

Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo

Project Learning Health in School: the experience of positive impact on the quality of life and health determinants of members of a community school in Vitória, Espírito Santo State

Ethel Leonor Noia Maciel¹
Carla Braga Oliveira²
Janaina Menezes Frechiani²
Carolina Maia Martins Sales³
Léia Damasceno de Aguiar Brotto⁴
Maristela Dalbello Araújo⁴

Abstract *A descriptive study, using a quantitative approach to evaluate the strategies carried through by nurses in a school environment of a Municipal Center of Children Education, through the Project of Extension Learning Health in the School, and still to analyze the profile of the children attended. The research was carried through with a sample of 350 nursing attendances. We verify that in 10 pupils had been found suggestive corporal lesions of family violence/negligence. They were registered educative activities, involving the following subjects: dengue, personal hygiene, parasitosis and the destination of the solid residues. We evidence that 4.6% of the children attended were unfed, and that 6.4% were in nutritional risk, and that 80% of children did not presented an adequate oral hygiene, demonstrated through the presence of caries. In the evaluation of the professors about the performance of the project it was possible to identify stories on the reduction of the episodes of domestic violence against the child. The Project has provided to the action of the Interdisciplinary work favoring the health promotion activities having the school as a space of the Basic Attention, and need to be understood as a motivator nucleus of the participatory performance of the health professionals in the pertaining to school community.*
Key words *Health promotion, School health, Children's health*

Resumo *Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, para avaliar as estratégias realizadas pelo enfermeiro no ambiente escolar de um Centro Municipal de Educação Infantil, através do Projeto de Extensão Aprendendo Saúde na Escola, e ainda analisar o perfil das crianças atendidas. A pesquisa foi realizada com uma amostra de 350 atendimentos de enfermagem. Verificamos que em dez alunos foram encontradas lesões corporais sugestivas de violência/negligência familiar. Estavam registradas atividades educativas, abordando os seguintes temas: dengue, higiene pessoal, parasitose e destino dos resíduos sólidos. Constatamos que 4,6% das crianças atendidas estavam desnutridas, 6,4% encontravam-se em risco nutricional e que 80% das crianças atendidas não apresentavam uma higiene oral adequada, demonstrada através da presença de cáries. Na avaliação dos professores sobre a atuação do projeto, foi possível identificar relatos sobre a diminuição dos episódios de violência doméstica contra a criança. O projeto tem proporcionado a ação do trabalho interdisciplinar, favorecendo as atividades de promoção de saúde tendo a escola como um espaço da atenção básica, devendo ser entendido como um núcleo motivador da atuação participativa dos profissionais de saúde na comunidade escolar.*
Palavras-chave *Promoção da saúde, Saúde escolar, Saúde da criança*

¹ Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe. 29040-090 Vitória ES. emaciel@ndi.ufes.br
² Programa de Iniciação à Docência, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo.
³ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo.
⁴ Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo.

Introdução

As Escolas Promotoras de Saúde constituem uma iniciativa de caráter mundial que tem como antecedente a Rede Européia de Escolas Promotoras de Saúde, articulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1992. Foram lançadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/OMS na região da América Latina e do Caribe em 1995, com o objetivo de fortalecer e ampliar a colaboração entre os setores de saúde e educação nas práticas de saúde escolar, incluindo apoio e cooperação dos pais e da comunidade e impulsionando políticas na comunidade escolar¹.

Segundo Ipolito-Sheperd², a Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde se fundamenta e se baseia no conceito de promoção da saúde, cunhado a partir da Carta de Ottawa. Consiste então em um conjunto de ações e processos destinados a capacitar os indivíduos para exercerem um maior controle sobre sua saúde e sobre os aspectos que podem afetá-la, reduzindo os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis. Segundo tal concepção, [...] ***É essencial proporcionar meios para que, ao longo de sua vida, a população se prepare para as diferentes etapas da mesma e enfrente as enfermidades e lesões crônicas. Isto só será possível através das escolas, lares, lugares de trabalho e ambiente comunitário, no sentido de que exista uma participação ativa por parte das organizações profissionais, comerciais e beneficentes, orientada tanto ao exterior com ao interior das próprias instituições***³.

A Escola Promotora da Saúde procura desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas; fomenta uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida, buscando fortalecer tudo que contribui para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano; facilita a participação de todos os integrantes da comunidade escolar na tomada de decisões; colabora na promoção de relações socialmente igualitárias entre as pessoas, na construção da cidadania e democracia, e reforça a solidariedade, o espírito de comunidade e os direitos humanos⁴.

