

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RAQUEL LOPES BONISSON SILVA

CONSCIENTIZAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E PRÁTICA DO
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM BETIM, MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

2015

RAQUEL LOPES BONISSON SILVA

**CONSCIENTIZAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E PRÁTICA DO
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM BETIM, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia de Saúde de Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Matilde Meire Miranda Cadete

BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

2015

RAQUEL LOPES BONISSON SILVA

**CONSCIENTIZAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E PRÁTICA DO
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM BETIM, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Prof^a. Dr^a. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Prof. Dr^a. Selme Silqueira de Matos

Aprovado em Belo Horizonte, 11 de fevereiro de 2015.

“Já choramos muito
Muitos se perderam no caminho
Mesmo assim não custa inventar
Uma nova canção
Que venha nos trazer
Sol de primavera
Abre as janelas do meu peito
A lição sabemos de cor
Só nos resta aprender”

Sol de Primavera, Beto Guedes

RESUMO

Betim é uma cidade localizada na região metropolitana de Belo Horizonte, com população estimada de 406.474 habitantes, dos quais 99.27% residem na área urbana. A proporção de crianças na escola e de jovens com o ensino médio completo tem crescido e, hoje, são 45.612 estudantes matriculados na rede municipal. Em Betim são 62 equipes de saúde da família, uma cobertura de 81%. Desde o ano de 2010, o município aderiu ao Programa Saúde na Escola (PSE), que propõe a formação integral dos estudantes através de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Dentre outras ações, o PSE atua fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde por meio de avaliação clínica e nutricional e promoção da alimentação saudável. Mesmo vivenciado em Betim desde então, ainda há necessidade de sensibilizar profissionais da saúde e da educação para a prática do Programa. Portanto, este trabalho se justifica pela necessidade de melhorar a adesão dos profissionais da saúde e da educação ao PSE. Assim, objetivou propor um plano de intervenção para melhorar a adesão ao PSE por profissionais da educação e da saúde. Para tal, fez-se pesquisa bibliográfica na SciELO, com os descritores saúde escolar e os qualificadores: desenvolvimento infantil, comportamentos saudáveis, hábitos alimentares, programas de rastreamento. O plano se baseou no Planejamento Estratégico Situacional com identificação dos problemas e seus “nós críticos” e geração de propostas de ação para alcançar maior êxito na avaliação dos estudantes. E, a partir destas construções, o plano de ação busca trabalhar a informação e instrução dos profissionais envolvidos com o PSE. A partir de uma ação adequada e eficaz da equipe de saúde da família no PSE será possível que não só os estudantes, mas também as famílias tenham acesso a ideias novas sobre alimentação, atividade física e saúde. Assim, será possível reestabelecer uma população mais saudável, com hábitos alimentares adequados e, conseqüentemente, indivíduos com riscos menores de desenvolver doenças não transmissíveis.

Palavras-chave: Saúde escolar. Hábitos alimentares. Educação. Programa Saúde da família.

ABSTRACT

Betim is a city located in Greater Belo Horizonte, with a population of 406,474. 99.27% of its inhabitants live in the urban area. The number of children attending school and youth that have finished High School has increased. Today there are 45,612 students enrolled in the public municipal schools. There are 62 family health teams in Betim, covering 81% of the municipality area. Since 2010 the city has participated in the School Health Program (*Programa de Saúde Escolar - PSE*). The program goal is to provide holistic training for students through activities that foster healthcare and prevention, improving the life quality of the Brazilian population.

Among other actions, the PSE activities strengthen the combat against health vulnerabilities, through clinical and nutritional assessment and healthy foods. Even though this program has been carried out for some time, there is still the need to raise awareness of health and education professionals on the program practices. The main focus of this work is the need to improve the involvement of health and education professions in the PSE. Therefore, the goal is to propose an intervention plan to improve the involvement of health and education professionals in the PSE. In order to do that, bibliographic research at SciELO was carried out, with the school health descriptors and the following qualifiers: child development, healthy behavior, eating habits, tracking programs.

The plan was based on the Situational Strategic Plan, with the identification of the problems and their critical bottlenecks, and the generation of successful action proposals in the students' evaluation. Based on that, the action plan has the objective of working on data and training professionals involved in the PSE. From a successful and efficient action of the PSE family health team, it will be possible that not only the students, but also their families, have access to new ideas about food, physical activities, and healthcare. Then it will be possible to have a healthier population, with adequate and healthy eating habits and, as a consequence, individuals less vulnerable to the risks of non transmissible diseases.

Palavras-chave: School Health. Food Habits. Education. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	JUSTIFICATIVA.....	20
3	OBJETIVOS.....	21
4	METODOLOGIA.....	22
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	23
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

Betim é uma cidade localizada na região metropolitana de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, estando a aproximadamente 30 Km desta.

Betim foi colonizada por luso-brasileiros e fazia parte de uma rota de bandeirantes. Devido ao fato desta rota ser próspera, o bandeirante Joseph Rodrigues Betim solicitou sesmaria nesta região, em 1711 (BETIM, 2014).

A região consolidou-se como local de passagem e parada dos tropeiros. Entre 1711 e 1750, a sesmaria de Betim recebeu vários núcleos de povoação. Entre 1760 e 1800, o arraial de Capela Nova do Betim desenvolveu em importância e foi elevado a distrito em 1797. Nessa época, houve uma crise econômica e Betim passou a desenvolver atividade econômica de subsistência, mantendo a agricultura e a pecuária (BETIM, 2014).

No século XX aconteceu o desenvolvimento de infraestrutura que, posteriormente, faria da região um polo industrial. Entre 1909 e 1911, foi construído um ramo de estrada de ferro que corta Betim e também uma hidrelétrica, gerando energia para Betim e localidades vizinhas (BETIM, 2014).

Em 1938, Betim torna-se município. Nas décadas de 1940 e 1950, Betim volta a ter importante função de abastecimento, desta vez destinada à capital do estado. O planejamento estadual destinou a Betim uma industrialização de base, representada por siderúrgicas e a produção de alimentos para o abastecimento da capital (BETIM, 2014).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) Betim tem uma área territorial de 342,846 km² e uma densidade demográfica de 1.102,80 hab/km². Em relação ao número aproximado de famílias, tem, na atualidade, 107.339 famílias (IBGE, 2010). Sua taxa de urbanização corresponde a 99,27% e sua renda média familiar é de R\$660,56 per capita / R\$1909,07 por domicílio. Ressalta-se, contudo, que a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 1,58% (ATLAS, 2010).

