos os sujeitos e a comunidade, perpetuando o modelo biomédico.

Faz-se necessário o entendimento e/ou fortalecimento das ações de promoção da saúde a partir das escolas e das Unidades de Saúde da Família por meio de processos de trabalho que incentivem a participação e o empoderamento dos sujeitos, da comunidade e das próprias instituições. Mas, a realidade atual ainda é formada por práticas isoladas, o que pressupõe um conhecimento limitado sobre o que realmente é promoção da saúde; e ainda, que o modelo de saúde hegemônico que determina o processo de trabalho e as ações de saúde é o biomédico, medicalizante e curativista.

Entendendo que seria possível enfraquecer esse modelo biomédico e até mesmo substituí-lo por um modelo de saúde que considerasse a Determinação Social da Saúde estabeleceu-se a necessidade de pensar e desenvolver outras formas de promover a saúde no território. A atenção individual, com o uso de medicamentos quando necessário é importante, mas a pesquisa mostrou que é possível tratar as doenças e ao mesmo tempo aliar estratégias diferenciadas de prevenção e promoção da saúde, para efetivar a integralidade na atenção, envolvendo além do indivíduo, a família, a comunidade, instituições públicas e

sociais. Assim, esse estudo conseguiu demonstrar que é possível através de mobilização comunitária e intersetorialidade realizar prevenção e promoção da saúde no território, com ações articuladas, partindo da escola e da UBSF.

As estratégias utilizadas na pesquisa possibilitaram uma aproximação maior entre as instituições de ensino e saúde e ainda permitiu que outros segmentos da sociedade (ONGs, igrejas, associações, dentre outras) se envolvessem nesse processo, constituindo o que chamamos de redes comunitárias.

A experiência do Observatório da Saúde implantado na Escola Municipal de Ensino Fundamental Prof. Eurico Silva apresentou um contraponto ao Programa Saúde na Escola, ampliando-lhe as ações e a estratégias para realmente prevenir doenças e produzir saúde.

No Observatório da Saúde, com os grupos de trabalho “Alimentação Saudável”, “Mundo sem Drogas” e posteriormente o “Grupo Dengue”, ficou evidente que é possível desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde que envolvam os sujeitos da escola, e a partir deles as famílias e a comunidade.

Os agentes de Saúde na Escola e o coordenador do Programa assumiram papéis importantes na aproximação entre escola e a UBSF. No caso de se replicar a experiência do Observatório da Saúde para as demais escolas de ensino fundamental do município se deve mantê-los como peças chaves, não só para a estruturação do Observatório, mas também para ajudar na articulação da intersetorialidade entre educação e saúde.

Também, há que se valorizar a participação do diretor da escola e da professora comunitária do Programa Mais Educação, sem os quais as ideias desta pesquisa não seriam concretizadas, exatamente desta forma. A professora comunitária, atuou como facilitadora e estimulou o protagonismo juvenil dos alunos nas ações de prevenção e promoção da saúde realizadas pelo Observatório da Saúde.

Entendemos que parte do sucesso desta pesquisa está fundado nesta parceria. Foi por aí que tudo começou, com esses apoios e a participação dos alunos que vinham à escola no contraturno, para desenvolver as atividades do Observatório da Saúde. Neste ponto ressalta-se também a participação de outros sujeitos como professores, pais, voluntários da comunidade e estagiários da

Universidade. Mas acima de tudo está o protagonismo juvenil, em que a liderança e força do trabalho do Observatório foram deixadas com os alunos, apoiados e supervisionados pela professora comunitária do Programa Mais Educação.

A aproximação da escola e a unidade de saúde para juntas pensar a saúde no território e a construção das redes comunitárias para a promoção da saúde foi a espinha dorsal desta experiência. Tudo isso já é preconizado no Plano Nacional de Atenção Básica, mas raramente se efetiva essa articulação entre as unidades de saúde e as escolas para a prevenção e promoção da saúde no território.

As instituições sociais foram chamadas a conhecer e a participar do Observatório, no início dessa pesquisa-ação, mas as redes comunitárias somente ganharam expressão quando esse movimento também passou a ser coordenado a partir das unidades de saúde.

A instituição das redes comunitárias permitiu vislumbrar oportunidades para o estabelecimento de ações solidárias e parcerias estratégicas para potencializar o impacto dos projetos de prevenção e promoção da saúde e, por conseguinte uma melhor qualidade de vida para a população. Com toda a certeza, serviu também para repensar os processos de trabalho e a reorganização das unidades de saúde.

O papel das enfermeiras coordenadoras das UBSF foi extremamente importante na liderança das equipes que se constituíram em cada unidade de saúde, compostas por ACS, ACE e ASE e o curso de capacitação foi fundamental para alinhamento conceitual e definição das estratégias de ação das equipes. Sem o envolvimento das enfermeiras haveria grande dificuldade para o trabalho articulado e integrado dos agentes de saúde, que foram protagonistas nas ações que partiam das unidades de saúde, assim como os alunos o foram nas ações que partiam da escola.

Há um elemento, de certa forma inusitado nesta articulação dentro das UBSF que é a presença do Agente de Combate à Endemias, que se explica, em primeiro lugar, pela definição das ações que se voltavam para o combate ao *Aedes aegypti* e o controle da tríplice carga epidemiológica, a dengue, a chikungunya e a Zika. Isto no princípio gerou conflitos e a necessidade de definição clara dos papéis

que deveriam ser desempenhados, tanto pelo ACS e quanto pelo ACE. A partir de um acordo mínimo, estabelecido no curso de capacitação, o trabalho se iniciou.

A permanência do ACE nas equipes de saúde da família está sendo proposta, para ajudar não só para o controle do *Aedes aegypti* mas também para ajudar no desenvolvimento de ações de vigilância em saúde e o mapeamento de áreas críticas e de vulnerabilidade social no território. Para isso, será necessário continuar redefinindo os papéis desses agentes de saúde e os processos de trabalhos que devem estar baseados em princípios de cooperação e solidariedade, para a melhor saúde da população.

Sem o apoio das diretorias de redes de atenção à saúde, mais especificamente da coordenação da atenção básica e da diretoria de vigilância em saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia, com certeza essa pesquisa-ação teria trilhado por outros rumos. A avaliação positiva da experiência por parte da gestão municipal da saúde faz crer que a implantação desse projeto vai continuar aperfeiçoando a estratégia, reduzindo os conflitos, fortalecendo a concepção de promoção da saúde, que se faz no território, com intersetorialidade e mobilização comunitária.

Nesta pesquisa, foi possível demonstrar que a construção de redes comunitárias é um passo importante para uma ação consequente de promoção da saúde, comprometendo as instituições públicas e os agentes sociais da comunidade e os próprios indivíduos com a sua saúde, a saúde de sua família e o lugar onde vive, com um projeto de construção da vida saudável, reduzindo riscos e vulnerabilidades, atenuando a determinação social da saúde.

Reconhecemos que ainda há uma grande discrepância entre o debate teórico e prática no campo da saúde, e que os conceitos e as diretrizes dos órgãos nacionais e internacionais continuam com dificuldades de fazer eco no cotidiano e nos processos de trabalho, nas unidades de saúde. É preciso incluir, como tarefa diária o pensar e o fazer promoção da saúde, redesenhando permanentemente um projeto de saúde no território, em que não prevaleça o modelo higienista/sanitarista, mas que tenha a predisposição de buscar alternativas para a saúde dos indivíduos e da população, com práticas que incluam a participação da comunidade.

Entendemos que construção de redes comunitárias constituem-se uma referência fundamental ou o caminho para a instituição de uma proposta de promoção da saúde que parte da identificação da realidade concreta do território, com a identificação dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e populações.

Para que a escola e a unidade de saúde possam desempenhar papel fundamental nisto, é preciso que os profissionais da educação e os profissionais da saúde estejam alinhados com um modelo de educação e um modelo de saúde comprometidos com a transformação da realidade social dos sujeitos, em busca de uma melhor condição de vida e de saúde. Por isso, há que se aprender fazendo, na experiência da construção coletiva inspirada na proposta por Paulo Freire: "quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender"; e ainda na inspiração do filósofo: "o caminho se faz ao caminhar".

As estratégias adotadas nessa pesquisa oferecem uma nova perspectiva e possibilidades de desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde a partir das Unidades Básicas de Saúde da Família e da escola no território em que as mesmas estão inseridas, mas considera-se que a magnitude e a complexidade das questões apresentadas nesta pesquisa representam desafios que devem ser enfrentados por uma gestão municipal comprometida com a governança intersetorial e participativa, que estabeleça políticas públicas que enfrentem na prática e nos processos de trabalho das unidades de saúde o modelo de saúde hegemônico, que a saúde esteja em todas as políticas, políticas saudáveis.

Promover a saúde implica em criar estratégias que possibilitem a superação de práticas pontuais e fragmentadas, implementar ações intersetoriais, desenvolver a co-responsabilização entre governo e comunidade, garantindo a resolutividade das ações, e das propostas de desenvolvimento local e criação de territórios saudáveis, para uma melhor saúde dos indivíduos e populações, com melhor qualidade de vida.

Cabe ressaltar que as reflexões e as estratégias adotadas neste trabalho partem de realidades específicas, que possuem particularidades em contextos que possuem uma dinâmica de relações sociais próprias, marcadas por no tempo e no espaço; neste caso, a Escola Municipal Professor Eurico Silva, e as unidades de saúde do município de Uberlândia. Não se pode tomar esta experiência como

modelo fechado para ser implantado em qualquer outro lugar. Embora muitas das atividades concretizadas nesta pesquisa-ação possam ser realizadas em outros contextos, este estudo deve servir apenas como ponto de partida para o debate e a reflexão, para apontar uma direção. Mas, aos primeiros passos, todos saberão que o caminho deve ser construído na caminhada, que juntos nos fortalecemos e que a dureza do caminho fortalece os pés.

A maior conclusão deste trabalho é que nada está pronto e acabado quando se trata de promoção da saúde, e que esse conceito está sempre sendo reconstruído, na relação dialética entre teoria e prática.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. F. et al. O projecto nacional de educação pelos pares da fundação portuguesa “a comunidade contra a sida” em escolas eb2/3 do Porto. **Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia**. Braga: Universidade do Minho, 2009.

ALBUQUERQUE, M. F. M. Debate sobre o artigo de Czeresnia & Ribeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, 612 - 613, 2001.

ALMEIDA FILHO, A. J. et al. O adolescente e as drogas: conseqüências para a saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, dez, 11 (4), p. 605 – 610, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a08>>. Acesso em: 11 de maio de 2016

ALVES, M. A. Reterritorialização da estratégia saúde da família em Uberlândia: ações a partir do território de vida, seus fixos e fluxos. **Tese** (Doutorado em Geografia). Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia, 2014.

ANJOS, K. F.; SANTOS, V. C.; ALMEIDA, O. S. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes escolares. **Rev.Saúde.Com**; 8(2), p. 20-31, 2012. Disponível em: < <http://www.uesb.br/revista/rsc/v8/v8n2a03.pdf>>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

ARAÚJO. A. J. Tabagismo na adolescência: Por que os jovens ainda fumam? **J Bras Pneumol**, 36(6), p. 671-673, 2010. Disponível em < http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=1106>. Acesso em: 11 de maio de 2016

ASSIS, M. M. A. et al. Perfil socioprofissional dos gestores e das equipes de saúde da família versus princípios de educação permanente em Saúde. In: ASSIS, M. M. A., et al. (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 180 p., 2010. Disponível em : <<http://static.scielo.org/scielobooks/xjcw9/pdf/assis-9788523208776.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

ASSOCIAÇÃO CIDADE ESCOLA APRENDIZ. MELO. **Educação Comunitária: trilhas educativas**. PEREIRA NETO, M. et al (Orgs.). CIPÓ Produções. [2007?]. Disponível em: < <http://www.cidadeescolaaprendiz.org.br/publicacoes/>>. Acesso em: 2 de março de 2016.

BARATA, R. C. B. A historicidade do conceito de cause. In: **Textos de apoio**. Epidemiologia. Rio de Janeiro, Pec/Ensp/Abrasco, 1985.

BARCELLOS, C. História e tendências da geografia da saúde. In: Barcellos C. (Org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro, Abrasco, 2008.

BARBOSA, M. S. S. O papel da escola: obstáculos e desafios para uma educação transformadora. 2004. 234 f. **Dissertação** (Mestrado em Educação) – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Movimentos Sociais e Educação – TRAMSE, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6668/000488093.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

BARRETO, V. M.; MONASTIRSKY, L. B. A dialética entre território e cultura na formação histórico-geográfica, uma discussão teórica: breve abordagem sobre o distrito de Guaragi. **Revista IdeAS**, v. 4, n. 2, p. 307-327, 2010.

BATISTELLA, C. Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 121-158, 2007.

BECKER, D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 117 f. **Dissertação** (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

BOCCALETTO, E. M. A.; VILARTA, R. **Diagnóstico da alimentação saudável e atividade física em escolas municipais de Hortolândia/SP**. Campinas, SP: IPES Editorial, 2006. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000386113>. Acesso em: 04 abril 2016.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 5692**. Brasília, 1996a.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394**. Brasília, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília, 2005, 16 p.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria da Educação Fundamental. **Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Infantil**. Brasília, 1997a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>. Acesso em: 26 outubro 2011.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: saúde / Secretaria de Educação Fundamental**. Brasília: MEC/SEF, 1998. 156 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. **O trabalho com grupos e a elaboração de material educativo em conjunto com a população:** as DST/AIDS no cotidiano das mulheres. Porto Alegre: Coordenação Nacional de DST/AIDS/UNESCO, 2001, 564p.