Harada⁴ afirma que o profissional de saúde tem papel fundamental na Escola Promotora da Saúde, na medida em que pode atuar em todos os seus componentes, realizando vários tipos de ação, tais como: promover, na atenção à saúde individual, na comunidade, e nas ações de educação para a saúde, o desenvolvimento de co-

nhecimentos e habilidades que contribuam para a adoção de estilos de vida mais saudáveis; estimular a participação efetiva da comunidade na construção da cidadania, na transformação de seu ambiente, na conquista da equidade social e em saúde, de forma que as pessoas possam modificar ativamente o ambiente e melhorar a qualidade de vida. Além de 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 pacientes e à comunidade.

Dentro dessa perspectiva, o Projeto de Extensão Aprendendo Saúde na Escola, iniciou-se em 2004 no Centro Municipal de Educação Infantil Dr. Pedro Feu Rosa, a partir de um Projeto de Ensino da disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, e ampliou-se gradativamente, tendo proporcionado a criação de um espaço para inserção do enfermeiro dentro do ambiente escolar.

O objetivo do Projeto é implementar a promoção da saúde nas escolas de educação infantil da rede municipal de Vitória, para o desenvolvimento de práticas de promoção de saúde que englobam, entre outros, conhecimentos, habilidades para a vida, tomada de decisões, atitudes saudáveis e construção de ambientes favoráveis à saúde, baseando-se também nas ações educativas e sanitárias, cujo enfoque principal é a promoção da saúde centrada na criança com uma projeção para a comunidade escolar e a família.

Este projeto tem a escola como cenário estratégico para a promoção de saúde através de atividades de ensino e de vivência na escola, identificando as necessidades e demandas da criança, com metodologias participativas e práticas educativas que estimulam o envolvimento de toda a comunidade escolar. Tendo como metas a realização de seminários e oficinas de trabalho, abordando temas higiene corporal e ambiental, cuidados com a saúde e prevenção de doenças com a participação da clientela potencial; a observação participante das atividades desenvolvidas em sala de aula em relação aos cuidados à saúde das crianças, além da formação de um banco de dados com os atendimentos realizados às crianças visando à identificação de problemas relacionados ao crescimento e desenvolvimento.

Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo descrever as ações desenvolvidas dentro desse projeto de extensão e analisar o perfil das crianças que participaram do projeto Aprendendo Saúde na Escola.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, para avaliar as estratégias utilizadas por profissionais de saúde envolvidos no projeto de extensão “Aprendendo Saúde na Escola” em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI).

O cenário do estudo utilizado foi o CMEI Dr. Pedro Feu Rosa, localizado no bairro Bonfim, no território de Maruípe, área da adscrição da Unidade Básica de Saúde da Família Thomaz Tommasi. A respeito desse território, trata-se de um espaço geográfico que possui duas áreas distintas, uma mais plana e bem próxima à unidade de saúde (Área F) e outra de relevo bastante acidentado, caracterizado por morros de difícil acesso, acessado por meio de becos ou escadarias com degraus estreitos (Área G). Cada uma das áreas está subdividida em cinco micro-áreas: assim posto, o território do Bonfim tem, na atualidade, duas áreas e dez micro-áreas. O CMEI Pedro Feu Rosa está localizado no bairro Bonfim, próximo à Unidade Básica de Saúde da Família Thomaz Tommasi⁵.

O projeto foi desenvolvido em três momentos. No primeiro, foram realizadas reuniões com os professores para se identificar quais eram, na opinião destes, os problemas de saúde mais frequentes nas crianças do CMEI para que pudessemos orientar nossas ações. No segundo momento, desenvolvemos um plano de trabalho que contemplasse os problemas apontados pelos professores e avaliação das crianças para que pudessemos identificar problemas de saúde que não foram levantados pelos professores. E, finalmente, realizamos um momento de socialização dos resultados encontrados pelo projeto com os professores e solicitamos a eles que destacassem quais foram os pontos positivos da nossa atuação na comunidade escolar.

Os sujeitos deste estudo, totalizando 218 indivíduos, foram crianças situadas na faixa etária de seis meses a sete anos incompletos, regularmente cadastradas no CMEI. Como parte deste projeto, uma ficha (prontuário) de cada criança participante foi gerada. Nela, havia informações acerca dos atendimentos e atividade de educação em saúde da qual a criança havia participado.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2007, tendo como instrumentos de pesquisa o banco de dados das crianças e um livro de registro dos atendimentos feitos pelos acadêmicos. Buscou-se investigar as seguintes variáveis: percentis de peso e altura; sexo e idade

da criança; número de intercorrências; número de avaliações; número de encaminhamentos; participação em atividades de educação em saúde - palestras com as crianças, pais ou responsáveis e professores.