A renda per capita média de Betim cresceu 109,87% nas últimas duas décadas, passando de R\$314,74 em 1991 para R\$412,88 em 2000 e R\$660,56 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 31,18% no primeiro período e 59,99% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 12,17% em 1991 para 6,02% em 2000 e para 1,58% em 2010 (ATLAS, 2010, p.11).

O Abastecimento de água tratada, o número de domicílios que recebem energia elétrica e coleta de lixo nos últimos 13 anos, podem ser vistos em porcentagens na tabela 1, a seguir:

Tabela 1 – Indicadores de Habitação em Betim – MG

	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	86,30	95,76	98,27
% da população em domicílios com energia elétrica	97,59	99,45	99,86
% da população em domicílios com coleta de lixo *Somente para população urbana	49,11	96,73	98,68

Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/betim_mg#habitacao

Nesta tabela 2, é possível ver um pouco sobre a vulnerabilidade do município ao observar o número de moradores com abastecimento de água e esgotamento inadequados.

Tabela 2 – Condição de Moradia dos moradores de Betim de 1991 a 2010.

Condição de Moradia	1991	2000	2010
% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	1,73	1,94	0,45

Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/betim_mg#habitacao

Em julho de 2007, a cidade lançou uma agenda de sustentabilidade com alvos para 2017. Nela consta que, naquele ano, cerca de 68 % da população era atendida pela rede de esgoto e o alvo para 2017 era de coletar 95% do esgoto do município e tratá-lo nas Estações de Tratamento de Esgoto e que 100% do esgoto industrial seria lançado na rede coletora (BETIM, 2007).

No Município de Betim, as principais atividades econômicas são indústria, agropecuária e agricultura, mineração, pecuária, artesanato e turismo. Suas principais indústrias são as de produtos de materiais de plástico, automóveis, vestuário, calçados e artefatos de tecidos, material elétrico, eletrônico e comunicação, construção, madeira, material de transporte, papel e papelão, mecânica e metalúrgica, indústria química e transformação de minerais não metálicos. A mineração explora principalmente o gnaíse; também há atividades de exploração de areia, pedras britadas e ornamentais são as principais reservas minerais. (BETIM, 2006).

A população estimada em 2013 é de 406.474 habitantes (IBGE, 2014).

Os dados da tabela 3 mostram o quantitativo de pessoas, por faixa etária, moradoras em Betim.

Tabela 3 – População residente total do município de Betim por faixa etária.

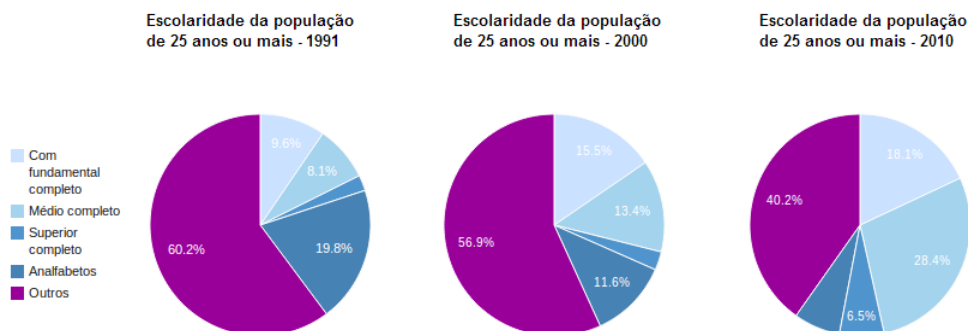
População residente total		
0 a 4 anos	28.296	pessoas
5 a 9 anos	29.988	pessoas
10 a 14 anos	35.874	pessoas
15 a 19 anos	34.981	pessoas
20 a 24 anos	36.144	pessoas
25 a 29 anos	36.886	pessoas
30 a 39 anos	64.024	pessoas
40 a 49 anos	50.788	pessoas
50 a 59 anos	34.494	pessoas
60 a 69 anos	15.840	pessoas
70 anos ou mais	10.774	pessoas

Fonte: <http://www.cidades.ibge.gov.br>

Percebe-se que o maior número de pessoas se encontra na faixa produtiva, ou seja, pessoas com idades entre 30 a 49 anos de idade.

A população urbana é de 99,27% da população total e o número de habitantes da zona rural é de 2.758 pessoas, o que significa ser apenas 0,73% do total populacional (IBGE, 2010).

No que concerne à educação, a taxa de analfabetismo da população com 18 anos ou mais caiu 10,64% nos últimos 20 anos, conforme dados apresentados no gráfico 1 (ATLAS, 2010).

Gráfico 1 – Evolução da taxa de escolaridade da população adulta de Betim

Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/betim_mg#caracterizacao#educacao

A proporção de crianças e jovens frequentes ou com ciclos educacionais completos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação. A proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 41,97% no período de 2000 a

2010, e entre 1991 e 2000, 132,95%. De 2000 a 2010, a proporção de crianças de 11 a 13 anos cursando os anos finais do ensino fundamental cresceu 19,33% e 92,56% entre 1991 e 2000. A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 58,52% no período de 2000 a 2010 e 153,08% no período de 1991 a 2000. A proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 109,41% entre 2000 e 2010 e 217,60% entre 1991 e 2000 (ATLAS, 2010).

Hoje, em Betim, os ensinos de pré-escola, fundamental e médio são realizados pelo setor particular e público, sendo este nos níveis municipal ou estadual, segundo dados demonstrados na tabela 4.

Tabela 4 – Total de escolas do município de Betim, de acordo com ciclo de ensino e o financiamento no ano de 2012.

Total de Escolas	Financiamento		
	Privado	Municipal	Estadual
Ensino Pré-escolar			
87	72	15	-
Ensino Fundamental			
114	28	64	22
Ensino Médio			
33	4	2	27

Fonte: <http://www.cidades.ibge.gov.br/>

A leitura dos dados sinaliza que o ensino privado lidera no ensino da pré-escola e o ensino estadual prevalece no ensino médio.