_____. Secretaria da Educação Fundamental. **Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Infantil.** Brasília, DF, 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/volume2.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Gestão da educação escolar** / Luiz Fernandes Dourado, – 4 ed. atualizada e revisada – Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso / Rede e-Tec Brasil, 2012, 102p.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. **O trabalho com grupos e a elaboração de material educativo em conjunto com a população:** as DST/AIDS no cotidiano das mulheres. Porto Alegre: Coordenação Nacional de DST/AIDS/UNESCO, 2001, 564p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE:** Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/oai-bvs-ms-ms-32578>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

_____. **Ministério da educação.** 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>. Acessado em: 11/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:** primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/odonto/saude_coletiva/3_1_manual_instrumento_avaliacao.pdf>. Acessado em: 09 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 68 p.: il, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Instrutivo PSE** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da educação. Secretaria de Educação Básica. **Diretoria de Currículos e Educação Integral**. BRASÍLIA – DF. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=16689&Itemid=1115>. Acessado em: 10/02/2013.

_____. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. In: SARAIVA et. al. (Orgs). **Vade Mecum Saraiva**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 24 maio 2016.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Diretoria de Educação Integral, Direitos Humanos e Cidadania. **Programa Mais Educação – Passo a Passo**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/programa-mais-educacao/publicacoes>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

_____. **Programa Mais Educação: gestão intersetorial no território**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf>. Acesso em: 02 março 2016.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais 5ª a 8ª Séries. **Temas Transversais Saúde**. Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/par/195-secretarias-112877938/seb-educacao-basica-2007048997/12657-parametros-curriculares-nacionais-5o-a-8o-series>>. Acesso em: 02 março 2016.

_____. Ministério da Educação. Plataforma de Indicadores. **Programa Mais Educação**. Disponível em: <<http://pgi.gov.br/pgi/indicador/pesquisar#>>. Acesso em: 01 março 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portal Brasil**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/orcamento-2015-para-acoes-de-combate-a-dengue-cresce-37>>. Acesso em: 18 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de anotações - relatos de experiências da semana saúde na escola** – Contribuições de troca de experiências de ações de identificação e eliminação dos focos do mosquito *Aedes aegypti*, associadas a atividades de educação em saúde ambiental para a promoção de ambientes saudáveis, que estão sendo desenvolvidas pelo Brasil afora. 34 p. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.121, de 18 de dezembro de 2015**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt2121_18_12_2015.html>. Acesso em: maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Nota Técnica para gestores do Sistema único de Saúde e Equipes de Atenção Básica: ações da atenção básica visando ao enfrentamento do *Aedes aegypti***. 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2125>. Acesso em: maio de 2016.

BRASÍLIA. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/E**. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em: 02 abril 2016.

BRITO, I. Promoção da saúde nos jovens utilizando a educação pelos pares – Intervenção com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. *Enfermagem e o cidadão*, **Jornal da secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros**, ano 7, n.º 19, pp. 6-9, 2009.

BRITO, I., et al. Antes que te queimes: educação pelos pares em contexto recreativo. **INFAD Revista de Psicologia**, nº 1, p. 329-338, 2008.

BUSS, P. M. Saúde e Qualidade de vida. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. **Política de saúde e inovação institucional**. São Paulo: ENSP, 1996.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

_____; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** [online], vol. 17, n. 1, p. 77 – 93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100006>. Acesso em: 01 fev. 2016.

_____; FERREIRA, J. R. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>. Acesso em: 26 outubro 2011.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, vol. 41 n.1, São Paulo, Fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100009>. Acesso em 15 de maio de 2016.

CAMPO J. A. D. B. et al. Consumo de álcool entre estudantes do ensino médio do município de Passos – MG. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4745 – 4754, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/23.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo, Hucitec, 1991.

CARDOSO, M. A.; LARA, A. M. B. Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, IX.; Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, III., 2009, PUCPR. **Sobre as funções sociais da escola**. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/1929_1160.pdf. Acesso em: 02 fev. 2016.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. **Psicol. Esc. Educ.** vol.18 no.1 Maringá Jan./June 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572014000100003>. Acesso em: 3 abril 2016.

CARVALHO, A. I. Desenvolvimento recentes em conceitos e métodos e práticas da promoção da saúde. In: Buss, P. M. et al. **Promoção da saúde e a Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1998.

CARVALHO, S. M. Promoção da saúde: possibilidades e responsabilidade de todos. **Jornal Lince**. Ano 2, n. 18, Junho de 2008. Disponível em <<http://www.jornalolince.com.br/2008/jun/saude/promocaosaude.php>>. Acesso em: 02 março 2016.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004.

CASTRO, J. M.; REGATTIERI, M. (Org.). **Interação escola-família: subsídios para práticas escolares**. Brasília: UNESCO, 104 p., MEC. 2009,

CERETTA, D. R. et al. Grupo de educação em saúde como ferramenta de trabalho com agentes comunitários de saúde: prevenção da hanseníase. **Revista de Enfermagem**, v.8, n. 8, p. 208-217, 2012. Disponível em: <

<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/viewFile/487/888>>. Acesso em: 18 de maio de 2016.

CERQUEIRA, M. T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina**: un análisis sectorial. Genebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p.7-48.

CHIARAVALLOTI NETO, F. O Programa de Controle do Dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. **Cad. Saúde Pública**, vol.23 no.7 Rio de Janeiro, Julho, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700017>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4):887-896, jul-ago, 2001. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400022>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

CHRISTAKIS, N. A. **O poder das conexões**: a importância do networking e como ele molda nossas vidas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COLEGIADO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DO ESTADO DE MINAS GERAIS (**COSEMS - MG**). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3APrograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>. Acessado em: 10/08/2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS; 2011.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) **Textos de apoio em política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família**: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e diferença entre prevenção e promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

DANTAS, G. C. S. "Gorduras Trans". **Brasil Escola**. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/saude/gorduras-trans.htm>>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

Dicionário online de português. Disponível em: < <http://www.dicio.com.br/estande/>>. Acessado em : 10 janeiro 2015.

DINIZ, M. C. P.; OLIVEIRA, T. C.; SCHALL, V. T. “saúde como compreensão de vida”: avaliação para inovação na educação em saúde para o ensino fundamental. **Revista Ensaio**. Belo Horizonte, v.12, n.01, p.119-144, jan-abr, 2010. Disponível em: < <http://www.portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/ensaio/article/viewFile/264/332>>. Acesso em: 02 março 2013.

DONALISIO, M. R.; ALVES, M. J. C. P.; VISOCKAS, A. Inquérito sobre conhecimentos e atitudes da população sobre a transmissão do dengue - região de Campinas São Paulo, Brasil – 1998. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 34: 197-201, mar-abr, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a08v34n2.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

EL SALVADOR. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Guía para la implementación de redes comunitarias para la promoción y atención integral de la salud de los y las adolescentes y jóvenes** / Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. -- 1a.ed,- -San Salvador, El Salv. : OPS, 2007.

ENNE, A. L. S. Conceito de rede e as sociedades contemporâneas. **Comunicação e Informação**, V 7, nº 2: pág 264 - 273. - jul./dez.2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ci/v30n1/a09v30n1.pdf>>. Acesso em: 24 março 2016.

ESTIMA C. C. P. Consumo de bebidas e refrigerantes por adolescentes de uma escola pública. **Rev Paul Pediatr** 2011, 29(1): 41-45. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n1/07.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

FAY, R.W.; ELIASON, D.A. A preferred oviposition site as surveillance method for *Aedes aegypti*. **Mosquito News**, v.26, n.4, p. 531-535, 1966. Disponível em: http://www.biodiversitylibrary.org/content/part/JAMCA/MN_V26_N4_P531-535.pdf . Acesso em 03/03/2014.

FARIA, T. C. L. Reflexões sobre a implantação do programa mais educação na rede municipal de ensino do Natal, RN. **Quipus** – Revista Científica das escolas de comunicação e artes e educação. Universidade Potiguar. Ano 1, nº 1, dez. 2011 / maio 2012. Disponível em: < <https://repositorio.unp.br/index.php/quipus/article/view/58>>. Acesso em: 01 março 2016.

FELIX, W. O Programa Saúde na Escola em escolas municipais de Uberlândia – MG. 171 f. **Dissertação** (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

FERNANDEZ, J. C. A; MENDES, R. **Promoção da Saúde e Gestão Local**. São Paulo. Editora Hucitec/Cepdedoc Cidades Saudáveis, 2007, 147 p.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, S. S. Intersetorialidade e políticas públicas. In: TV ESCOLA/SALTO PARA O FUTURO. Educação integral e intersectorialidade. Ano XIX – Nº 13 – Outubro/2009. Disponível em: <<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000012175.pdf>>. Acesso em 24 de maio de 2016.

FRACOLLI, L. A.; ALMEIDA, E. Z. de. Teoria e prática da promoção da saúde: as concepções dos agentes comunitários de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 35(2):137-144, 2011. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/84/137-144.pdf>. Acesso em: 17 de maio de 2016.

FRANCO, M. A. S. Pesquisa-ação: a produção partilhada do conhecimento. In: SILVA, L. C.; MIRANDA, M. I. (Org.). **Pesquisa-ação**: uma alternativa à práxis educacional. Uberlândia: EDUFU, 2012

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 1996.

_____. **Pedagogia da autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, M. C., PORTO, M. F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FUCHS, A. M. S.; FRANÇA, M. N.; PINHEIRO, M. S. F. **Guia para normalização de publicações técnico-científicas**. Uberlândia: EDUFU, 2013.

FUGIMOTO, G; SARMENTO, L. F. Redes comunitárias: parcerias para formação de capital social. **Boletim Interfaces da Psicologia da UFRuralRJ** – 1º Seminário – Ano 2007. Disponível em: <Boletim Interfaces da Psicologia da UFRuralRJ – 1º Seminário – Ano 2007>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

GADOTTI, M. **A escola e o professor**: Paulo Freire e a paixão de ensinar. 1. ed. São Paulo: Publisher Brasil, 2007.

GODIN, G. M. M. et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GOHN, M. da G. Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na América Latina. **Caderno Crh**, Salvador, v. 21, n. 54, p. 439-455, Set./Dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v21n54/03.pdf>>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

GÓIS, C. W. L. **Saúde comunitária**: pensar e fazer. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GONÇALVES, R. P. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24,

n.2, p.578-593, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00578.pdf>>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

GONÇALVES, A. S. Reflexões sobre educação integral e escola de tempo integral. **Cadernos Cenpec: pesquisa e ação educacional**. v. 1 n.º 2 – Educação Integral – 2º semestre, 2006. Disponível em: < <http://cadernos.cenpec.org.br/cadernos/index.php/cadernos/article/view/136>>. Acesso em: 01 março 2016.

GOMES, M. L. Política nacional de promoção da saúde: potência de transformação ou política secundária? 88 f. **Dissertação** de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana. Universidade do Estado do Rio De Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

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

HAESBAERT, R. Identidades territoriais. In: ROSENDAHL, Z.; CORRÊA, R. L. (Org.) **Manifestações da cultura no espaço**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1999. p. 169-190.

HARADA, J. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar. Disponível em: < <http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 02 março 2016.

HEIDEMANN, I. T. S. B; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**. 19(8), 3553-3559, 2014.

HEIM, J.; ANDRADE, A. G. Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700013>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev. Assoc. Med. Bras**. v. 50, n. 2. São Paulo, Abr./Jan. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 21 de março de 2016.

JORNAL CORREIO DE UBERLÂNDIA. Disponível em: <<http://www.correiodeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/quantidade-de-casos-de-dengue-em-uberlandia-pode-ser-maior/>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

KIPPER, D. K.; et al. Diagnóstico e Orientação Alimentar dos Estudantes de Ensino Fundamental e Infantil das Escolas dos Bairros Nova Esperança, Malafaia e Ivo Ferronato – Bagé-RS. Salão de extensão. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**. v. 3, n. 3, 2011. Disponível em: <

<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/issue/view/46>>. Acesso em: 04 abril 2016.

LALONDE, M. **A new perceptive on the health of Canadians: a working document.** Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1981.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização das redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.876-874, 2011.

LEÃO, S. S. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.

LECLERC, G. F. E.; MOLL, J. Programa Mais Educação: avanços e desafios para uma estratégia indutora da Educação Integral e em tempo integral. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, Editora UFPR, n. 45, p. 91-110, jul./set. 2012.

LIMA, S. do C. **Território e promoção da saúde: Perspectivas para a Atenção Primária à Saúde.** 2014. 162 f. Tese (Professor Titular) –Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.

LIMA, S. do C. **Território e Promoção da Saúde: Perspectivas para a Atenção Primária à Saúde.** São Paulo: Paco Editorial. p. 212, 2016.

LIMA, D. F.; MALACARNE, V.; STRIEDER, D. M. O papel da escola na promoção da saúde – uma mediação necessária. **ECCOS: revista científica da Universidade Nove de Julho**, São Paulo, n. 28, p. 191-206, maio/ago. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/715/71523339012.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

LONGAREZI, A. M; SILVA, L. S. A dimensão política da pesquisa-formação: enfoque para algumas pesquisas em educação. In: SILVA, L. C.; MIRANDA, M. I. (Org.). **Pesquisa-ação: uma alternativa à práxis educacional.** Uberlândia: EDUFU, 2012.

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. **Promover a saúde: dos fundamentos a saúde.** 1 ed. Coimbra (PT): Almedina, 2010.

LOREIRO, I. A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. **Revista portuguesa de saúde pública.** Vol. 22, n. 2, julho/dezembro, 2004. Disponível em: <<http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/MULTIMEDIA/RPSP2004-2/2-04-2004.PDF>>. Acesso em: 04 abril 2016.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, 25(3): 307-312, 2015. <Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300009>. Acesso em: 29 fev. 2016.

MAGALHÃES, M. A. Estratégias de promoção da saúde no território escolar: diálogos entre Brasil e Portugal, 2012, 305 f. **Tese** (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.

MAGALHÃES, M. A.; LIMA, S. C. Pesquisa participante e mobilização comunitária como estratégia de avaliação e gerenciamento de riscos ambientais à saúde humana. In: RAMIRES, J. C. L.; PESSÔA, V. L. S. (Org.). **Geografia e Pesquisa qualitativa: nas trilhas da investigação**. Uberlândia: Assis, 544 p. 2009.

MARTELETO R. M. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf.** v. 30, n. 1, p.71-81, 2001.

MARTINS, A. R. A importância do grupo para os jovens. **Revista Nova Escola**. Edição 231, abril de 2010. Disponível em: <<http://revistaescola.abril.com.br/formacao/qual-papel-importancia-grupo-jovens-adolescencia-jovem-puberdade-identidade-546793.shtml>>. Acessado em: 10/01/2015.