Os pais e/ou responsáveis pelos alunos foram informados sobre a atuação dos acadêmicos de enfermagem no CMEI, através de uma reunião, na qual foram explicitadas as ações que seriam realizadas. Além disso, participaram da pesquisa apenas as crianças cujos pais ou responsáveis assinaram e concordaram com o termo de consentimento esclarecido, ficando nítido o compromisso ético e sendo assegurado o anonimato das crianças.

Resultados e discussão

O bairro está localizado num morro, apresentando relevo bastante acidentado, com áreas de erosão, mais acentuada na parte alta, mostrando caminhos de terra batida e longas escadarias com degraus estreitos, de largura variável e sem corrimão. A rede de esgoto piora à medida que se caminha para a parte alta, notando-se manilhas rompidas, permitindo vazamento do esgoto. Quanto ao lixo, há coleta duas vezes ao dia na parte baixa. Nos outros locais, o lixo tem que ser levado pelos moradores às caixas de recolhimento e, por isso, constata-se sua presença nas encostas e caminhos. As atividades econômicas mais observadas são as relacionadas com estabelecimentos comerciais e de serviços, entre eles, padarias, bares, salões de beleza, serralherias, oficinas mecânica.

A pesquisa foi realizada com uma amostra de 350 atendimentos de enfermagem, incluindo atendimentos de rotina e intercorrências. Foram atendidas 218 crianças, sendo 106 crianças do sexo masculino e 112 do sexo feminino. Deste total, 59 crianças foram encaminhadas à Unidade de Saúde de Thomaz Tommasi e quatro apresentaram intercorrências. Na Tabela 1, verificam-se as causas do encaminhamentos à unidade de saúde.

Em relação às intercorrências, foram verificados os seguintes episódios: criança apresentando um corte superficial devido a um acidente que ocorreu durante atividade de lazer; um aluno com episódio de vômito; outro apresentava roncocal e sibilos à ausculta pulmonar e um apresentava inflamação de conjuntiva, relatando dor e prurido que apresentava déficit cognitivo, sendo posteriormente diagnosticado com glaucoma. Verificamos, ainda, que em dez alunos fo-

Tabela 1. Encaminhamentos à unidade de saúde das crianças atendidas pelo Projeto Saúde na Escola.

| Causas do encaminhamento | N | % |
|--|----|------|
| Dermatites | 18 | 30,5 |
| Problemas relacionados às vias aéreas superiores | 16 | 27,2 |
| Problemas relacionados ao estado nutricional | 24 | 40,6 |
| Déficit cognitivo | 1 | 1,7 |

ram encontradas lesões corporais sugestivas de violência/negligência familiar.

Na atenção à saúde da criança, há estreita relação entre a Educação em Saúde e a promoção da saúde, visto que as ações implementadas em todos os níveis de atenção, além de tratar e/ou prevenir doenças, destinam-se, também, a promover o crescimento e desenvolvimento infantil, numa perspectiva de qualidade de vida. As ações de promoção da saúde devem ser acionadas por meio de estratégias que envolvam a coletividade em geral e a família, esta como responsável pela criança e como detentora de um saber que não poderá ser descartado, mas aperfeiçoado e/ou adaptado ao saber científico dos profissionais⁶.

Queiroz *et al.*⁶ afirmam que, no cuidado à saúde da criança, as ações devem ser compartilhadas entre o profissional e a mãe ou responsável. O conhecimento profissional poderá ser assimilado pelas famílias, se colocado de maneira compreensiva e numa linguagem coerente com cada cultura.

Dentro dessa perspectiva, realizamos quatro atividades educativas coletivas com as crianças. As palestras ocorreram no ambiente escolar, contando com a participação dos professores e dos pais dos alunos, e foram organizadas pelos acadêmicos de enfermagem juntamente com as professoras da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente. Os temas abordados foram: dengue, higiene pessoal, parasitoses e destino dos resíduos sólidos, temas apontados pelos professores como os principais problemas causadores de danos ou riscos para as crianças.

A educação garante o acesso às informações necessárias para a valorização e incorporação de hábitos saudáveis (prevenção ativa), além de promover uma cultura de paz, valorizando não só o indivíduo e suas habilidades, mas também o coletivo, capacitando-os a resolverem problemas pessoais e da comunidade. As informações po-

dem ser transmitidas de forma lúdica, por meio de música, vídeos, jogos, atividades culturais e serviços de saúde. Nesse sentido, as atividades ocorridas no local do estudo foram realizadas de maneira participativa através de dramatizações.