Discorrendo acerca do Sistema Local de Saúde, tem-se que o Conselho de Saúde tem caráter deliberativo, tendo como principal tarefa atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive, aspectos econômicos e financeiros. Ele é composto por 32 membros efetivos e 32 suplentes. Destes, 16 são representantes de usuários, oito de trabalhadores e oito são representantes dos gestores e prestadores de serviços, ou seja, ele tem poder de decidir sobre a saúde pública no município de Betim (BETIM, 2014).

O plano orçamentário destinado à saúde em 2014 abraça R\$ 469,3 milhões da receita (BETIM, 2014).

Em Betim existem 34 unidades básicas de saúde, com um total de 62 equipes de saúde da família (BETIM, 2012). A estimativa da população cadastrada em unidades básicas de saúde é de 81% da população total do município (BETIM, 2013).

Na atenção secundária, são quatro Unidades de Atendimento Imediato (UAI) espalhadas nas regionais (BETIM, 2014).

Também, a Secretaria Municipal de Saúde de Betim oferece atendimento e acompanhamento para pessoas com sofrimento mental, visando à substituição do modelo manicomial. No município, existem três Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) e o Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMI). Contam com psicólogos, psiquiatras, terapeutas, assistentes sociais e enfermeiros (BETIM, 2014).

Há o Centro de Referência em Reabilitação Anderson Gomes de Freitas que oferece reabilitação para pacientes. Esse centro conta com uma equipe multidisciplinar composta por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, garantindo atendimento a 250 pessoas por dia (BETIM, 2014).

O Centro de Referência em Especialidades Divino Ferreira Braga atende demanda de especialidades que são encaminhadas por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e agendadas através da Diretoria de Regulação. As especialidades oferecidas são Alergologia, Angiologia, Cardiologia adulto e infantil, Dermatologia, Endocrinologia adulto, Endocrinologia infantil, Fonoaudiologia, Gastroenterologia adulto e infantil, Geriatria, Ginecologia, Hematologia, Homeopatia, Mastologia, Nefrologia adulto e infantil, Neurologia adulto e infantil, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia adulto e infantil, Pneumologia adulto e infantil, Proctologia, Pré-natal de alto risco, Reumatologia, Urologia e Nutrição (BETIM, 2014).

O Centro de Referência conta ainda com Serviço de Acompanhamento de Recém Nascido de Alto Risco - Serenar - que faz o acompanhamento dos bebês prematuros encaminhados pelas unidades de saúde ou pela maternidade (BETIM, 2014).

Há também no município o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) com dois mil atendimentos anuais. Com realização de exame para diagnóstico de asma ocupacional; capacitação e avaliação do trabalhador com suspeita de PAIR (Perda Auditiva Induzida por Ruído); vigilância em Saúde do Trabalhador Rural; suporte técnico nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador nas empresas de Betim; busca ativa na Gerência Regional do Trabalho de agravos à saúde do trabalhador; encaminhamento ao INSS de trabalhador segurado para confecção de órtese e prótese, visando o retorno ao trabalho (BETIM, 2014).

O Serviço de Prevenção e Assistência a Doenças Infecciosas (SEPADI) atende mensalmente cerca de 1.500 usuários, em consultas com infectologistas, psicólogos, assistentes sociais, dispensação de medicamentos e preservativos, palestras e oficinas. São atendidos também vítimas de acidentes com material biológico e perfurocortantes, mulheres e crianças vítimas de abuso sexual, rubéola e toxoplasmose congênitas e outros casos de doenças infecciosas que os profissionais das UBS encaminhem. Há ainda Atenção Domiciliar Terapêutica que atende pessoas que vivem com HIV/Aids em domicílio (BETIM, 2014).

E por fim, o Centro de Tratamento de Lesões João Pipoca atende casos de lesões de maior complexidade, como as originadas pela hanseníase e curativos de feridas consideradas mais complicadas (BETIM, 2014).

Na atenção terciária, Betim conta com o Hospital Público Regional de Betim Osvaldo Rezende Franco (HRPB) que está consolidado como uma unidade de referência para urgência e emergência, na internação e atendimento em diversas clínicas compostas por várias unidades assistenciais. Sua abrangência atinge, além de Betim, os 16 municípios que fazem parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba. O hospital conta com Pronto Socorro que atende usuários referenciados das UAIs, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e municípios da microrregião em casos de traumas, urgências clínicas, cirúrgicas, ortopédicas se neurológicas. Conta também com Maternidade, Neonatologia, Pediatria, Cirurgia\ Bloco Cirúrgico, Hemodiálise, CTI Adulto, CTI Pediátrico, Clínica Médica (BETIM, 2014).

Também há a Maternidade Pública de Betim Haydée Espejo Conroy que oferece os seguintes serviços: pré-natal de gestação de risco habitual, abortamento e urgências obstétricas e ginecológicas, avaliação de todas as mulheres que procuram a maternidade, exames de ultrassonografia e laboratoriais, assistência humanizada aos partos normal e cesárea, assistência às urgências ginecológicas e obstétricas, assistência neonatal, fototerapia, inclusive domiciliar, cuidados Mãe-Canguru, atendimento integral (serviço social, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia) e orientação sobre a saúde reprodutiva da mulher cuidados com a criança (BETIM, 2014).

Há o Hospital Orestes Diniz, administrado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e funcionando com profissionais são cedidos pelo município. O hospital conta com 12 leitos de clínica médica e 10 de pronto atendimento (BETIM, 2014).

Gustavo Capanema é o local onde vivem cerca de 60 pessoas com sequelas de hanseníase. Lá existem enfermarias para abrigar os usuários e um Centro de Reabilitação, com áreas para fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social e sapataria ortopédica, onde são produzidas as próteses. Todos esses serviços são oferecidos aos internos e às pessoas encaminhadas pelas UBS (BETIM, 2014).

Apresentando o território e área de abrangência, pode-se dizer que a projeção da população por unidade básica de saúde é de 330.716 usuários cadastrados e 388.873 pessoas estimadas (BETIM, 2012).