MAZETTO, F. A. P. Pioneiros da Geografia da Saúde: Séculos XVIII, XIX e XX. En P: Barcellos, C. (Org.). **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro, 2008.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER F. Journal de Pediatria. Obesidade infantil : como podemos ser eficazes? v. 80, n. 3, p. 173 – 182, 2004.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. UNICEF. **Bairro-escola: Passo a Passo**, 2007. <<http://www.cidadeescolaaprendiz.org.br/bairro-escola/>> Acesso em: 29 fev. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Portal da saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: março de 2016.

MIRANDA, M. I. Pesquisa-ação escolar: uma alternativa de enfrentamento aos desafios educacionais. In: SILVA, L. C.; MIRANDA, M. I. (Org.). **Pesquisa-ação: uma alternativa à práxis educacional**. Uberlândia: EDUFU, 2012.

MONKEN, M. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS C. **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, cap. 6, p. 141-163, 2008.

MONKEN, M. BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.**

_____. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOYSÉS, S.J.; MYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

MOHR, A.; SCHALL, V. Rumos da Educação em Saúde no Brasil e sua Relação com a Educação. *Ambiental*. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 199-203, abr/jun.. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n2/v8n2a12.pdf>>. Acesso em: 02 março 2013.

NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: In: COHN, A. (Org.). **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: CEDEC, 2009.

NEGREIROS, J. A. de. et. al. Estratégias de mobilização social e comunicação no enfrentamento da dengue no município de Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, v.8,n.1,p.57-64,jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/44/39>>. Acesso em: 17 de maio de 2016.

NOGUEIRA, H., SANTANA, P., SANTOS, R. Saúde urbana: a importância do contexto na auto-avaliação da saúde em Portugal. In: BARCELLOS, C. (Orgs) **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro, Abrasco, 2008.

NOGUEIRA, K. T.; FUMO, C. M.; SILVA, M. Tabagismo em adolescentes numa escola da rede pública do estado do Rio de Janeiro. **Adolescência & Saúde**. Vol.1, nº 4, dezembro 2004. Disponível em: <<file:///D:/Meus%20Documentos/Downloads/v1n4a02.pdf>>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

NUNES, B. B. S. Saúde reprodutiva em Uberlândia – MG: uma avaliação dos serviços pelos usuários e prestadores. **Dissertação** (Mestrado em Geografia). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2015.

OBSERVATÓRIO BRASIL DA IGUALDADE DE GÊNERO. 2016. In: ATAL. J. B. **New Century, old disparities: gender and ethnic wage gaps in Latin America** / Juan Pablo Atal, Hugo Ñopo, Natalia Winder. 2009. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/homens-recebem-salarios-30-maiores-que-as-mulheres-no-brasil/>>. Acesso em: 29 março 2016.

OLIVEIRA, J. C. Mobilização comunitária como estratégia da promoção da saúde no controle dos Aedes (aegypti e albopctus) e prevenção da dengue no Distrito de Martinésia, Uberlândia (MG). **Tese** (Doutorado em Geografia). Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia, 2012.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. 66(esp), p. 158-64, 2013.

O'NEILL, M.; PODERSON, Ann; DUPRÉ; ROOTMAN, Irving. Health Promotion in Canadá: Critical Perspectives. 2o Edition. **Canadian Scholars' Press**. Inc., 2007. 420 p.

[OPAS] ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Carta Panamericana sobre salud e el ambiente en desenvolvimiento sustentable**. Washington, 1995.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Jairnilson Silva Paim – Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2009.

PAINI, L. D.; CASTELETTO, H. S.; FONSECA, G. Análise do uso de drogas nas escolas públicas: como os amigos influenciam no contato e disseminação das drogas. **Avesso do Avesso**, v. 8, n.8, p. 28 - 43, nov. 2010. Disponível em: < http://www.feata.edu.br/downloads/revistas/avessodoavesso/v8_artigo02_analise.pdf >. Acesso em: 11 de maio de 2016.

PARRAT-DAYAN, S. A discussão como ferramenta para o processo de socialização e para a construção do pensamento. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 45. p. 13-23. jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/edur/n45/a02n45.pdf> >. Acesso em 11 de maio de 2016.

PAULINO, I.; BEDIN, L. P.; PAULINO, L. V. **Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Ícone, 2009.

PEREIRA, D. S., et al. **Jovens do Futuro – Como boas práticas podem levar os jovens a conquistar o futuro**. Portugal. Porto Editora, 2011.

PESSINI, L. Promoção da saúde e construção da cidadania: uma visão interdisciplinar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 35(2), p. 125-127, 2011.

PERUZZO, C. M. K.; VOLPATO, M. O. Conceitos de comunidade, local e região: inter-relações e diferença. **Líbero** – São Paulo – v. 12, n. 24, p. 139-152, dez. de 2009. Disponível em: < <http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/libero/article/viewFile/6790/6132> >. Acesso em 18 de maio de 2016.

PRADO, D. S., et al. Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por estudantes de farmácia da Universidade Federal de Goiás. **Infarma**, v.18, nº 11/12, 2006. Disponível em: < <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/11/infarma03.pdf> >. Acesso em 11 de maio de 2016.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de Psicologia**, 11(3), 315-322, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n3/09.pdf> >. Acesso em 11 de maio de 2016.

REGIS, L. et al. Controle integrado do vetor da filariose com participação comunitária, em uma área urbana do Recife, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 12(4):473-482, out-dez, 1996. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v12n4/0238.pdf> >. Acesso em: 20 de maio de 2016.

REIS, A. A. Perfil da distribuição de renda por escolaridade na região metropolitana de Belém: uma análise comparativa a partir dos dados das PNADS -1993 / 1998. **Revista Científica da UFPA**, vol 3, março 2002. Disponível em : < http://www.cultura.ufpa.br/rcientifica/ed_anteriores/pdf/ed_03_aar.pdf>. Acesso em; 29 março 2016.

RODRIGUES, A. B.; COSTA, N. M. C. A mobilização popular e comunitária para a implantação de programas de educação ambiental. **TEIAS**: Rio de Janeiro, ano 3, nº 6, jul/dez, 2002.

RODRIGUES, M. J. Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia: avaliação segundo a visão de diferentes atores. 346 f. **Tese** (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

ROSANELI, C. F., et al. Participação da mistura arroz e feijão na dieta usual de alunos de escola pública e privada de Maringá/PR. **Cienc Cuid Saude**, 6 (Suplem. 2): 384-389, 2007. Disponível em: <file:///D:/Meus%20Documentos/Downloads/VERS%C3%83O-PUBLICADA_artigo_ciencia_cuidado_e_saude%255B1%255D.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2016

SBAN – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **A importância do consumo de leite no atual cenário nutricional brasileiro**. 2015. Disponível em: <http://sban.cloudpainel.com.br/source/SBAN_Importancia-do-consumo-de-leite.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

SACARDO; D. P.; GONÇALVES, C. C. M. Território: potencialidades na construção dos sujeitos. In: FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. Promoção da saúde e gestão local. São Paulo, **Cepedoc**, p. 111-129, 2007.

SANTIAGO, L. M. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm, Brasília**, nov-dez; 65(6): 1026-1029, 2012.

SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova**. São Paulo: Hucitec, 1980.

_____. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, C. S. Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no município do Rio de Janeiro. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-FIOCRUZ), 2010.

SANTOS, M. L. M.; VIEIRA, M. L. F.; SOARES, F. J. P. Promoção da Saúde no Cotidiano do Pediatra no Serviço de Saúde. In: (Orgs.): HARADA, J. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**. Sociedade Brasileira de Pediatria.

Departamento Científico de Saúde Escolar. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 02 março 2016.

SANTOS, J. F. A. **Mobilização comunitária e comunicação de risco para a redução de riscos e desastres**. Florianópolis: CEPED UFSC, 2012. Disponível em: <http://www.ceped.ufsc.br/wp-content/uploads/2014/10/mobilizacao_comunitaria_e_comunicacao_de_risco_0.pdf>. Acesso em: 11 março 2016.

SANTOS, E. H. Prevalência do uso de drogas entre estudantes adolescentes de Glória de Dourados/MS. **Dissertação** (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3369>>. Acesso em: 3 abril 2016.

SANTOS, R. D., et al. **I Diretriz sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Vol. 100, Nº 1, Supl.3, Janeiro, 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Gorduras.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

SANTOS, M. N. P. DOS. Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares: estudo de caso. **Dissertação** (Mestrado em Ciências de Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra (PT). 2009. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19172/3/Desenvolvimento%20de%20Competencias%20Profissionais%20com%20a%20Educao.pdf>>. Acesso em 11 de maio de 2016.

SAQUET, M. A. Sobre territórios, escalas e responsabilidade. In: Heidrich, A. L. et al (Orgs.). **A emergência da multiterritorialidade: a resignificação da relação do humano com o espaço**. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

_____. **Abordagens e concepções de território**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL (SEDF). **Educação de Jovens e Adultos**. Disponível em <<http://www.se.df.gov.br/component/content/article/255-educacao-no-df/267-educacao-de-jovens-e-adultos.html>>. Acessado em 13/12/2014.

SCHMITZ, B. A. S. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2: S312-S322, 2008.

SCHULZ, A. Pesquisa-ação: uma metodologia de mediação entre a teoria e a prática da ação docente universitária. In: MALUSÁ, S. & FELTRAN, R. C. de S. (Org.). **A Prática da Docência Universitária**. São Paulo: Factash Editora, 2003, p. 199-226.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciências & Saúde Coletiva**. 10 (sup): 243-253, 2005. Disponível

em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500025&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 13 de maio de 2016.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n. 12, p.101-22, fev., 2003.

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES. M. L. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 159-176, 2007.

SILVA JUNIOR, A. J. Programa saúde na escola: limites e possibilidades intersetoriais. **Interface - Comunicação, saúde, educação**, v. 18, n. 51, p. 797-799, outubro-diciembre, 2014. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/1801/180132417017_2.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2016.

SILVA JUNIOR, A. J. Programa saúde na escola: limites e possibilidades intersetoriais. **Tese** (Doutorado em Educação). Cuiabá (MT). Universidade Federal do Mato Grosso, 2014.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde Estratégia Saúde da F Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**, Brasília, set-out; 63(5): 762-769 , 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500011>. Acesso em 15 de maio de 2016.

SILVEIRA, M. L. Ao território usado: solidariedade socioespacial. In: VIANA, Ana Luiza D'ávila; IBÁÑHEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo. Editora Hucitec. p. 127-150, 2009.

SIMÕES, M. P. **Adolescência e Uso de Drogas**. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2006.

SONATI, J. G. **A Alimentação e a Saúde do Escolar**. Alimentação, Atividade Física, e Qualidade de Vida dos Escolares do Município de Venhedo/SP. Campinas, 2009.

SOUZA, E. S.; SILVA, S. R. V.; CARICARI, A. M. Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. **Rev Esc Enferm USP**. 41(Esp):810-814, 2007.

SOUZA, M. L. P. Da prevenção de doenças à promoção da saúde: reflexões a partir da questão do uso de bebidas alcoólicas por populações indígenas. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.) **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012. Disponível em: < https://www.academia.edu/3450457/Sa%C3%BAde_Ind%C3%ADgena_uma_introdu%C3%A7%C3%A3o_ao_tema>. Acesso em: 11 de março de 2016.

STOTZ, E. N. Redes sociais e saúde. In: MARTELETTO, R. M.; STOTZ, E. N. (Org.) **Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades**

da Maré. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Belo Horizonte: Editora UFMG, 176 p., 2009.

SVENSON, G. R. et al. **Os jovens e a Prevenção da SIDA** – Guia Europeu de Educação pelos Pares. Edição Portuguesa: Comissão Nacional de Luta contra a SIDA. Comissão Europeia. Plinfo Informação Lda. 2011.

TALIBERTI, H.; ZUCCHI, P. Custos diretos do programa de prevenção e controle da dengue no Município de São Paulo em 2005. **Rev Panam Salud Publica**, 27(3), 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v27n3/a04v27n3.pdf>>. Acesso em: 18 de maio de 2016.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **RAP**. Rio de Janeiro 34(6):63-80, Nov./Dez. 2000. Disponível em: < <file:///D:/Meus%20Documentos/Downloads/6348-12138-1-PB.pdf>>. Acesso em 11 de maio de 2016.

TOMAÉL, M. I.; ALCARÁ, A. R.; DI CHIARA, I. G. Das redes sociais à inovação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652005000200010>. Acesso em 12 de maio de 2016.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação**: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 3, n. 31, p. 443-466, set./dez, 2005.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal de Uberlândia. 2014. **Relação das escolas municipais de ensino fundamental da zona urbana**. Disponível em: < http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/30/76/relacao_das_unidades_escolares.html>. Acesso em: 10 janeiro 2014.

UBERLÂNDIA. **Relação das Unidades Escolares, 2015**. Secretaria Municipal de Educação. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/30/76/relacao_das_unidades_escolares.html>. Acesso em: 12 março de 2016.

_____. **Programa Mais Educação**. Programas e projetos. Secretaria Municipal de Educação. Disponível em: < http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/30/2083/programas_e_projetos.html>. Acesso em: 11 de março de 2016.

_____. **Plano Municipal de Saúde Urbana de Uberlândia 2014-2017**. Uberlândia: Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/555/plano_municipal_de_saude.html>. Acesso em: março de 2016.

_____. **Relatório detalhado do 1º quadrimestre de 2015**. Relatório de Gestão. Uberlândia: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/557/relatorios_de_gestao.html>. Acesso em março de 2016.

_____. **Relatório detalhado do 2º quadrimestre de 2015.** Relatório de Gestão. Uberlândia: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/557/relatorios_de_gestao.html>. Acesso em março de 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades Básicas de Saúde.** Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/2449/unidades_basicas_de_saude.html>. Acesso em fevereiro de 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades Básicas de Saúde da Família.** Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/2449/unidades_basicas_de_saude.html>. Acesso em fevereiro de 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades de Atendimento Integrado.** Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/2449/unidades_basicas_de_saude.html>. Acesso em fevereiro de 2016.