Em um estudo realizado por Feitosa *et al.*⁷, constatou-se que as crianças que convivem em creches estão mais susceptíveis a adquirirem doenças infecto-contagiosas devido ao ambiente fechado, aglomeração e higiene inadequada na prestação dos cuidados oferecidos às mesmas. Nesse sentido, os autores salientam que é necessário que um bom serviço de saúde desenvolva atividades preventivas que vão desde orientações de higiene e limpeza até condutas profiláticas, impedindo que as crianças adoecem com alta frequência e se instalem surtos entre elas.

De acordo com o Protocolo Saúde da Criança⁸, a avaliação do crescimento implica em coletar medidas antropométricas com metodologia padronizada. As medidas básicas utilizadas na avaliação do crescimento são o peso, a estatura (comprimento ou altura) e o perímetro cefálico. O acompanhamento deverá ser feito através do registro periódico do gráfico peso/idade e altura/idade. Durante as consultas de enfermagem realizadas pelos acadêmicos, foram realizadas medidas de peso e altura, e essas foram registradas em gráfico de crescimento da criança atendida.

Seguindo orientação do Centro de Referência de Alimentação e Nutrição, Região Sudeste, vinculado ao Ministério da Saúde, que segue o padrão de referência do *National Center for Health Statistics* (NCHS), foram consideradas crianças sob risco nutricional (baixo peso) aquelas que apresentavam no indicador peso para a idade um percentil entre 3 e 10, e desnutridas a que apresentavam nesse mesmo indicador um percentil abaixo de 3.

Das cerca de 12 milhões de mortes em menores de cinco anos registradas a cada ano nos países em desenvolvimento, cerca de 7 milhões podem ser atribuídas direta ou indiretamente à desnutrição. No Brasil, nessa mesma faixa etária, em 2002, 7% das crianças estavam afetadas por desnutrição crônica e 2% por desnutrição aguda⁹.

Na análise da situação nutricional, verificamos que 4,6% das crianças atendidas estavam desnutridas e que 6,4% encontravam-se em risco nutricional, conforme demonstrado na Tabela 2, na qual estão descritos os resultados referentes ao indicador peso/idade encontrado nas crianças avaliadas.

Segundo o Protocolo Saúde da Criança⁸, essas crianças identificadas fora da faixa conside-

rada de normalidade devem ser acompanhadas por equipe multiprofissional para avaliação detalhada, orientação específica e cadastro em programa de combate as carências nutricionais, quando for o caso.

Seguindo esta recomendação, as 24 crianças identificadas como estando em risco de desnutrição foram encaminhadas à unidade de saúde (US) do território. O processo se deu a partir da comunicação aos pais da necessidade de acompanhamento da criança e encaminhamento para marcação de consulta. Outro fato importante é que acompanhávamos os atendimentos na unidade de saúde para o seguimento de cada caso. 87% destes pais, quando indagados sobre o motivo de não levarem as crianças ao serviço de saúde, alegaram a falta de tempo, uma vez que a unidade do bairro funciona durante a jornada de trabalho destes pais e que a ida à US significaria a perda do dia de trabalho.

Estes resultados ressaltam a necessidade de incorporação de outros espaços para a atuação da equipe de saúde da família, pois a centralização de atividades nas unidades de saúde faz com que sejam perdidas oportunidades de diagnósticos precoces e resolução de forma a minimizar as sequelas. Outro fato que merece destaque são os horários de funcionamento das US que dificultam a interação da comunidade com as equipes, tendo em vista que os horários de atendimento coincidem com o horário de trabalho, levando o trabalhador a procurá-lo apenas quando um processo de adoecimento se faz presente.

A fim de promover o declínio da prevalência da desnutrição infantil no local de estudo, foram necessárias medidas de promoção à saúde e nutrição com vistas a minimizar o problema. Segundo Nascimento *et al.*¹⁰, a alimentação da criança merece atenção considerável por parte dos profissionais de saúde, tendo como objetivo máximo a nutrição adequada nessa fase da vida, fortalecendo as ações de prevenção de doenças,

promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua.

Por meio da análise da relação altura/idade, foram considerados os indicadores padronizados pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, que considera as seguintes classificações: alto para idade percentil maior que 97; adequado ou normal percentil entre 3 e 97; e baixo para idade ou baixa estatura percentil menor que 3. A partir dessa perspectiva, podemos destacar na Tabela 3 os resultados observados, referentes ao indicador altura/idade dos alunos atendidos.