A Unidade Básica de Saúde CAIC/Capelinha está inserida na Regional Terezópolis, situa-se na Avenida Nova York, 341, bairro Capelinha. O horário de funcionamento é de 7h00min a 17h00min, de segunda-feira a sexta-feira. A população cadastrada na UBS é de 3.638 usuários e a população estimada da região é de 4.278 pessoas (BETIM, 2012).

Na unidade existem três Equipes de Saúde da Família, formadas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, a unidade conta com mais um técnico de enfermagem de apoio. Também há uma ginecologista que atende duas horas por dia por quatro vezes na semana. A unidade conta com vários profissionais de apoio administrativo: uma recepcionista, uma funcionária terceirizada responsável pelos prontuários da unidade, uma bioestatística, uma responsável pelas questões de recursos humanos, uma gerente. Também há uma funcionária terceirizada responsável pela limpeza do local.

A área física da unidade não é a definitiva. Existe um projeto de construção de uma unidade nova. A UBS está inserida em um complexo onde existe também uma escola municipal, uma creche também municipal, um órgão de assistência social e um posto da guarda municipal.

A área da UBS é composta por um *hall* de espera, um banheiro feminino e um masculino para utilização dos usuários, duas recepções, uma sala para marcação de consultas, um escritório para a gerência da unidade, oito consultórios, uma sala de observação de pacientes, uma sala de curativos, um expurgo, uma sala para pesagem de pacientes, uma sala de vacina, duas salas conjugadas para uso da farmácia. Também há uma sala de reuniões ampla, uma sala para bioestatística e uma sala para gestão de recursos humanos, um almoxarifado. Para os funcionários há uma copa/cozinha e um banheiro masculino e um feminino. A maior parte da

estrutura descrita não é de alvenaria e sim de uma estrutura mais frágil e fina que não faz o isolamento acústico ideal.

A realização do diagnóstico situacional, como uma das atividades do módulo de planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), permitiu levantar dados e alguns, transformados em informação para produzir conhecimentos que, através de planejamento, sejam decompostos em ações transformadoras.

A palavra ‘diagnóstico’ quer dizer ‘através do conhecimento’. Portanto, o desafio é levantar dados, transformá-los em informação para produzir conhecimento que subsidie o planejamento. O planejamento é um mediador entre o conhecimento e a ação (CAMPOS, FARIA, E SANTOS, 2010, p.35).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) dá amparo metodológico para ações eficazes. Este método prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (MATUS, 1993, 1994 *apud* ARTMANN, 2000).

O primeiro momento é o explicativo, em que se seleciona e se compreende o problema; este é o momento da seleção e análise dos problemas considerados relevantes para o ator social e sobre os quais este pretende intervir. É importante conhecer bem o problema para identificar corretamente os processos de causalidade (ARTMANN, 2000).

Antes de iniciar os passos é importante compreender o que é um problema. Um problema pode ser definido um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos, uma discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada, a partir do momento em que esta situação é definida por um ator como inaceitável e possível de ser transformada (CAMPOS, FARIA, E SANTOS, 2010).

Este primeiro momento, de identificação de problemas, foi dividido em cinco etapas, somente para facilitação da compreensão do método.

Para facilitar a visualização do problema, é necessário contextualizá-lo. Assim, compreender que mudanças de hábito e estilo de vida ocorridas nos países em desenvolvimento, como o Brasil, são seguidas de modificações no perfil de morbimortalidade. As doenças não transmissíveis representam importante problema de saúde pública nesses países, com alto custo social e difícil prevenção. Os problemas cardiovasculares contribuem significativamente como grupo causal de mortalidade em todas as regiões brasileiras, com aumento do ônus econômico relacionado a tratamentos e internações (CASTRO, 2004). E hoje, são fortes as

evidências científicas que apontam o impacto da alimentação saudável na prevenção das mortes prematuras por doenças cardíacas (BRASIL, 2014).

Portanto, é necessário investir em educação em saúde visando mudanças de hábitos que auxiliem na redução de riscos para saúde. Desde o ano de 2010, o município aderiu ao Programa Saúde na Escola (PSE), projeto intersetorial dos Ministérios da Saúde e Educação. O programa surgiu de um decreto presidencial no ano de 2007 e desde o ano de 2010, Betim aderiu a ele. O PSE propõe a formação integral dos estudantes através de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Dentre outras ações, o PSE atua fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde através de avaliação clínica e nutricional e promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2011).

Avaliando que Betim tem aproximadamente 10% de sua população de estudantes matriculados na rede municipal da pré-escola ao ensino médio (IBGE, 2014) e que parte destes estudantes são avaliados e orientados pelo Programa Saúde da Família, é possível enxergar o potencial desta estratégia. Mesmo vivenciado em Betim desde 2010, ainda há necessidade de sensibilizar profissionais da saúde e da educação para a prática do Programa.

Então, o primeiro passo foi listar os problemas enfrentados na atuação no Programa Saúde na Escola (PSE).

Os problemas foram identificados a partir da vivência e da observação ativa do trabalho (CAMPOS, FARIA, E SANTOS, 2010), dentre os quais se destacaram:

- Falta de comunicação da secretaria de saúde com as escolas conveniadas ao PSE.
- Falta de comunicação da secretaria de saúde com as unidades de saúde que possuem escolas conveniadas ao PSE em suas áreas de abrangência.
- Falta de conhecimento dos gestores do PSE do que é o programa e suas finalidades.
- Falta de conhecimento das escolas e das unidades de saúde sobre o que é o PSE e suas finalidades.
- Falta de materiais (balanças, estadiômetros, esfigmomanômetros) para avaliação de crianças e adolescentes nas escolas.

- Falta de treinamento relacionados aos temas abordados no PSE como medidas antropométricas e acuidade visual.
- Falta de transporte para o deslocamento entre escola e unidade de saúde.
- Há maior empenho em cumprir as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde do que em promover saúde e prevenir agravos através do PSE.