_____. **Banco de Desenvolvimento Integrado de Uberlândia.** Uberlândia: Secretaria Municipal de Planejamento Urbano. Volume I e II, 2015. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/56/514/banco_de_dados_integrados__bdi.html>. Acesso em fevereiro de 2016.

VALADÃO, M. M. Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. **Tese** (Doutorado em serviços de saúde) – Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.

VALOURA, L. C. **Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador.** 2006/2006. Disponível em: <http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Comportamento_organizacional/empowerment_por_paulo_freire.pdf>. Acesso em: 13 março 2016.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Sup. 2):39-57, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1998000600004&script=sci_arttext&lng=es>. Acesso em: 12 de março de 2016.

VEIGA, I. P. A. Projeto Político-Pedagógico e gestão democrática: novos marcos para a educação de qualidade. **Revista Retratos da Escola**, Brasília, v. 3, n. 4, p. 163-171, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.esforce.org.br>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

VEIGA, H. M. S.; TORRES, C. V.; BRUNO-FARIA, M. F. **A influência Das Normas Sociais No Comportamento Pró-ativo.** In: Encontro da ANPD, XXXV., 2011, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EOR2296.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

VIANA, A. L. d'A. et al. Financiamento e desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. In: COHN, A. (Org.). **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública – RAP**. Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 6, 47-61, Nov/dez., 2000.

XIMENES, R. A. A. et al. Vigilância de doenças endêmicas em áreas urbanas: a interface entre mapas de setores censitários e indicadores de morbidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 53-61, 1999.

ANEXOS

Anexo A – Ata da reunião de aprovação do regimento interno e criação oficial do observatório da saúde na escola

180

Comercial Bemar Ltda, valor total de R\$ 1.094,00 e Beonidas Caetano de Sousa. Aquella móveis, valor total de R\$ 1.120,00. Para:- revelação de fotos dos alunos para montagem de painéis foram realizadas pesquisas de preços nas seguintes empresas: Foto & Cia - M J Logo Foto e Presentes Ltda - me, valor total de R\$ 110,00; Clic mais Foto Uberlândia Ltda - GPP, valor total de R\$ 112,00 e Angilomar & Cristina Fotografias Ltda no valor R\$ 126,40. Após analisar as propostas o Conselho Escolar aprovou a compra nas empresas Jumaré Móveis Ltda - me e Foto & Cia - M J Logo Foto e Presentes Ltda - me pois apresentaram o menor preço por item. Estando todos de acordo assinam a presente ata: Helton, Adriana Maria S. Silva, Maria Inês da Marques dos Reis, Jânia Borges de Sousa, Eliete de Socorro Guimarães, Murdocht Luciano da Silva, Juliana Rucanelli, Gliceria Maria de Silva, Maria José dos Reis, Elza Maria da Silva, Bani, Daniel Costa de S. L., Antonio de Fátima de Moura, Mauro de Sá, Pedro, Cláudia Ap. Squarago Mendonça, Simone Aparecida Alves de. Araujo, Rocio Maria, Maria Goretti Ferreira Santana, Marliana Aparecida Costa, Juliana Alves Kotta, Cecília Franco Morgis, Glória, Andréia Felisberto de, Andreode, Bruna Candida Branco, Maria Aparecida Cardoso Carlos, Maria de Rosário Rezende Taveira, Gliceria Maria do Silva

nos onze dias do mês de dezembro de 2012, as 18:30 horas reuniram-se nas dependências da Escola Municipal Professor Eurico Silva os membros do Conselho Escolar para tratar de assuntos de interesse da Comunidade Escolar. O Diretor André Luis deu boas vindas a todos e passou a palavra para o Prof. Samuel da UFU e falou que a Escola foi indicada pela Prof.ª Elvira para implantar o Projeto Observatório da Saúde esclarecendo que a questão da saúde com a escola é fundamental. Que criar o Observatório da Saúde na Escola, além dos alunos deve também pensar no professor. Como devemos pensar na alimentação

saudável, a questão das drogas e das doenças sexualmente transmissíveis, falando que não apenas colocar mais uma obrigação para escola, mas sim um parceria, através de voluntários de todos os segmentos da Comunidade, sendo que esse grupo deve ter autonomia, podendo ser um grupo duplo, porém com uma administração central, sendo constituído por 03 pessoas. O Diretor colocou que necessita iniciar o projeto com o tema Alimentação Saudável. O Prof. Samuel esclareceu que todo grupo de trabalho deve iniciar em fevereiro e concluir em julho. A Nutricionista Diana falou da importância da alimentação saudável e sobre o atendimento às crianças obesas. O prof. Samuel passou para o Diretor o Regimento Interno do Observatório no Território e agradeceu a parceria com a Escola. O Conselho Escolar após ouvir a explanação do Prof. Samuel, aprovou a implantação do Observatório da Saúde na E.M. Prof. Eurico Silva. Após a aprovação elegem-se a Diretoria Executiva, ficando assim constituída: Coordenador(a) Prof.^a Flávia Inuiros de Araújo Maciel, Coordenadora Adjunta Patrícia Antunes Medeiros e Secretária Célia Coelho Oliveira Campos. Sem mais nada a tratar assinam a presente: Angela Maria Carvores, Cláudia Saramago, Patrícia Antunes Medeiros, Flávia de Oliveira Santos, Samuel de Carmo Lima, Diana Dias Lopes, Célia Coelho de Oliveira Campos, Anália Felidante de Araújo, Antonia de Fátima de Moura, Mary Consuelo Silva, Maria Geralda Santana, Flávia Inuiros de Araújo Maciel, sobre outros assuntos, Maria Inês Marques dos Reis, Santos.

Nos 19 dias do mês de fevereiro de 2013 reuniram-se nas dependências da E.M. Prof. Eurico Silva, o Diretor André Luís A. Santos e os membros do Conselho Escolar para tratar de assuntos referentes ao funcionamento da Escola. O Diretor André Luís pediu agilidade no serviço da secretaria e falou com a Sra. E. L.

Anexo B – Portaria nº 2.121, de 19 de dezembro, 2015



80

ISSN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

Nº 243, segunda-feira, 21 de dezembro de 2015

PORTARIA Nº 2.121, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2015

PORTARIA No - 2.121, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2015

Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006;

Considerando a necessidade de revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde estabelecida pela Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011; e,

Considerando a responsabilidade conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelo Sistema Único de Saúde quanto à necessidade de integrar ações em processos epidêmicos, resolve:

Art. 1º O Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos ao subtítulo "Das atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica":

"XIX - realizar ações e atividades de educação sobre o manejo ambiental, incluindo ações de combate a vetores, especialmente em casos de surtos e epidemias;

XX - orientar a população de maneira geral e a comunidade em específico sobre sintomas, riscos e agente transmissor de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

XXI - mobilizar a comunidade para desenvolver medidas de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

XXII- discutir e planejar de modo articulado e integrado com as equipes de vigilância ações de controle vetorial; e

XXIII - encaminhar os casos identificados como de risco epidemiológico e ambiental para as equipes de endemias quando não for possível ação sobre o controle de vetores."

Art. 2º O Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso ao subtítulo "Do Agente Comunitário de Saúde":

"IX - ocorrendo situação de surtos e epidemias, executar em conjunto com o agente de endemias ações de controle de doenças, utilizando as medidas de controle adequadas, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores, de acordo com decisão da gestão municipal."

Art. 3º O Ministério da Saúde publicará manual específico com orientações acerca do disposto nesta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CASTRO

Fonte: Brasil (2015). Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt2121_18_12_2015.html>. Acesso em: maio de
 2016.

Anexo C – Nota Técnica para gestores do Sistema único de Saúde e Equipes de Atenção Básica, 2015



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

NOTA TÉCNICA

INT.: GESTORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

ASS.: Ações da Atenção Básica visando ao enfrentamento do *Aedes aegypti*.

Tendo em vista o número de casos registrados das doenças dengue, chikungunya e zika, e em face das sérias complicações que essas epidemias causam à população, dentre elas a microcefalia, o Ministério da Saúde declarou Situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional.

Neste contexto faz-se necessário o fortalecimento de estratégias que contribuam com uma maior integração entre as áreas de prevenção e controle na rede assistencial. Um importante foco da ação é o combate ao mosquito transmissor *Aedes aegypti*, e grande parte das ações encontram-se no âmbito da Atenção Básica.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê, dentre outras, ações de Vigilância em Saúde sob a responsabilidade das equipes de Atenção Básica ressaltando o importante e necessário papel dos profissionais para realização do cuidado integral aos cidadãos. Com isso, sabe-se que as equipes de Atenção Básica já desenvolvem atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares, ações educativas individuais e coletivas, consultas, entre outros.

O Ministério da Saúde, com objetivo de fortalecer a integração da Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, disponibilizou o Caderno de Atenção Básica nº 21 - *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose* configurando-se como uma importante oferta para fortalecimento da Atenção Básica e da sua capacidade em dar respostas às doenças emergentes e às endemias, reforçando o compromisso em torno de ações que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

A Portaria nº 2.121 de 18 de dezembro de 2015 reforça a necessidade das equipes concentrarem esforços nas ações voltadas ao controle e redução dos riscos epidemiológicos e ambientais em saúde, tais como: planejar as ações de controle vetorial em conjunto com a

equipe de vigilância; realizar atividades de educação e mobilização com a comunidade; realizar intervenções integradas à equipe de vigilância e notificar os casos identificados.

Vale destacar que o registro nos Sistemas de Informação é fundamental para o monitoramento e avaliação, pois possibilita aos gestores condições de adotar de forma ágil medidas de controle das doenças. No âmbito da Atenção Básica o e-SUS-AB permite o monitoramento das ações realizadas por cada profissional por meio do relatório disponível na própria aplicação do prontuário eletrônico - PEC. Considerando ações de controle de vetores podem ser realizados os seguintes registros:

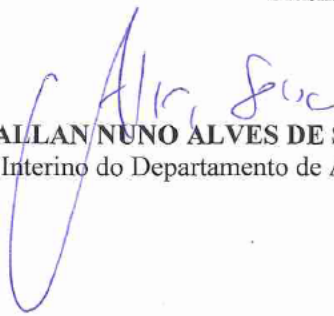
1 - Ficha de Visita Domiciliar: Motivo da visita → Controle de Ambientes/Vetores; No desfecho preencher visita realizada, visita recusada ou ausente.

2 - Ficha de Atividade Coletiva: Atividade: (04) Educação em Saúde ou (07) Mobilização Social → Público alvo: qualquer uma das opções → Práticas/Temas para Saúde: (14) Saúde Ambiental

Especificamente aos Agentes Comunitários de Saúde cabe na visita domiciliar realizar orientações e intervenções diretas no controle do vetor, conforme ANEXO 1 desta Nota Técnica, e realizar o registro da informação de maneira adequada. Também reforçamos a importância do trabalho estar articulado com as equipes de vigilância em saúde, permitindo troca de informações e maior amplitude no controle do vetor.

Por fim, reafirmamos que para qualificar a atenção à saúde e favorecer o princípio da integralidade é fundamental que ações de promoção e vigilância em saúde, bem como o cuidado, sejam efetivamente incorporadas no cotidiano de trabalho das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família.

Brasília, 23 de dezembro de 2015.


ALLAN NUNO ALVES DE SOUSA
Diretor Interino do Departamento de Atenção Básica

ANEXO 1

Ações do Agente Comunitário de Saúde (ACS) visando ao enfrentamento do *Aedes aegypti*

Atribuições do ACS nas ações na prevenção e atuação em vigilância à saúde com foco no controle vetorial do mosquito do *Aedes aegypti*, extraídas do Caderno de Atenção Básica nº 21 - *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose* publicada em 2008:

1. Orientar a população sobre o agente transmissor, as doenças transmitidas e as formas de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do *Aedes aegypti*;
2. Mobilizar a comunidade para desenvolver ações de prevenção e controle no combate *Aedes aegypti*;
3. Visitar os domicílios para:
 - a) Informar a seus moradores sobre o agente transmissor e as doenças transmitidas;
 - b) Vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquitos;
 - c) Orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos;
 - d) Realizar a remoção mecânica dos ovos e larvas do mosquito, ou outras ações de manejo integrado de vetores definidas pelo gestor municipal;
 - e) Articular com a equipe de Atenção Básica e acionar o Agente de Combate de Endemias (ACE) e/ou equipe de vigilância quando houver a necessidade de outras ações no controle vetorial;
4. Notificar os casos suspeitos de dengue, chikungunya e zika vírus, em ficha específica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e/ou outros sistemas similares, e informar a equipe de Atenção Básica;
5. Planejar as ações de controle vetorial em conjunto com a equipe de vigilância, em espaços que favoreçam a integração entre ACS e ACE.

Fonte: Brasil (2015). Disponível em: <
http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2125>. Acesso em: maio de 2016.

Anexo D – Instrumento para detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, denominado ASSIST – OMS

Nome: _____ Registro _____

Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mató, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?					
	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUIASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?			
	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ((primeira droga, depois a segunda droga, etc...)) e não conseguiu?			
	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos	Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.
Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).
Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

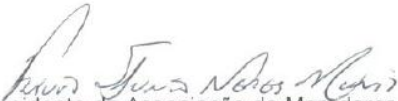
Fonte: disponível em: < http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf>.
Acessado em: maio de 2013.

Anexo E – Carta de Aceite do Presidente da Associação de Moradores do Bairro
São Jorge, Uberlândia 2014

CARTA DE ACEITE

Declaro, para os devidos fins que a ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO SÃO JORGE, EM UBERLÂNDIA – MG, aceita participar do desenvolvimento de atividades referente ao Programa de Extensão, intitulado **REDES COMUNITÁRIAS LOCAIS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE EM MICROTERRITÓRIOS**, sob a responsabilidade do Professor Samuel do Carmo Lima, Professor do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Campus Santa Mônica/Uberlândia, pelo período de execução previsto no referido Programa.

Uberlândia-MG, 08 de abril de 2014.