Em seguida, organizou-se os problemas listados de acordo com a prioridade, a partir de conversas e discussões com a equipe de saúde:

- Falta de conhecimento dos gestores do PSE do que é o programa e suas finalidades.
- Há maior empenho em cumprir as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde do que em promover saúde e prevenir agravos através do PSE.
- Falta de conhecimento das escolas e das unidades de saúde sobre o que é o PSE e suas finalidades.
- Falta de comunicação da secretaria de saúde com as unidades de saúde que possuem escolas conveniadas ao PSE em suas áreas de abrangência.
- Falta de comunicação da secretaria de saúde com as escolas conveniadas ao Programa de Saúde na Escola (PSE).
- Falta de treinamento relacionados aos temas abordados no PSE como medidas antropométricas e acuidade visual.
- Falta de materiais (balanças, estadiômetros, esfigmomanômetros) para avaliação de crianças e adolescentes nas escolas.
- Falta de transporte para o deslocamento entre escola e unidade de saúde.

Posteriormente, destacou-se um problema considerado prioritário:

- Há maior empenho em cumprir as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde do que em promover saúde e prevenir agravos através do PSE.

Assim, ao destacar o problema prioritário, passou-se descrição do mesmo através de indicadores ou descritores que o definam de maneira clara. Os descritores devem ser

necessários e suficientes para expressar o problema sem confundi-lo com outros ou com suas próprias causas e consequências (ARTMANN, 2000).

Portanto, os tópicos, a seguir, são desdobramentos do problema que ajudam a explicá-lo:

- As crianças e adolescentes avaliados pela ação do PSE e que revelaram necessidades de saúde e sociais ainda não foram atendidos pelos profissionais aos quais foram encaminhados.
- Durante as avaliações do PSE foram percebidos problemas familiares, com comprometimentos para a saúde de crianças e adolescentes, e os mesmos não foram avaliados pela Equipe de Saúde da Família.
- As avaliações das crianças e adolescentes foram feitas, muitas vezes, com instrumentos inadequados, portanto, mesmo existindo dados para ser lançados, estes não permitem uma avaliação real da situação de saúde.
- Os profissionais envolvidos no PSE não foram devidamente orientados sobre o programa e treinados, portanto, mesmo existindo dados para ser lançados, estes podem ser imprecisos.
- A Unidade Básica de Saúde (UBS), ao receber os encaminhamentos feitos pelo PSE, não sabe como administrá-los e quais serão as ações realizadas a partir dos problemas evidenciados.

Ao avaliar o problema, observou-se que este se definiu como um problema estruturado, pois as variáveis e as relações entre elas são conhecidas e sua solução é consensual. O problema também foi caracterizado como intermediário, pois é vivenciado no cotidiano da organização e interfere na qualidade final dos produtos e serviços prestados (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Em seguida, partiu-se para o último passo que foi a definição dos “nós críticos”:

Em meio às várias causas do problema estão aquelas que se constituíram nos pontos de enfrentamento do mesmo, e sobre as quais serão elaboradas as propostas de ação. Para selecionar um “nó crítico” deve-se responder afirmativamente às três questões:

A intervenção sobre esta causa trará um impacto representativo sobre os descritores do problema, no sentido de modificá-los positivamente? A causa constitui-se num centro prático de ação, ou seja, há possibilidade de intervenção direta sobre este nó causal (mesmo que não seja pelo ator que explica)? É oportuno politicamente intervir? (ARTMANN, 2000, p.11)

Diante disso, foram observados os seguintes “nós críticos” do problema considerado prioritário:

- Os profissionais envolvidos no PSE não foram devidamente orientados sobre o programa e treinados, portando, mesmo existindo dados para ser lançados, estes podem ser imprecisos.
- A Unidade Básica de Saúde, ao receber os encaminhamentos feitos pelo PSE, não sabe como administrá-los e quais serão as ações realizadas a partir dos problemas evidenciados.

Os “nós críticos” ainda expressam problemas gerais, que dificultam a visão clara de uma intervenção (ARTMANN, 2000), sendo importante descrevê-los mais.

Ao avaliar os “nós críticos” citados, é importante destacar o papel da Secretaria de Saúde. Esta deve promover cursos de capacitação para as Equipes de Saúde da Família, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família e às equipes atuantes no PSE. Cursos sobre o programa em si e também sobre os temas que este se propõe avaliar. Muitas vezes, estas capacitações não são oferecidas alegando-se falta de tempo e excesso de serviço. É complicado retirar profissionais, já escassos, do campo de trabalho para capacitá-los. Há resistência tanto de gestores quanto dos próprios profissionais, que veem seu serviço acumulado. Mas o gestor deve enfrentar a lógica ‘tarefeira’ e assim, propor novos processos de trabalho, novas reflexões sobre o processo de trabalho, fortalecendo a promoção da saúde e prevenção dos agravos e instituindo um processo de trabalho pensado a longo prazo.

Ao observar este ‘nó crítico’ em um nível inferior de governabilidade, percebe-se que os treinamentos sobre o programa e alguns sobre o que o PSE se propõe a avaliar podem ser ofertados pelos próprios profissionais envolvidos na avaliação dos estudantes. Também é possível que sejam feitos grupos de estudo entre os profissionais para que os temas do PSE sejam conhecidos e dominados. É interessante também que os profissionais da saúde partilhem do espaço escolar e incluam professores nos assuntos que envolvem o PSE, para que estes também conheçam o programa e envolvam-se com ele. Assim, será possível perceber profissionais da saúde e da educação empenhados em cumprir as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e também em promover saúde e prevenir agravos através do PSE.

2 JUSTIFICATIVA

O trabalho justifica-se pela necessidade de melhorar a adesão dos profissionais da saúde e da educação ao PSE, visto que hoje existem evidências científicas que apontam o impacto da alimentação saudável na prevenção das mortes prematuras por doenças cardíacas (BRASIL, 2014).

Os profissionais das UBS devem ser capacitados e a unidade equipada para cuidar de sua população em toda a proposta do SUS, tanto para ações curativas e de recuperação, quanto para ações de promoção e prevenção. Sabe-se que grande parte do tempo de trabalho das unidades destina-se ao atendimento de demanda espontânea, restando pouco para ações preventivas. Portanto, deve-se amparar teoricamente a unidade para repensar o trabalho e reorganizá-lo numa nova lógica. Incluindo mais as ações preventivas individuais e coletivas e também explorando novos espaços da comunidade, como as escolas.