Presidente da Associação de Moradores do Bairro São Jorge
CPF.: 807 000736 15

Fonte: Observatório da saúde na escola municipal Prof. Eurico Silva (2014).

Anexo F – Carta de Aceite da direção da escola municipal Prof. Eurico Silva, 2014

SECRETARIA MUNICIPAL DE
EDUCAÇÃO

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
UMA CIDADE EDUCADORA

E.M. Professor Eurico Silva
emef.euricosilva@uberlandia.mg.gov.br
Fone / Fax: 3216.9194
Rua Antônio Alves dos Santos – 39
Residencial Viviane / Uberlândia – MG
CEP: 38410-114

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Escola Municipal Prof. Eurico Silva e comunidade escolar aceita participar do Programa de Extensão, intitulado “REDES COMUNITÁRIAS LOCAIS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE EM MICROTERRITÓRIOS”, em parceria com a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), sob a coordenação do prof. Samuel do Carmo Lima (UFU). Através do oferecimento de espaço físico para a realização das reuniões dos comitês de mobilização de vizinhança contra a dengue nos microterritórios do bairro São Jorge, pelo período de execução previsto no referido Programa.

Uberlândia, 08 de abril de 2014.


André Luis Andrade dos Santos
Diretor da Escola Municipal Prof. Eurico Silva

André Luis Andrade dos Santos
Diretor Escolar – Aut. 166022

Fonte: Observatório da saúde na escola municipal Prof. Eurico Silva (2014).

Anexo G – Carta de Aceite do Instituto Pró Cidade Futura, 2014



www.cidadefutura.net.br
Fones: (34) 3337-9005 e 9971-1258

CNPJ Nº 07.596.173/0001-63
Av. Ortizio Borges, 294
Bairro Santa Mônica - Uberlândia
MINAS GERAIS - CEP: 38.408-263

CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar a equipe de técnicos em projetos sociais desta Instituição para o desenvolvimento de atividades referentes ao Programa de Extensão, intitulado **REDES COMUNITÁRIAS LOCAIS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE EM MICROTERRITÓRIOS**, sob a responsabilidade do Professor Samuel do Carmo Lima, Professor do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Campus Santa Mônica/Uberlândia, pelo período de execução previsto no referido Programa.

Uberlândia-MG, 20 de março de 2014.

FRANCISCO BARROSO FILHO (Frank)
Diretor-Executivo
CPF 324.884.751-49

Fonte: Observatório da saúde na escola municipal Prof. Eurico Silva (2014).

Anexo H – Contratualização de parceria com a Igreja Assembleia de Deus, realizada pela UBSF São Jorge II e III, setembro 2015

Termo de Abertura do Projeto

Projeto: Parceria de Combate a Dengue.

09/2015

	TÍTULO DO DOCUMENTO TAP	CÓDIGO	ÁREA
	MODELO DE TERMO DE ABERTURA DO PROJETO - TAP		SUL
			VERSÃO
			1.1

Nome do Projeto	Data
Parceria de Combate a Dengue	22/09/2015 às 14 hrs às 16hrs
Instituição Parceira	Local
Igreja Assembléia de Deus	Rua: Jerônimo Beijo De Andrade n° 465 São Jorge
Contato	Telefone
Pastor Hedjalmas Ferreira Carvalho	(34)9991-0177
Objetivo do Documento	
Este documento tem como objetivo solicitar a autorização, formalmente o início de um projeto e contém informações necessárias para o entendimento do projeto, fornecendo uma visão macro do projeto de combate a Dengue a ser desenvolvido.	

Objetivo do Projeto
<ul style="list-style-type: none"> - Promover debate acerca da importância da Promoção da Saúde para o controle da Dengue; - Criar e fortalecer parcerias já existentes em torno do tema; - Apresentar proposta do Programa de Controle da Dengue, a fim de receber críticas e sugestões da população interessada; - Proporcionar a apresentação de pesquisas envolvendo a temática da dengue.

Escopo
Mostrar a importância da participação das instituições na conscientização da população que se encontra na região, e que a mesma realize atividades no qual envolva o tema.

Parceria	Representante	Relacionamento com o projeto

	TÍTULO DO DOCUMENTO TAP	CÓDIGO	ÁREA
	MODELO DE TERMO DE ABERTURA DO PROJETO - TAP		SUL
			VERSÃO
			1.1

Aprovação		
Responsável	Data	Assinatura
Sandra Regina de Deus	8.9.2015	Sandra R. de Deus
Marta Garcia m. Freitas	8.9.2015	Marta Garcia
Marli Cristina do Nascimento Silva	8.09.15	Marli Cristina
Mayara Salum da Silva	08/09/15	Mayara Salum
Adelir Bezerra de M. Almeida	08-09-15	Adelir Bezerra de M. Almeida
Isabel Falmes Pereira de Carvalho	08.09.15	Isabel Falmes Pereira de Carvalho
Régia Camilla Feneis	08/09.15	Régia Camilla
Observações:		

Fonte: Unidade Básica de Saúde da Família São Jorge II e III (2015).

Anexo I – Contratualização de parceria com o Centro de Artes e Esportes Unificados, realizada pela UBSF São Jorge II e III, setembro 2015

Termo de Abertura do Projeto

Projeto: Parceria de Combate a Dengue.

09/2015

	TÍTULO DO DOCUMENTO TAP	CÓDIGO	ÁREA
	MODELO DE TERMO DE ABERTURA DO PROJETO - TAP		SUL
			VERSÃO
			1.1

Nome do Projeto	Data / Horário
Parceria de Combate a Dengue	10 de Outubro de 2015
Instituição Parceira	Local
Centro de Artes e Esportes Unificados (CEU)	R: Joao Flores B: João Jorge
Contato	Telefone
Irineu Castanheira	(34)9143-0077

Objetivo do Documento

Este documento tem como objetivo solicitar a autorização, formalmente o início de um projeto e contém informações necessárias para o entendimento do projeto, fornecendo uma visão macro do projeto de combate a Dengue a ser desenvolvido.

Objetivo do Projeto

- Promover debate acerca da importância da Promoção da Saúde para o controle da Dengue;
- Criar e fortalecer parcerias já existentes em torno do tema;
- Apresentar proposta do Programa de Controle da Dengue, a fim de receber críticas e sugestões da população interessada;
- Proporcionar a apresentação de pesquisas envolvendo a temática da dengue.

Escopo

Mostrar a importância da participação das instituições na conscientização da população que se encontra na região, e que a mesma realize atividades no qual envolva o tema.

Parceria	Representante	Relacionamento com o projeto

	TÍTULO DO DOCUMENTO TAP	CÓDIGO	ÁREA
	MODELO DE TERMO DE ABERTURA DO PROJETO - TAP		SUL
			VERSÃO
			1.1

Considerações

Aprovação		
Responsável	Data	Assinatura
Trineu Francisco Breia	03/09/15	Trineu F. B.
Márcia Inês Sousa	03-9-15	Márcia
Agna eilene da Silva	03.09.15	Agna
Patrícia Sano Gomes Oliveira	03.09.15	Patrícia
Silviani B. Chaves	03-09-15	Silviani
Juliano Bernardino Romão	03-09-15	Romão
Lígia Camilla Ferreira	03/09/15	Lígia Camilla
Alamar Dêjio da Silva	03/9/15	Alamar Dêjio
Observações:		

Fonte: Unidade Básica de Saúde da Família São Jorge II e III (2015).

Anexo J – Pacto entre a saúde e a educação para o controle da dengue a partir das escolas de Uberlândia, novembro de 2015



PACTO ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO PARA O CONTROLE DA DENGUE

Considerando que a saúde se relaciona aos determinantes sociais da saúde e entendendo que a maioria dos problemas de saúde da população está diretamente vinculada à vida cotidiana, resultantes de condições de renda, habitação, alimentação, segurança, cultura, lazer e educação.

Considerando que um dos princípios fundamentais da Promoção da Saúde é o reconhecimento de que os mais importantes determinantes da saúde estão fora do contexto da atenção médica e do setor saúde e, por isso, ações intersetoriais se fazem necessárias, principalmente entre a saúde e a educação.

Considerando que Uberlândia é uma cidade Educadora e que as escolas devem ser promotoras da saúde, atendendo ao Programa Saúde na Escola instituído pelos Ministérios da Educação e da Saúde.

Considerando a necessidade de pensar a prevenção e o controle da dengue a partir de estratégias de Promoção da Saúde, visando anular ou reduzir as determinações sociais envolvidos na transmissão da doença, e que a Escola pode desempenhar papel importante neste processo.

A secretaria de Educação e a Secretaria de Saúde de Uberlândia se põem em acordo para juntas desenvolver um Projeto de Prevenção e Controle da Dengue, tomando a escola como espaço preferencial para ações intersetoriais, cujo objetivo é mobilizar os alunos e suas famílias com a seguinte mensagem: cada um cuide de sua própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive, só assim conseguiremos controlar a dengue.

Por estarem de acordo assinam abaixo:

gremio 3000 Lunde

Gercina Santana Novais
Secretaria de Educação

Cassio Alves de Souza
Secretario de Saúde

Gimar Machado
Prefeito Municipal

Fonte: Uberlândia (2016).

APÊNDICES

Apêndice A – Regimento Interno do Observatório da Saúde na Escola Municipal Prof. Eurico Silva, Uberlândia, 2012

Escola Municipal Professor Eurico Silva
Rua Antônio Alves dos Santos, 39 - Conjunto Viviane/Bairro São Jorge, 38410-114, Uberlândia.

OBSERVATÓRIO DA SAÚDE NA ESCOLA REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I DA CONSTITUIÇÃO

Art. 1º O Observatório da Saúde na Escola Municipal Professor Eurico Silva, doravante denominado Observatório da Saúde, é um colegiado consultivo e de assessoria da diretoria da escola, para assuntos relativos às atividades de saúde na escola.

Art. 2º O Observatório da Saúde tem como estratégia fundamental a vinculação do ensino à realidade social da comunidade escolar, considerando a situação de saúde que pode comprometer o pleno desenvolvimento educacional dos alunos.

Art. 3º O Observatório da Saúde atuará por meio de articulações intersetoriais e interinstitucionais.

Art. 4º Considerando a complexidade do processo saúde-doença e concepção de trabalho em rede o Observatório da Saúde se fundamenta em pilares metodológicos de trans e interdisciplinaridade para a realização de suas atividades.

Art. 5º O Observatório da Saúde deverá manter vínculos de apoio e cooperação com outros Observatórios da Saúde no Território e com o Observatório da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 5º O Observatório da Saúde têm como objetivo estabelecer práticas de saúde na escola que contribuam para a saúde dos sujeitos da comunidade escolar, alunas (os), professoras (es) e demais profissionais da escola, assim como seus familiares, por meio de monitoramento de indicadores de saúde, vulnerabilidade social, desenvolvendo estratégias de vigilância e promoção da saúde e construção de território saudável.

§ 1º Os objetivos específicos do Observatório da Saúde são:

- I. Instituir um espaço de diálogo interdisciplinar e intersetorial permanente para discutir os problemas de saúde da comunidade escolar, nos territórios da vida cotidiana.
- II. Ajudar a desenvolver as atividades do Programa Saúde na Escola (PSE).
- III. Apoiar demandas de projetos de atividades encaminhadas pela comunidade escolar, que serão desenvolvidos por equipes formadas por membros do observatório e/ou parceiros externos.
- IV. Agregar, organizar, e sistematizar informações em banco de dados, com vistas ao acompanhamento da saúde dos sujeitos da comunidade escolar.
- V. Monitorar e mapear os agravos prevalentes, em especial os que envolvem os alunos em situação de vulnerabilidade social.
- VI. Apoiar e ajudar a unidade Estratégia Saúde da Família a desenvolver o *Projeto Saúde no Território*, considerando o diagnóstico da situação de saúde, as estratégias para a solução de problemas e para as metas pactuadas.

Art. 6º Para a consecução de seus objetivos, o Observatório da Saúde poderá celebrar convênios, acordos e contratos com instituições públicas, filantrópicas, privadas ou Organizações Não Governamentais, de acordo com a legislação vigente.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Art. 7º O Observatório da Saúde é composto por número ilimitado de alunas (os), professoras (es), demais profissionais da escola, e ainda, mães, pais ou outros responsáveis pelos alunas (os), que por adesão voluntária solicite sua filiação ao Observatório da Saúde.

Art. 8º A estrutura do Observatório da Saúde está organizada com Assembleia Geral, Conselho de Saúde da Escola, Coordenação Executiva e Grupos de Trabalho.

§ 1º A **Assembleia Geral** é o órgão máximo deliberativo do Observatório da Saúde, constituído por todos os seus membros e se reunirá ordinariamente uma vez por ano e, extraordinariamente, sempre que necessário, mediante convocação do Coordenador ou por requerimento assinado por mais de 1/3 de seus membros. As deliberações da Assembleia Geral serão aprovadas por maioria simples.

- I. Compete à Assembleia Geral:
 - a. Aprovar anualmente o Plano Geral de Trabalho do Observatório da Saúde.
 - b. Realizar eleições para os cargos da Coordenação Executiva: Coordenador, Coordenador Adjunto e Secretário.
 - c. Deliberar sobre alterações e modificações deste regimento.

§ 2º O **Conselho de Saúde da Escola** é composto por dois (2) representantes das alunas (os), dois (2) representantes das professoras (es) e demais profissionais, dois (2) representantes das mães e pais e, ainda, pelos membros da Coordenação Executiva.

- I. O Conselho de Saúde da Escola se reunirá mensalmente para acompanhar a execução dos projetos de atividades propostas.
- II. Compete ao Conselho de Saúde na Escola
 - a. Homologar o ingresso das (os) filiadas (os).
 - b. Deliberar sobre acordos, convênios e prestação de serviço com órgãos públicos, empresas privadas e entidades da sociedade civil, propostos pela Coordenação Executiva.
 - c. Aprovar e acompanhar a execução dos projetos de atividades do Observatório da Saúde.

§ 3º A **Coordenação Executiva** é composta por um Coordenador, um Coordenador Adjunto e um Secretário.

- I. A Coordenação executiva se reunirá semanalmente para acompanhar a execução das atividades propostas.
- II. O Coordenador deve convocar e coordenar as reuniões do Conselho de Saúde da Escola, bem como as reuniões da Coordenação Executiva, sendo o representante legal do Observatório da Saúde junto à Diretoria da Escola.
- III. O Coordenador Adjunto é o substituto legal do Coordenador, em sua ausência, e deve dividir com este suas atribuições.
- IV. Compete à Coordenação Executiva:
 - a. Viabilizar as condições de trabalho necessárias à execução dos projetos/atividades desenvolvidas no Observatório da Saúde.
 - b. Supervisionar a execução dos Projetos de atividades desenvolvidos no Observatório da Saúde.

Escola Municipal Professor Eurico Silva
Rua Antônio Alves dos Santos, 39 - Conjunto Viviane/Bairro São Jorge, 38410-114, Uberlândia.

- c. Propor ao Conselho de Saúde da Escola a realização de acordos, convênios e prestação de serviço com órgãos públicos, empresas privadas e entidades da sociedade civil.
- d. Apresentar ao Conselho de Saúde da Escola e à Direção da Escola relatório anual das atividades do Observatório da Saúde.

§ 4º Os **Grupos de Trabalho** são formados por filiados do Observatório da Saúde, em adesão voluntária, e participantes das entidades parceiras, agregados a partir de um projeto de atividade.

- I. Poderão ser constituídos tantos Grupos de Trabalho quanto forem os projetos de atividades demandados pelo Conselho de Saúde da Escola.
- II. Após sua constituição, novos membros poderão ser agregados aos Grupos de Trabalho, sendo necessário informar a nova composição ao Conselho de Saúde da Escola.
- III. Compete aos Grupos de Trabalhos:
 - a. Desenvolver os projetos de atividades propostos e aprovados no Conselho de Saúde da Escola.
 - b. Apresentar ao Conselho de Saúde da Escola relatórios mensais das atividades realizadas.

Art. 9º A estrutura do Observatório da Saúde está representada no organograma em anexo.

CAPÍTULO V

DAS ELEIÇÕES

Art. 10º Far-se-ão eleições no Observatório da Saúde para os cargos de Coordenador, Coordenador Adjunto, Secretário e membros do Conselho de Saúde da Escola, que terão mandato de 2 anos, garantindo-se a possibilidade de apenas uma recondução.

Art. 11. O colégio eleitoral será composto por todos os filiados ao Observatório da Saúde.

Art. 12. A eleição para os membros da Coordenação Executiva será realizada por meio de eleição paritária, considerando a proporcionalidade de 1/3 de votos para cada segmento da comunidade escolar: alunas (os), professoras (es) e demais profissionais e mães e pais.

Art. 13. A eleição para os membros do Conselho de Saúde da Escola, representantes de cada um dos segmentos da comunidade escolar será realizada por voto universal de seus pares.

Art. 14. Os processos eleitorais deverão ter regulamentos e comissão para condução dos trabalhos aprovados pela Assembleia Geral e divulgados no mínimo 30 (trinta) dias antes das eleições.

Art. 15. No caso de destituição ou de impedimento permanente do Diretor Executivo o Conselho Administrativo convocará eleições para ocorrerem no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data da destituição. Durante esse período assumirá o cargo o Diretor Adjunto.

CAPÍTULO V

DOS RECURSOS FINANCEIROS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Art. 16. Os recursos financeiros do Observatório da Saúde serão oriundos de convênios com órgãos oficiais ou do apoio de pessoas ou empresas privadas e serão administrados pela Coordenação Executiva, que deverá prestar contas ao Conselho de Saúde da Escola.

§ 1º Os equipamentos e materiais doados ou adquiridos com recursos de projetos de atividades do Observatório da Saúde serão incorporados ao patrimônio da escola.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

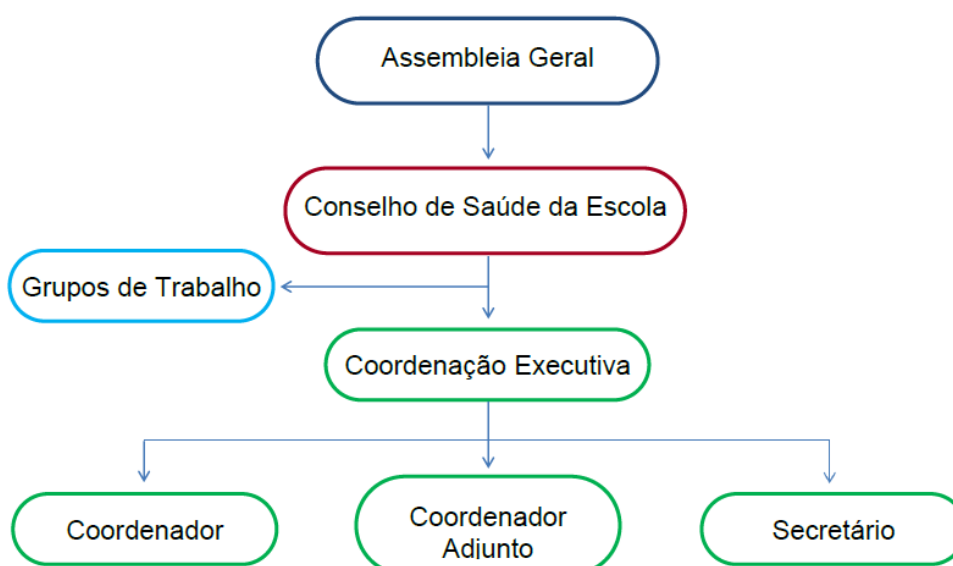
Art. 17. Este regimento interno e a primeira Coordenação Executiva do Observatório da Saúde terão caráter provisório e serão aprovados por ato oficial do Diretor da Escola.

Art. 18. A Coordenação Executiva deverá promover a filiação voluntária de membros da comunidade escolar ao Observatório da Saúde, constituir de Grupos de Trabalho, dando início imediato ao seu funcionamento.

Art. 19. Deverá, também, no prazo de 180 dias, convocar a Assembleia Geral para a realização de eleições para Conselho de Saúde da Escola e para a Coordenação Executiva, assim como aprovar em definitivo este regimento interno do Observatório da Saúde.

Art. 20. O Regimento do Observatório da Saúde poderá ser alterado pela Assembleia Geral, pela maioria absoluta dos seus membros presentes, em reunião, especialmente, convocada para este fim, com antecedência mínima de 15 dias, respeitadas as disposições legais vigentes.

Art. 21. Os casos omissos serão resolvidos pela Coordenação Executiva, com base na legislação em vigor.



Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva (2012).

Apêndice B – Modelo de convite enviado as associações de moradores, igrejas, escolas, ONGs, UBSF e outras do bairro São Jorge para participar de reunião, agosto de 2013.



ESCOLA MUNICIPAL PROF. EURICO SILVA
Observatório da Saúde e Desenvolvimento Social

Uberlândia, 30 de Agosto de 2013

Padre João Pinheiro

Paróquia Nossa Senhora de Guadalupe

Com sinceros votos de estima e consideração, vimos convidar V.Sa. para participar da reunião do **Observatório da Saúde e Desenvolvimento social na Escola**, a realizar-se na Escola Municipal Prof. Eurico Silva, no dia 05 de Setembro de 2013, das 07:30 às 8:30h.

ASSUNTOS:

1. Observatório da Saúde e Desenvolvimento Social da Escola Municipal Prof. Eurico Silva
2. Rede Socioterritorial do bairro São Jorge

Certos de contar com vossa participação, antecipadamente,

Agradecemos

Prof. André Luis Andrade dos Santos
Escola Municipal Prof. Eurico Silva
Diretor

Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva (2015).
Organização: SANTOS, F. O.; LIMA, S. C.; MACIEL, F. Q. A. (2013).

Apêndice C – Projeto “Redes comunitárias locais como estratégia de promoção da saúde para prevenção e controle da dengue em microterritórios a partir da escola municipal Prof. Eurico Silva, Uberlândia, 2016

Escola Municipal Professor Eurico Silva
Rua Antônio Alves dos Santos, 39 - Conjunto Viviane/Bairro São Jorge, 38410-114, Uberlândia.

REDES COMUNITÁRIAS LOCAIS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE EM MICROTERRITÓRIOS

Resumo

As campanhas de vigilância e controle da dengue não são efetivas e as epidemias se sucedem a cada ano. O governo realiza o combate à doença ignorando a população, depois culpa a população por não fazer a sua parte. Não há duas partes, a do governo e a da população, mas uma só parte. Governo e população devem estar juntos, em um mesmo plano, trabalhando juntos na mesma ação. O objetivo do projeto é estabelecer redes comunitárias locais a fim de mobilizar vizinhanças solidárias contra a dengue, em microterritórios, com estratégias de Promoção da saúde. A ação se destina aos moradores do bairro São Jorge, em Uberlândia - MG e espera-se demonstrar que programas de vigilância epidemiológica com participação comunitária são eficazes para o controle da dengue. A metodologia se baseia em mobilização comunitária, estabelecidas com a formação de comitês de vizinhanças solidárias. O projeto, ainda, permitirá a formação cidadã do estudante, plenamente inseridos na realidade social em que vivem, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e solução dos problemas da sociedade. Também, constituir-se-á como elemento ativador de mudanças curriculares do curso de Saúde Ambiental, promovendo a superação do modelo tradicional de ensino, fundamentado na transmissão de conhecimentos, para a adoção de uma pedagogia que enfatiza a interdisciplinaridade, com pedagogias dialógicas, em que a pesquisa e a extensão façam parte de processos de aprendizagem ativa, a partir do contato direto dos estudantes com realidades concretas.

Palavras-Chave: Promoção da saúde; Dengue; Mobilização comunitária.

Justificativa

Milhões de pessoas são afetadas pela doença todos os anos, em epidemias que tiram o estudante da escola e o trabalhador do trabalho, com prejuízos financeiros para a economia do país e para o sistema de atenção à saúde. Em Minas Gerais foram notificados mais de 370 mil casos; no Brasil mais de 1,4 milhões de casos de dengue (BLOG DA SAÚDE 2014).

Em Uberlândia, somente nos primeiros 21 dias de janeiro de 2014 foram notificados 148 casos de dengue. Após vistoriar 11.008 imóveis na cidade entre os dias 14 e 18, o índice de infestação de *Aedes aegypti*, em Janeiro de 2014, foi de 3,3%, o que coloca a cidade em estado de alerta. Evitar a doença só é possível com a quebra de sua cadeia de transmissão, evitando a reprodução do mosquito, que se reproduz em qualquer recipiente que armazene água, tais como vasos de plantas, garrafas, tampinhas de garrafas, latas, pneus, calhas de telhados.

Tendo em vista que 94% dos criadouros de *Aedes aegypti* encontram-se dentro dos domicílios, a participação da população no controle da dengue é fundamental (LEAL 2014). As campanhas de vigilância em controle da dengue realizadas pelo governo não são efetivas e as epidemias se sucedem a cada ano. A razão para isto é que o governo realiza o seu plano de combate à doença ignorando a população, depois culpa a população por não fazer a sua parte. Não há duas partes, a do governo e a da população, mas uma só parte em que governo e população estejam juntos, em um mesmo plano, trabalhando juntos na mesma ação.

Não adianta o governo mandar recados pela mídia, cobrando a participação da sociedade. O que realmente pode resultar é que o governo se aproxime da população para juntos planejar e executar um plano de combate ao mosquito. É exatamente isso que este projeto se propõe, mostrar que com mobilização comunitária é possível acabar com a dengue. Por outro lado, este projeto também se justifica pela importância da interdisciplinaridade e da integração entre teoria e prática, em um processo pedagógico que valoriza experiências de aprendizagem com troca de saberes entre o saber acadêmico e o saber popular, desenvolvendo uma postura ética, ativa, crítica e reflexiva. Este projeto ainda permitirá a qualificação dos estudantes dentro de uma visão

Escola Municipal Professor Eurico Silva
Rua Antônio Alves dos Santos, 39 - Conjunto Viviane/Bairro São Jorge, 38410-114, Uberlândia.

mais abrangente, com cidadania, plenamente inseridos na realidade social em que vivem, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida e apontar solução aos problemas da sociedade, por meio de pesquisa participativa com intervenção.

Deste modo, constituirá como elemento ativador de mudanças curriculares no curso de Saúde Ambiental, para promover a superação do modelo tradicional de ensino, fundamentado na transmissão de conhecimentos, para a adoção de um enfoque pedagógico que enfatiza o trabalho interdisciplinar e uma aprendizagem que estimule o desenvolvimento social e o espírito crítico, com pedagógicas dialógicas, em que a pesquisa e a extensão sejam processo didático de aprendizagem ativa, a partir do contato direto dos estudantes com realidades concretas.

Objetivo Geral

Estabelecer redes comunitárias locais como estratégia de promoção da saúde para prevenção e controle da dengue, em microterritórios no bairro São Jorge, em Uberlândia MG.

Objetivos Específicos

- Estabelecer pequenos grupos comunitários para desenvolver atividades de vigilância contra a dengue em microterritórios de vizinhança;
- Organizar uma rede grupos comunitários a fim de mobilizar vizinhanças solidárias contra a dengue.

Metodologia

O projeto será desenvolvido por meio de atividades e ações sinergicamente coordenadas, com metodologias e procedimentos cuja finalidade é alcançar os objetivos propostos. As atividades serão apresentadas nas etapas descritas a seguir:

Etapas 1: Capacitação da Equipe

A primeira etapa será desenvolvida com a capacitação da equipe de coordenadores das ações, bolsistas e voluntários, em um seminário (20 horas) que nivelará os participantes em uma base conceitual/metodológica mínima. A equipe será formada por professores/pesquisadores, estudantes universitários de doutorado, de mestrado e de graduação, estudantes da Escola Municipal Professor Eurico Silva e voluntários cidadãos moradores do bairro São Jorge.

Etapas 2: Formação de comitês para mobilização de vizinhanças solidárias contra a dengue em microterritórios.