Também é importante que a Secretaria de Saúde disponibilize mais vagas para os atendimentos de especialidades, pois os encaminhamentos aumentam a medida que se avalia um volume maior de usuários. Crianças encaminhadas ao oftalmologista, há um ano atrás, após teste de acuidade visual proposto pelo PSE, até hoje não conseguiram atendimento. Situação frustrante para usuários e profissionais envolvidos.

As UBS, mesmo não possuindo governabilidade para aumentar o número de consultas especializadas, podem reunir seus profissionais e promover discussões clínicas, avaliando as necessidades reais e também as prioridades das consultas especializadas. Também é possível promover espaços de reflexão sobre o processo de trabalho que possibilitem que os profissionais organizem-se numa nova lógica de trabalho para otimizar o atendimento às consultas de livre demanda e às consultas agendadas e, assim, exista tempo para investir em ações de promoção de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para melhorar a adesão ao PSE por profissionais da educação e da saúde.

3.2 Objetivos específicos

Discutir com profissionais da educação e da saúde sobre as propostas, objetivos e funcionamento do PSE.

Discutir com os pais dos estudantes da escola sobre o programa e também sobre questões de saúde.

Discutir com a Equipe de Saúde da Família (ESF) como serão realizadas as ações do PSE que exigirão tempo e recursos da unidade básica de saúde referência.

Discutir a viabilidade de elaborar e realizar atividades de promoção de saúde.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção se baseou no método do Planejamento Estratégico Situacional, com identificação do problema, bem como seus “nós críticos”, primeiramente. Todos os passos para tal foram descritos na introdução deste trabalho.

Também foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do *Scientific Electronic Library on line* (SciELO), com o descritor: saúde escolar e os qualificadores: desenvolvimento infantil, comportamentos saudáveis, hábitos alimentares, programas de rastreamento.

Os critérios de seleção do material bibliográfico foram: artigos com texto integral disponível, publicados a partir de 2010, nos idiomas inglês e português. Foram encontrados 29 artigos e, destes, selecionados cinco que contemplavam o tema proposto neste trabalho.

Foi feita leitura sistemática dos materiais e também do Caderno de Atenção Básica sobre o programa Saúde na Escola. A partir daí, foi construída a base sobre a qual foi argumentada a importância do programa na prevenção de riscos e agravos de saúde.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Como um país em desenvolvimento, o Brasil passa por um período de transição nutricional gerada por mudanças de estilo de vida e hábitos alimentares da população. Observa-se a existência simultânea de desnutrição, excesso de peso, deficiência de nutrientes e doenças crônicas não transmissíveis numa única comunidade ou até no mesmo domicílio. A desnutrição tem dado lugar ao excesso de peso, estudos mostram prevalências de excesso de peso em escolares de 10,8 a 33,8%, em diferentes regiões do Brasil (MATUK *et al.*, 2011).

Há associação entre alimentação de crianças e adolescentes e o surgimento de efeitos danosos à saúde na fase adulta, além de que a prevalência da gordura corporal excessiva na infância relaciona-se à precocidade de surgimento e sua persistência até a vida adulta (MATUK *et al.*, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2010)

Compreende-se que a formação dos hábitos alimentares é iniciada na infância e influenciada por fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais e econômicos, portanto um processo educativo modificável (ARAÚJO *et al.*, 2010; RAMOS, SANTOS, REIS, 2013).

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) constitui uma estratégia recomendada pelas políticas públicas em alimentação e nutrição, sendo considerada importante instrumento para promoção de hábitos alimentares saudáveis e a concretização de um estado de segurança alimentar e nutricional para a população (RAMOS, SANTOS, REIS, 2013; BOOG, 2010). A escola, onde crianças e adolescentes ficam por períodos longos, é considerada um espaço importante de produção de saúde, autoestima, comportamentos e habilidades para a vida de seus alunos, sendo um ambiente favorável para a aprendizagem, socialização e implementação de ações de educação em saúde centradas nos hábitos alimentares e na prática de atividade física. Isso envolve também a família, os professores e os demais profissionais que atuam na instituição (ARAÚJO *et al.*, 2010; MATUK *et al.*, 2011).

Um fator para a construção de programas de promoção da alimentação saudável viáveis e eficazes, é que eles sejam firmados sobre análises que tragam clareza não só sobre o consumo alimentar, mas sobre a cultura e as condições de vida de uma comunidade, de forma que eles possam ser planejados considerando necessidades e valores da comunidade (BOOG, 2010).

Quando crianças e adolescentes entram em contato com a escola, experimentam outros alimentos e preparações e têm oportunidade de mudar seus hábitos alimentares pelas

influências do grupo social e dos estímulos presentes no sistema educacional. Assim, entende-se que a escola apresenta um ambiente privilegiado para programas de EAN e esse contexto é considerado na formulação de políticas públicas em alimentação e nutrição (RAMOS, SANTOS, REIS, 2013).

Sem contar que hábitos alimentares adquiridos na família e aqueles aprendidos na escola interagem entre si, podendo um influenciar o outro (MATUK *et al.*, 2011), ou seja, mudanças geradas no espaço da escola podem produzir mudanças nas famílias.

Dentro deste contexto escolar, é possível identificar que ao contribuir na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, a escola interfere diretamente na produção social da saúde. E o território escolar, como um território onde se produz saúde e também doença, constitui-se espaço para que as equipes de Saúde da Família construam e fortaleçam a articulação com a comunidade escolar (BRASIL, 2009).

Desta forma, em 5 de dezembro de 2007, através do Decreto Presidencial nº 6.286º, institui-se o Programa Saúde na Escola (PSE). Este é resultado do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2009).

Os principais objetivos do programa são (BRASIL, 2009, p.15):

- I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;
- II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;

VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo.

O PSE aponta que as equipes de Saúde da Família devem constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar (BRASIL, 2009).

As ações de saúde previstas na esfera do PSE e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, podendo compreender, entre outras (BRASIL, 2009, p. 15):

I – Avaliação clínica;

II – Avaliação nutricional;

III – Promoção da alimentação saudável;

IV – Avaliação oftalmológica;

V – Avaliação da saúde e higiene bucal;

VI – Avaliação auditiva;

VII – Avaliação psicossocial;

VIII – Atualização e controle do calendário vacinal;

IX – Redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

X – Prevenção e redução do consumo do álcool;

XI – Prevenção do uso de drogas;

XII – Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;

XIII – Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

XIV – Educação permanente em saúde;

XV – Atividade física e saúde;

XVI – Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar;

XVII – Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Fica claro que as ações do PSE contemplam atividades relacionadas a promoção de alimentação saudável e prática de atividade física, com potencialidade em evitar agravos e promover a saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2009).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme explicitado anteriormente, este plano de intervenção teve como norte, o Planejamento Estratégico Situacional que fornece amparo metodológico para ações eficazes. O PES prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (MATUS, 1993, 1994 *apud* ARTMANN, 2000).

Nesta etapa será desenvolvido o segundo momento do planejamento: o momento normativo. Este é o momento de desenhar o plano de intervenção, ou seja, de definir a situação-objetivo ou situação futura desejada e as ações concretas que apontam resultados, adotando como referência os nós críticos selecionados (ARTMANN, 2000).

A situação-objetivo é a nova situação a ser atingida. Cada descritor deverá ser transformado num resultado esperado. Assim teremos um vetor de descrição de resultados que correspondente aos resultados finais a serem alcançados pelo plano como um todo e os resultados intermediários ao vetor de descrição dos nós-críticos modificados a serem alcançados através de cada ação. Estes vetores auxiliarão no monitoramento do plano de ação (ARTMANN, 2000).

Então, os resultados esperados, a partir dos problemas listados são:

- As crianças e adolescentes avaliados pela ação do PSE e que revelaram necessidades de saúde e sociais têm encaminhamentos atendidos em um mês.
- Os problemas familiares percebidos durante as avaliações do PSE, com comprometimentos para a saúde de crianças e adolescentes, são avaliados pela Equipe de Saúde da Família no prazo de um mês.
- As avaliações das crianças e adolescentes são realizadas com instrumentos adequados, para que sejam produzidos dados fiéis à realidade.
- Os profissionais envolvidos no PSE estão devidamente orientados sobre o programa e treinados.
- A Unidade Básica de Saúde (UBS), ao receber os encaminhamentos feitos pelo PSE, tem uma estratégia eficaz para administrá-los.

6.1 Desenho das operações

As operações constituem-se em compromissos de ação, em meios de intervenção que utilizam recursos organizativos, ou políticos, econômicos e cognitivos. A intervenção deverá gerar produtos e resultados, estes correspondem ao impacto produzido sobre os descritores do problema e podem referir-se a bens e serviços produzidos, a fatos políticos, a conhecimentos gerados ou transferidos, a normas, leis ou regulações criadas, a organizações, sistemas ou obras realizadas (ARTMANN, 2000).

Para cada nó-crítico deverão ser elaboradas uma ou mais operações que correspondem às propostas de intervenção sobre o mesmo. Cada operação será detalhada em ações, que expressem com maior precisão o seu conteúdo. Para elaborar as ações o grupo deverá tomar como referência os descritores do nó-crítico (ARTMANN, 2000).

Cada operação detalhada em ações deve ter seus produtos e resultados determinados, bem como os responsáveis pelas ações, os recursos predominantes empregados e o tempo de realização definidos (ARTMANN, 2000).

Nó crítico 1: Os profissionais envolvidos no PSE não foram devidamente orientados sobre o programa e treinados, portando, mesmo existindo dados para ser lançados, estes podem ser imprecisos.

Operação/projeto: Instruir os profissionais envolvidos no PSE, tanto os da unidade de saúde quando os da escola, sobre o que é o PSE, quais suas propostas e dentro dessas propostas, instruir os profissionais responsáveis em como desenvolvê-las.

Resultados esperados: Profissionais envolvidos no PSE conhecem o nome, a sigla, os objetivos e propostas do programa.

Produtos: apresentação do PSE para professores e ESF.

Recursos necessários:

- Organizacional: tempo e organização das ESF para o momento de apresentação.
- Cognitivo: informação sobre o tema.

Nó crítico 2: A Unidade Básica de Saúde (UBS), ao receber os encaminhamentos feitos pelo PSE, não sabe como administrá-los e quais serão as ações realizadas a partir dos problemas evidenciados.

Operação/projeto: Desenvolver junto com profissionais da escola e da unidade de saúde um fluxograma de como os encaminhamentos percorrerão o sistema escola-UBS.

Resultados esperados: Que crianças e adolescentes sejam atendidos em um mês quando houver necessidade de atenção à saúde.

Produtos: roda de conversa, ‘tempestade de ideias’, visitas e apresentação do PSE em unidades que são referência para as famílias atendidas na creche e na escola.

Recursos necessários:

- Organizacional: tempo e organização das ESF e funcionários da escola para as discussões e elaborações do plano. Tempo das demais UBS para conversar sobre o PSE.
- Cognitivo: informação sobre o fluxo na rede do município, informações sobre território.
- Político: luta na Secretaria de Saúde para obter direito a mais encaminhamentos de especialidades.

6. 2 Identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome algum tipo de recurso. Portanto, a extensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de recursos. O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação para analisar a viabilidade de um plano (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis, portanto é necessário criar estratégias para viabilizá-los (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Nó crítico 1: Os profissionais envolvidos no PSE não foram devidamente orientados sobre o programa e treinados, portanto, mesmo existindo dados para ser lançados, estes podem ser imprecisos.

Recursos críticos:

- Organizacional: Tempo para trabalhar com ações de prevenção de agravos e promoção de saúde.

Nó crítico 2: A Unidade Básica de Saúde (UBS), ao receber os encaminhamentos feitos pelo PSE, não sabe como administrá-los e quais serão as ações realizadas a partir dos problemas evidenciados.

Recursos críticos:

- Organizacional: tempo para discutir e organizar os encaminhamentos
- Político: maior acesso às consultas especializadas através do aumento de número de vagas concedidos pela Secretaria de Saúde.