O Observatório da Saúde da Escola Municipal Professor Eurico Silva identificará ruas pequenas ou quarteirões de ruas (microterritórios) no bairro São Jorge que tenham como morador pelo menos um estudante da escola. Este estudante, do 2º ciclo do ensino fundamental, será o primeiro integrante do comitê de mobilização comunitária. A equipe de pesquisadores do Observatório fará uma convocação aos moradores do microterritório para uma reunião (em casa de um deles) para que seja apresentada a dengue como um problema comum a todos, tendo em vista os casos de dengue já ocorridos na comunidade. Será lançado o lema "vizinhança solidária contra a dengue". Após discussão e adesão dos moradores ao lema, serão escolhidos pelo menos 3 membros da comunidade que constituirão o comitê de mobilização comunitária, juntamente com o estudante da escola.

Escola Municipal Professor Eurico Silva
Rua Antônio Alves dos Santos, 39 - Conjunto Viviane/Bairro São Jorge, 38410-114, Uberlândia.

Etapa 3: Reconhecimento da percepção dos sujeitos sobre os riscos de transmissão da dengue nos microterritórios.

O comitê de mobilização comunitária, auxiliado pelos pesquisadores do Observatório da Saúde da Escola Professor Eurico Silva realizará entrevistas, com um pequeno questionário, em cada domicílio do seu microterritório, para reconhecer a percepção dos sujeitos sobre os riscos de transmissão da dengue. Após tabulação e interpretação dos dados do questionário será convocada uma reunião com todos os moradores do microterritório para discussão do problema. Nesta reunião deverá ser nomeada uma comissão para identificação dos riscos de transmissão da dengue na comunidade.

Etapa 4: Identificação de criadouros de *Aedes aegypti* e riscos de transmissão da dengue nos microterritórios.

A identificação de criadouros de *Aedes aegypti* será realizada pela comissão nomeada para esse fim em reunião da comunidade, por meio de visitas domiciliares. Antes, porém, a comissão receberá um treinamento dado pelos agentes de controle de zoonoses do programa municipal de dengue que trabalham neste território. Após as visitas domiciliares para identificação dos criadouros o comitê de mobilização comunitária convocará a comunidade para conhecer os resultados, discutir os riscos de transmissão da dengue e as formas de enfrentamento do problema.

Etapa 5: Estabelecimento de formas de vigilância contra a dengue nos microterritórios.

Depois de estabelecidas as formas de combate a dengue, principalmente com a eliminação dos criadouros, serão estabelecidas formas de vigilância contra a dengue nos domicílios, sendo uma delas que os moradores dediquem 5 minutos por dia para observar diariamente suas casas e seus quintais em busca de possíveis criadouros. Será elaborada uma ficha para registro das atividades diárias de vigilância.

Etapa 6: Avaliação do nível de mobilização comunitária e risco de transmissão da dengue.

A avaliação do nível de mobilização comunitária para o controle da dengue será realizada por meio do monitoramento da infestação de *Aedes aegypti*. Será instalada uma ovitrampa (armadilha de ovoposição) em um domicílio de cada quarteirão do microterritório. Estas ovitrapas serão monitoradas pelo estudante da equipe de mobilização comunitária que recolherá as palhetas com ovos semanalmente. Os ovos de *Aedes aegypti* serão identificados e contados em lupa microscópica instalada, no Observatório da Saúde da Escola. A comunidade será informada do resultado desse monitoramento que significará aumento do risco de transmissão de dengue quando o número de ovos de *Aedes aegypti* contados nas palhetas das ovitrapas aumentarem e redução do risco de transmissão de dengue, quando o número de ovos de *Aedes aegypti* diminuírem. A armadilha de oviposição empregada é constituída por um pote preto (11cm x 9cm), de 500 ml, como suporte para oviposição. Corta-se uma palheta de eucatex com dimensão de 3 cm x 12 cm, sendo que uma das superfícies tem que ser rugosa (áspera). Um terço, aproximadamente, do comprimento desta palheta fica imersa em água (para garantir a faixa de umidade adequada à ovoposição), presa verticalmente por um clipe (nº 8), no interior da armadilha (FAY & ELIASON, 1966), permitindo calcular a infestação de um local por meio do Índice de Positividade de Ovitampa (IPO).

$$IPO = \text{n}^\circ \text{ de armadilhas positivas} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de armadilhas examinadas.}$$

Escola Municipal Professor Eurico Silva
Rua Antônio Alves dos Santos, 39 - Conjunto Viviane/Bairro São Jorge, 38410-114, Uberlândia.

Etapa 7: Encontros dos comitês de mobilização de vizinhança solidária contra a dengue.

Os comitês de mobilização de vizinhança contra a dengue nos microterritórios se reunirá mensalmente no Observatório da Saúde da Escola Professor Eurico Silva, sob a coordenação dos pesquisadores, para troca de experiências e discussão das estratégias de mobilização nos microterritórios. Nestas reuniões serão também convocadas as instituições públicas da saúde, da educação e do desenvolvimento social que atuam no território, além de entidades da sociedade civil como ONGs, igrejas, associações, etc.

Referências Bibliográficas

BLOG DA SAÚDE. Mapa da dengue aponta 157 municípios em situação de risco e 525 em alerta. 19 de novembro 2013.

CAMPOS, Francisco Cardoso de; TEIXEIRA, Paulo Fleury; VAZ, Fernando Camargos; ÁLVARES, Juliana; AGUIAR, Raphael; OLIVEIRA, Vinícius de. Relatório Final de Pesquisa "Promoção de saúde na atenção básica no Brasil". Belo Horizonte. NESCON - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina, UFMG. 2005.

FAY, R.W.; ELIASON, D.A. A preferred oviposition site as surveillance method for *Aedes aegypti*. *Mosquito News*, v.26, n.4, p. 531-535, 1966.

GONZE, Gabriela Guerra; SILVA, Girlene Alves da. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. *Physis [online]*. vol.21, n.1, p. 129-146, 2011.

LEAL, Leonardo. Índice de infestação da dengue em Uberlândia é de 3,3%, aponta levantamento. *CORREIO DE UBERLÂNDIA*. 22/01/2014.

MAFRA, Rennan. Entre o espetáculo, a festa e a argumentação: Mídia, comunicação estratégica e mobilização social. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

MOREL, C.M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva* 9(2):261-270, 2004.

OLIVEIRA, João Carlos de. Manejo integrado para controle do *Aedes* e prevenção contra a dengue no Distrito de Martinésia, Uberlândia (MG). 2006. 96 p. Dissertação de Mestrado, Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia, 2006.

OLIVEIRA, João Carlos de. Mobilização comunitária como estratégia da promoção da saúde no controle dos *Aedes (aegypti e albopictus)* e prevenção do dengue no Distrito de Martinésia, Uberlândia (MG). Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Geografia, Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia, 2012.

PESSOA, Samuel Barnsly. *Ensaio médico-sociais*. 2ª. Edição. São Paulo. CEBE/HUCITEC, 1978, 380p.

PICKETT, K.E., PEARL, M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J. Epidemiol. Community Health*, London, v. 55, n.2, p.111-122, 2001.

PORTAL G1. Porto Alegre tem primeiro caso autóctone de dengue no RS em 2014. Publicado em 1/02/2014.

PROIETTI, Fernando Augusto; OLIVEIRA, Cláudia Di Lorenzo; FERREIRA, Fabiane Ribeiro; FERREIRA, Aline Dayrell; CAIAFFA, Waleska Teixeira. Unidade de Contexto e Observação Social Sistemática em Saúde: Conceitos e Métodos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [3]: 469-482, 2008.

World Health Organization. *The Ottawa charter for health promotion*. Geneve: WHO; 1986.

Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva, Uberlândia (2015).

Organização: SANTOS, F. O.; LIMA, S. C.; MACIEL, F. Q. A. (2015).

Apêndice D – 1º Módulo do curso de capacitação para ACS, ACE, ASE e enfermeiros (as), 2015



VIGILÂNCIA E CONTROLE DA DENGUE A PARTIR DE MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL NO TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA

Carga Horária: 30 horas

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

Transmissão, epidemia e controle da dengue; Territorialização da saúde; Processos de trabalho, visitas domiciliares, Mobilização comunitária e articulação intersetorial; Redes territoriais locais para vigilância e controle da dengue.

1º Módulo (Visita Domiciliar)

Sequência de Atividades		
O curso iniciará com um bem-vindo a todos; apresentação do professor e autoridades presentes; apresentação da programação e do certificado que será expedido pela UFU.		
Atividade do Professor	Atividade do Aluno	Hora
1. Pede que os alunos se apresentem, com o nome, local de trabalho e a quanto tempo trabalha na função.	1. Os alunos se apresentam.	8:30 a 9:00h
2. Apresenta uma questão para a discussão: Como evitar a epidemia de dengue que está anunciada para o próximo verão?	2. Os alunos debatem.	9:00 a 9:15h
3. Divide a classe em 4 grupos. Orienta os grupos a saírem do auditório para duas salas de aulas, dois grupos em cada sala. Em cada sala terá a presença de um professor que orientará as atividades.	3. Os alunos se dividem em 4 grupos e se dirigem às salas indicadas.	9:15 a 9:25h
4. Orienta aos grupos que escolham um relator; entrega-lhe papel e caneta.	4. Escolhem o relator que fará a síntese do debate no grupo.	9:25 a 9:30h
5. Apresenta aos grupos as questões para a discussão: <ul style="list-style-type: none"> • Porque temos epidemias de dengue com óbitos todos os anos? • Como convencer a população a cuidar do seu domicílio e eliminar os criadouros do mosquito? • Como realizar visitas domiciliares mais eficazes para mobilizar as famílias? 	5. Os alunos debatem as questões apresentadas, uma a uma, enquanto o relator anota os principais argumentos apresentados.	9:30 a 10:20h
6. Após a discussão, pede que os alunos retornem ao anfiteatro.	6. Retornam ao anfiteatro.	10:20 a 10:25h
7. Orienta os relatores dos grupos a apresentarem as sínteses da discussão. Orienta os alunos a debaterem os relatos apresentados	7. Os relatores apresentam suas sínteses. Os alunos a debatem os relatos apresentados.	10:25 a 10:55h
8. Levanta mais uma questão ao debate: "Como envolver ACE, ACS e ASE no trabalho de mobilização das famílias?"	8. Os alunos debatem	10:55 a 11:15h
9. Apresenta a atividade para a dispersão.	9. Os alunos ouvem.	11:15 a 11:30h

ATIVIDADE PARA A DISPERSÃO da 1ª aula

Realizar reunião (Coordenadora + ACS + ACZ + ASE) para:

1. Elaborar argumento de convencimento das famílias a assumir o seguinte compromisso: "cada um cuidando da própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive" . Só assim podemos controlar a dengue.
2. Nas visitas domiciliares, orientar sobre o que as pessoas podem fazer para evitar a dengue: uma vistoria nos quintais para identificar possíveis criadouros do mosquito e eliminá-los.

Organização: LIMA, S. C.; SANTOS, F. O; OLIVEIRA, J. C. (2015).

Apêndice E – 2º Módulo do curso de capacitação para ACS, ACE, ASE e enfermeiros (as), 2015



VIGILÂNCIA E CONTROLE DA DENGUE A PARTIR DE MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL NO TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA

Carga Horária: 30 horas

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

Transmissão, epidemia e controle da dengue; Territorialização da saúde; Processos de trabalho, visitas domiciliares, Mobilização comunitária e articulação intersetorial; Redes territoriais locais para vigilância e controle da dengue.

2º Módulo (Mobilização comunitária)

Sequência de Atividades		Hora
Os alunos ao chegar assinam a lista de presença. A aula se iniciará com um bem-vindo a todos; O professor lembra a programação e que o certificado que será expedido pela UFU.		8:00 a 8:15h
Atividade do Professor	Atividade do Aluno	Hora
1. Lembra o objetivo da aula: Mobilização comunitária intersetorial para a vigilância e o controle da dengue	1. Os alunos ouvem.	8:15 a 8:20h
2. Pede para que os grupos falem sobre a atividade realizada na dispersão (visita domiciliar).	2. Representes dos grupos relatam.	8:20 a 8:40h
3. Apresenta um questão ao debate, para aquecimento da discussão: Como as instituições sociais podem ajudar na vigilância e controle da dengue?	3. Os alunos debatem	8:40 a 8:55h
4. Divide a classe em 4 grupos. Orienta os grupos a saírem do auditório para duas salas de aulas, dois grupos em cada sala. Em cada sala terá a presença de um professor que orientará as atividades.	4. Os alunos se dividem em 4 grupos e se dirigem às salas indicadas.	8:55 a 9:00h
5. Orienta aos grupos que escolham um relator; entrega-lhe papel e caneta.	5. Escolhem o relator que fará a síntese do debate no grupo.	9:00 a 9:10h
6. Apresenta aos grupos as questões para a discussão: <ul style="list-style-type: none"> • Quais instituições sociais há no território da UBSF? • Como envolver essas instituições sociais em programas de mobilização das famílias para vigilância e controle da dengue? • Como elaborar um plano de trabalho com atividades permanentes para vigilância e controle da dengue para essas instituições sociais até dezembro/2015? (mobilização permanente x campanha) 	6. Os alunos debatem as questões apresentadas, uma a uma, enquanto o relator anota os principais argumentos apresentados.	9:10 a 10:10h
7. Após a discussão, pede que os alunos retornem ao anfiteatro.	7. Retornam ao anfiteatro.	10:20 a 10:25h
8. Orienta os relatores dos grupos a apresentarem as sínteses da discussão. Orienta os alunos a debaterem os relatos apresentados	8. Os relatores apresentam suas sínteses. Os alunos a debatem os relatos apresentados.	10:25 a 10:55h
9. Levanta mais uma questão ao debate: "Como envolver ACE, ACS e ASE no trabalho de mobilização comunitária, a partir das instituições sociais?"	9. Os alunos debatem	10:55 a 11:15h
10. Apresenta a atividade para a dispersão.	10. Os alunos ouvem.	11:15 a 11:30h

ATIVIDADE PARA A DISPERSÃO da 2ª aula

Realizar reunião (Coordenadora + ACS + ACZ + ASE) para:

- Escolher instituições sociais e elaborar propostas de plano de trabalho para envolvimento com a vigilância e controle da dengue (com cronograma até dezembro de 2015), lembrando o lema: "cada um cuidando de sua saúde, da saúde da sua família e do lugar onde vive. Só assim podemos controlar a dengue".
- Procurar os dirigentes das instituições para apresentar a proposta de plano de trabalho de vigilância e controle da dengue. Negociar as propostas (aceitando alterações que forem sugeridas) e contratualizar sua execução.

Organização: LIMA, S. C.; SANTOS, F. O; OLIVEIRA, J. C. (2015).

Apêndice F – 3º Módulo do curso de capacitação para ACS, ACE, ASE e enfermeiros (as), 2015



VIGILÂNCIA E CONTROLE DA DENGUE A PARTIR DE MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL NO TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA

Carga Horária: 30 horas

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

Transmissão, epidemia e controle da dengue; Territorialização da saúde; Processos de trabalho, visitas domiciliares, Mobilização comunitária e articulação intersetorial; Redes territoriais locais para vigilância e controle da dengue.

3º Módulo (Articulação intersetorial)

Sequência de Atividades		Hora
Os alunos ao chegar assinam a lista de presença. A aula se iniciará com um bem-vindo a todos.		8:00 a 8:15h
Atividade do Professor	Atividade do Aluno	Hora
1. Lembra o objetivo da aula: Articulação intersetorial para a vigilância e o controle da dengue	1. Os alunos ouvem.	8:15 a 8:20h
2. Pede para que os grupos falem sobre a atividade realizada na dispersão (mobilização comunitária).	2. Representes dos grupos relatam.	8:20 a 8:40h
3. Apresenta um questão ao debate, para aquecimento da discussão: Como as instituições públicas da Educação, Desenvolvimento social, Meio ambiente, Segurança pública podem ajudar na vigilância e controle da dengue?	3. Os alunos debatem	8:40 a 8:55h
4. Divide a classe em 4 grupos. Orienta os grupos a saírem do auditório para duas salas de aulas, dois grupos em cada sala. Em cada sala terá a presença de um professor que orientará as atividades.	4. Os alunos se dividem em 4 grupos e se dirigem às salas indicadas.	8:55 a 9:00h
5. Orienta aos grupos que escolham um relator; entrega-lhe papel e caneta.	5. Escolhem o relator que fará a síntese do debate no grupo.	9:00 a 9:10h
6. Apresenta aos grupos as questões para a discussão: <ul style="list-style-type: none"> • Quais instituições públicas há no território da UBSF? • Como envolver essas instituições públicas em programas de mobilização das famílias para vigilância e controle da dengue? • Como elaborar um plano de trabalho com atividades permanentes para vigilância e controle da dengue para essas instituições públicas até dezembro/2015? (mobilização permanente x campanha) 	6. Os alunos debatem as questões apresentadas, uma a uma, enquanto o relator anota os principais argumentos apresentados.	9:10 a 10:10h
7. Após a discussão, pede que os alunos retornem ao anfiteatro.	7. Retornam ao anfiteatro.	10:20 a 10:25h
8. Orienta os relatores dos grupos a apresentarem as sínteses da discussão. Orienta os alunos a debaterem os relatos apresentados	8. Os relatores apresentam suas sínteses. Os alunos a debatem os relatos apresentados.	10:25 a 10:55h
9. Levanta mais uma questão ao debate: "Como coordenar a rede de parceiros de instituições sociais e públicas pactuadas para o controle da dengue?"	9. Os alunos debatem	10:55 a 11:15h
10. Apresenta a atividade para a dispersão.	10. Os alunos ouvem.	11:15 a 11:30h

ATIVIDADE PARA A DISPERSÃO da 3ª aula

Realizar reunião (Coordenadora + ACS + ACZ + ASE) para:

1. Escolher instituições públicas e elaborar propostas de plano de trabalho para envolvimento com a vigilância e controle da dengue (com cronograma até dezembro de 2015), lembrando o lema: "cada um cuidando de sua saúde, da saúde da sua família e do lugar onde vive. Só assim podemos controlar a dengue".
2. Procurar os dirigentes das instituições para apresentar as propostas de plano de trabalho de vigilância e controle da dengue. Negociar a proposta (aceitando alterações que forem sugeridas) e contratualizar sua execução.
3. Indicar 1ACS + 1ACE + 1 ASE para coordenar/acompanhar a Rede de instituições parceiras.
4. Elaborar relatório das atividades realizadas na dispersão do 3º módulo e enviar para vigepe@uberlandia.mg.gov.br

Organização: LIMA, S. C.; SANTOS, F. O; OLIVEIRA, J. C. (2015).

Apêndice G – Questionário Alimentação aplicado para os estudantes da escola municipal Prof. Eurico Silva, junho de 2013

GRUPO DE TRABALHO: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Sexo: () Feminino

() Masculino


Idade:

Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
ALIMENTO/BEBIDA	Não comi nos últimos sete dias	1 dia nos últimos sete dias	2 dias nos últimos sete dias	3 dias nos últimos sete dias	4 dias nos últimos sete dias	5 dias nos últimos sete dias	6 dias nos últimos sete dias	Todos os 7 últimos dias
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc.)								
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc.) (não considerar batata e mandioca)								
3. Frutas frescas ou salada de frutas								
4. Feijão								
5. Leite ou iogurte								
6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc.)								
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.)								
8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
10. Refrigerantes								

Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva, Uberlândia (2016).

Organização: SANTOS, F. O.; LIMA, S. C.; LOPES; D.D.; ROSENBERG, E. G.; MACIEL, F. Q. A. (2013).

Apêndice H – Convite enviado para os pais para socializar os resultados dos questionários sobre drogas e alimentação, 2013



Reunião

Aos senhores Pais
e/ou Responsáveis

A nossa escola tem o prazer de convidá-los para participar da **reunião do Observatório da Saúde na Escola** que será realizada no dia 05/11/2013, das **19:30 às 20:30h**. A sua presença e pontualidade é fundamental para o sucesso deste evento.

Atenciosamente
Equipe Gestora




Reunião

Aos senhores Pais
e/ou Responsáveis

A nossa escola tem o prazer de convidá-los para participar da **reunião do Observatório da Saúde na Escola** que será realizada no dia 05/11/2013, das **19:30 às 20:30h**. A sua presença e pontualidade é fundamental para o sucesso deste evento.

Atenciosamente
Equipe Gestora




Reunião

Aos senhores Pais
e/ou Responsáveis

A nossa escola tem o prazer de convidá-los para participar da **reunião do Observatório da Saúde na Escola** que será realizada no dia 05/11/2013, das **19:30 às 20:30h**. A sua presença e pontualidade é fundamental para o sucesso deste evento.

Atenciosamente
Equipe Gestora



Reunião

Aos senhores Pais
e/ou Responsáveis

A nossa escola tem o prazer de convidá-los para participar da **reunião do Observatório da Saúde na Escola** que será realizada no dia 05/11/2013, das **19:30 às 20:30h**. A sua presença e pontualidade é fundamental para o sucesso deste evento.

Atenciosamente
Equipe Gestora




Reunião

Aos senhores Pais
e/ou Responsáveis

A nossa escola tem o prazer de convidá-los para participar da **reunião do Observatório da Saúde na Escola** que será realizada no dia 05/11/2013, das **19:30 às 20:30h**. A sua presença e pontualidade é fundamental para o sucesso deste evento.

Atenciosamente
Equipe Gestora



Reunião

Aos senhores Pais
e/ou Responsáveis

A nossa escola tem o prazer de convidá-los para participar da **reunião do Observatório da Saúde na Escola** que será realizada no dia 05/11/2013, das **19:30 às 20:30h**. A sua presença e pontualidade é fundamental para o sucesso deste evento.

Atenciosamente
Equipe Gestora

Apêndice I – Questionário alimentação que seria aplicado as famílias e vizinhança, 2014

GRUPO DE TRABALHO: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL - Questionário com as Famílias

Nome: _____ Endereço: _____

Idade: _____ Entrevistador: _____ Data: _____

Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
ALIMENTO/BEBIDA	Não comi	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc.)								
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc.) (não considerar batata e mandioca)								
3. Frutas frescas ou salada de frutas								
4. Feijão								
5. Leite ou iogurte								
6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc.)								
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.)								
8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
10. Refrigerantes								

11. Quais refeições costuma fazer por dia?

	Não	Sim	Local das refeições
Café da manhã			
Lanche da manhã			
Almoço			
Lanche ou café da tarde			
Jantar ou café da noite			
Lanche antes de dormir			

12. Faz atividade física regular?

Não faz 1 vez/sem 2 vezes/sem 3 vezes/sem 4 vezes/sem 5 vezes/sem Todo dia

13. Quantos copos de água (250 ml) toma por dia?

menos de 1 copo 2 copos 3 copos 4 copos 5 copos 6 copos 7 copos 8 copos mais de 8 copos

14. Quantas pessoas residem no domicílio?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. A família tem o costume de sentar-se à mesa para realizar as refeições?

sim não

16. Qual o tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?

Banha animal Óleo vegetal de soja Óleo vegetal de girassol, milho, algodão ou canola

17. Quantos litros de gordura a família consome por mês? _____

18. Quantos Kg de açúcar a família consome por mês? _____

19. Utiliza frequentemente Sazon, caldo de galinha no preparo dos alimentos? sim não

20. Quantas pessoas da família estão acima do peso? _____

Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva, Uberlândia (2016).

Organização: SANTOS, F. O.; LIMA, S. C. (2014).

Apêndice J - Questionário sobre drogas aplicado para estudantes da escola municipal Prof. Eurico Silva, agosto de 2013

GRUPO DE TRABALHO: MUNDO SEM DROGAS

Sexo: () Feminino () Masculino Idade:

1. Você já experimentou cigarro?
() não () sim
2. Você tem alguém na família que fuma?
() não () sim
3. Você já experimentou bebida alcoólica?
() não () sim
4. Você tem alguém na família que consome bebida alcoólica?
() não () sim
5. Você tem alguém na família com problemas de alcoolismo?
() não () sim
6. Você já experimentou outro tipo de droga?
() não () sim
7. Você tem alguém na família que usa droga?
() não () sim
8. Você já viu alguém fazendo uso de droga na escola?
() não () sim
9. Você conhece alguém que vende droga?
() não () sim

GRUPO DE TRABALHO: MUNDO SEM DROGAS

Sexo: () Feminino () Masculino Idade:

1. Você já experimentou cigarro?
() não () sim
2. Você tem alguém na família que fuma?
() não () sim
3. Você já experimentou bebida alcoólica?
() não () sim
4. Você tem alguém na família que consome bebida alcoólica?
() não () sim
5. Você tem alguém na família com problemas de alcoolismo?
() não () sim
6. Você já experimentou outro tipo de droga?
() não () sim
7. Você tem alguém na família que usa droga?
() não () sim
8. Você já viu alguém fazendo uso de droga na escola?
() não () sim
9. Você conhece alguém que vende droga?
() não () sim

Fonte: Escola Municipal Prof. Eurico Silva, Uberlândia (2016).

Organização: SANTOS, F. O.; LIMA, S. C.; OLIVEIRA, C. R. C.; ROSENBERG, E. G.; MACIEL, F. Q. A. (2013).

Apêndice L – Questionário aplicado para os pais sobre drogas, julho de 2014

DATA: ___/___/_____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco		
b. bebidas alcoólicas		
c. maconha		
d. cocaína, crack		
e. anfetaminas ou êxtase		
f. inalantes		
g. hipnóticos/sedativos		
h. alucinógenos		
i. opióides		
j. outras, especificar		

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?
(primeira droga, segunda droga, etc)

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco					
b. bebidas alcoólicas					
c. maconha					
d. cocaína, crack					
e. anfetaminas ou êxtase					
f. inalantes					
g. hipnóticos/sedativos					
h. alucinógenos					
i. opióides					
j. outras, especificar					

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mató, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?
(primeira droga, depois a segunda droga, etc)

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco					
b. bebidas alcoólicas					
c. maconha					
d. cocaína, crack					
e. anfetaminas ou êxtase					
f. inalantes					
g. hipnóticos/sedativos					
h. alucinógenos					
i. opióides					
j. outras, especificar					

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco					
b. bebidas alcoólicas					
c. maconha					
d. cocaína, crack					
e. anfetaminas ou êxtase					
f. inalantes					
g. hipnóticos/sedativos					
h. alucinógenos					
i. opióides					
j. outras, especificar					

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (*primeira droga, depois a segunda droga, etc*), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

NUNCA
1 OU 2 VEZES
MENSALMENTE
SEMANALMENTE
DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS

- a. derivados do tabaco
b. bebidas alcoólicas
c. maconha
d. cocaína, crack
e. anfetaminas ou êxtase
f. inalantes
g. hipnóticos/sedativos
h. alucinógenos
i. opióides
j. outras, especificar

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (*primeira droga, depois a segunda droga, etc...*) e não conseguiu?

NÃO, Nunca
SIM, nos últimos 3 meses
SIM, mas não nos últimos 3 meses

- | | | | |
|--------------------------|---|---|---|
| a. derivados do tabaco | 0 | 6 | 3 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 6 | 3 |
| c. maconha | 0 | 6 | 3 |
| d. cocaína, crack | 0 | 6 | 3 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 6 | 3 |
| f. inalantes | 0 | 6 | 3 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 6 | 3 |
| h. alucinógenos | 0 | 6 | 3 |
| i. opióides | 0 | 6 | 3 |
| j. outras, especificar | 0 | 6 | 3 |

• FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (*primeira droga, depois a segunda droga, etc...*) ?

(O: Nunca
nos últimos 3 meses
mas não nos os 3 meses

- a. derivados do tabaco
b. bebidas alcoólicas
c. maconha
d. cocaína, crack
e. anfetaminas ou êxtase
f. inalantes
g. hipnóticos/sedativos
h. alucinógenos
i. opióides
j. outras, especificar

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
------------	--------------------------	----------------------------------

Fonte: disponível em: < http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf>. Acessado em: maio de 2013.

Organização: LIMA, S. C.; SANTOS, F. O.; OLIVEIRA, C. R. C. (2014).