6.3 Viabilidade do Plano

A ideia dessa etapa é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Nó crítico 1: Os profissionais envolvidos no PSE não foram devidamente orientados sobre o programa e treinados, portando, mesmo existindo dados para ser lançados, estes podem ser imprecisos.

Viabilidade:

- Atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação: Gerente da UBS, profissionais da ESF, professores e coordenador da escola e creche.
- Motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano: motivação indiferente do gerente e profissionais da ESF e professores da creche e motivação favorável do coordenador da creche.
- Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação: a partir da informação sobre o Programa Saúde na Escola, sensibilizar os profissionais e animá-los para envolverem nas ações de saúde.

Nó crítico 2: A Unidade Básica de Saúde, ao receber os encaminhamentos feitos pelo PSE, não sabe como administrá-los e quais serão as ações realizadas a partir dos problemas evidenciados.

Viabilidade:

- Atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação: Secretaria de Saúde, Gerente da UBS referência da creche e escola, gerentes das UBS referências dos estudantes.
- Motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano: todos os atores enquadram-se na motivação indiferente.
- Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação: informar sobre o projeto e suas estratégias de prevenir agravos e problemas de saúde futuros. Registrar a necessidade relacionada a encaminhamentos e alcançar novas vagas para consultas de especialidades junto a Secretaria de Saúde através de memorandos.

6.4 Plano operativo

Nó crítico 1: Os profissionais envolvidos no PSE não foram devidamente orientados sobre o programa e treinados, portanto, mesmo existindo dados para ser lançados, estes podem ser imprecisos.

Plano Operativo

- Responsável por cada operação: a enfermeira PROVAB/PSE construirá as apresentações abrirá espaço para as discussões.
- Cronograma de cada ação: O informativo sobre o programa atingirá todos os profissionais envolvidos em 30 dias.

Nó crítico 2: A Unidade Básica de Saúde (UBS), ao receber os encaminhamentos feitos pelo PSE, não sabe como administrá-los e quais serão as ações realizadas a partir dos problemas evidenciados.

Plano Operativo

- Responsável por cada operação: a enfermeira PROVAB/PSE construirá as apresentações abrirá espaço para as discussões. O memorando será construído por todos e a gerencia desta atividade caberá a algum voluntário.
- Cronograma de cada ação: O informativo sobre o programa atingirá todos os profissionais envolvidos em 30 dias. O memorando será construído e enviado em três meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da observação de como as ações de prevenção de agravos e também de diminuição de riscos para doenças não transmissíveis são essenciais para mudanças no quadro de morbimortalidade no Brasil, torna-se relevante avaliar e potencializar a ação do Programa Saúde na Escola. Observa-se que a divulgação inadequada e também a perspectiva errada das ações do Programa Saúde da Família têm diminuído o potencial da ação do PSE.

Portanto, visto que grande parte das crianças e adolescentes da rede municipal de Betim podem ter acesso a avaliação antropométrica e também a ações de promoção de saúde alimentar, é possível traçar um futuro com menos doenças não transmissíveis a partir da reeducação alimentar e tratamento das questões relacionadas ao peso inadequado. Assim, ao informar e capacitar professores e demais funcionários das escolas referenciadas pelo programa e também profissionais da saúde e funcionários das UBS sobre o PSE, o plano melhorará a adesão dos profissionais envolvidos em ações de melhoria da saúde dos estudantes. Esses profissionais devem participar da construção dos planos de ação.

Além da abordagem dos estudantes dentro da escola, é essencial que a equipe de saúde da família dê os encaminhamentos devidos aos estudantes que necessitam de uma avaliação mais completa e também de tratamento. Esta abordagem possibilitará que não só os estudantes, mas também as famílias e a comunidade tenham acesso a ideias novas sobre alimentação, atividade física e saúde. Assim, será possível reestabelecer uma população mais saudável, com hábitos alimentares adequados e, conseqüentemente indivíduos com riscos menores de desenvolver doenças não transmissíveis.

REFERÊNCIAS

- ALTAS. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/betim_mg. Acesso em: maio. 2014.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas particulares: implicações para a prática da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 417-22. jul/set 2010.
- ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Cadernos da Oficina Social**. Rio de Janeiro. v. 3. p. 98-118. 2000.
- BETIM (MG). Prefeitura. 2014. Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br>. Acesso em: maio.2014.
- BETIM. Disponível em: http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/plano%20de%20desenvolvimento%20sustentavel;070801;20080815.pdf. Acesso em: junho.2014.
- BETIM. Disponível em: http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/relatoriobetim;0724280503;20070213.pdf. Acesso em: maio.2014.
- BETIM. Disponível em: http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Relat%C3%B3rio%20Anual%20de%20Gest%C3%A3o%20SUS%202012;03;20130614.pdf. Acesso em: jun.2014.
- BETIM. Disponível em: <http://www.betimonline.com/noticias/808-prefeitura-apresenta-orcamento-para-2014>. Acesso em: maio. 2014.
- BETIM. Disponível em: <http://www.betimonline.com/site/sustentabilidade/131-betim-possui-o-42-melhor-indice-de-desenvolvimento-humano-de-minas-gerais>. Acesso em: maio.2014.
- BOOG, M. C. F. Programa de educação nutricional em escola de ensino fundamental de zona rural. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 6, dec. 2010 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. 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. 96 p.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção Básica. – 2 ed. – Brasília: ministério da saúde, 2014. 156 p.
- CAMPOS, F.C.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/ COOPEMED. 2010. 114 p.

CASTRO, L. C. V. et al. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 17, n. 3, set. 2004.

IBGE. Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310670&search=minas-gerais|betim|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: maio.2014.

IBGE. Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310670&idtema=93&search=minas-gerais%7Cbetim%7Ccenso-demografico-2010:-resultados-da-amostra-familias-->. Acesso em: maio.2014.

MATUK, T. T. et al. Composição de lancheiras de alunos de escolas particulares de São Paulo. **Rev. paul. pediatr**, São Paulo, v. 29, n. 2, jun.2011.

RAMOS, F. P.; SANTOS, L. A. S.; REIS, A. B. C. Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, nov. 2013.