Durante o exame físico, percebemos que 80% das crianças atendidas não apresentavam uma higiene oral adequada e apresentavam cáries. A saúde bucal adquire maior importância quando se fala em qualidade de vida da população; assim, é essencial a busca de mecanismos que ampliem o âmbito de suas ações e viabilizem mudanças no perfil epidemiológico brasileiro. A luta pela saúde bucal está diretamente vinculada à melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que referenda a responsabilidade e dever do Estado em sua execução¹¹.

Acreditamos que esses dados demonstram a necessidade de ações educativas, pois um modelo de atenção integral à saúde não pode excluir a atenção à saúde bucal. Essas crianças foram encaminhadas para a unidade de saúde, mas existe dificuldade para o atendimento odontológico, visto que na região apenas uma unidade de saúde dispõe desse serviço.

A ampliação da atenção primária em saúde bucal no Brasil e sua valorização, através da incorporação de cirurgiões-dentistas às equipes do Programa Saúde da Família, por meio das Portarias Ministeriais 1.444, de 28/12/2000, e 267, de 29/09/2001, no curso da descentralização do Sistema Único de Saúde brasileiro, apontam para a necessidade de se investigar como se implementam as práticas de saúde bucal, discutir a inserção desse profissional em diferentes locais e a ampliação do acesso a esse serviço¹².

Tabela 2. Indicador peso/idade de crianças atendidas pelo Projeto Saúde na Escola.

| Classificação | N | % |
|---------------------|-----|------|
| Sobrepeso | 7 | 3,2 |
| Eutrófico ou normal | 187 | 85,8 |
| Risco nutricional | 14 | 6,4 |
| Desnutrição | 10 | 4,6 |

Tabela 3. Indicador altura/idade de crianças atendidas pelo Projeto Saúde na Escola.

| Classificação | N | % |
|--------------------|-----|----|
| Alto para a idade | 13 | 6 |
| Adequado ou normal | 201 | 92 |
| Baixa estatura | 2 | 2 |

Segundo dados do Ministério da Saúde¹², 45% da população brasileira não têm condições de comprar escova e pasta dental e 30 milhões de brasileiros nunca compareceram a uma consulta odontológica. Dessa forma, cabe aqui destacar a importância de atividades abordando o tema saúde bucal, principalmente com a presença dos pais, pois na faixa etária estudada, esses são os principais responsáveis pela higiene oral da criança. Além disso, um aspecto fundamental seria a distribuição de escova e pasta dental para aqueles que não têm condições de adquirir esses materiais.

Nesses três anos de atuação do projeto, percebemos que a resistência inicial apresentada pelos professores à presença dos acadêmicos de enfermagem foi sendo contornada e diminuída através do trabalho desenvolvido pelos alunos. A melhor contribuição que a saúde poderia oferecer à educação reside na possibilidade de uma ação integrada e articulada, de maneira crítica e reflexiva, que possa significar oportunidade de atualização dos educadores, capacitando-os para a tarefa de ministrar o discurso sobre orientação à saúde de forma transversal e interdisciplinar.

A avaliação dos professores sobre a atuação dos acadêmicos do projeto ressalta a diminuição dos episódios de violência doméstica contra a criança. Justifica-se que a avaliação constante das crianças durante a realização do exame físico, pelo fato de permitir ao profissional um olhar mais atento para o corpo da criança, tenha de alguma forma inibido a prática de violência física contra a criança.

Vários episódios de lesões por queimaduras e outras marcas sugestivas de violência foram seguidas de conduta de conversa e orientação aos familiares e, em alguns episódios e recidivas, foram encaminhadas pela diretora ao Conselho Tutelar. O reconhecimento da ocorrência de maus-tratos contra crianças trouxe como consequência direta a necessidade de protegê-las. Sabe-se que o trabalho na área da violência contra a criança e o adolescente requer intervenção interdisciplinar e que a ação que visa minorá-la é mais eficaz quando promovida por um conjunto de instituições atuando de modo coordenado¹³.

No Brasil, os resultados de algumas pesquisas nacionais indicam que a violência familiar é expressiva. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar realizada no ano de 1988 (IBGE, 1989), 55% das mulheres vítimas de agressão na Região Sudeste do Brasil haviam sido vitimizadas em seus próprios lares, sendo que em 62,2% dos casos os agressores foram seus parentes ou conhecidos. No caso das crianças e

adolescentes, a proporção é ainda maior. Segundo a pesquisa, 80% das agressões físicas foram perpetradas por esses agressores¹⁴.

Considerações finais

Estes dados demonstram a importância da inserção do profissional de saúde na Saúde Escolar, delineando o seu papel na escola: função educativa e assistencial. Consideramos indispensável a integração dos serviços de saúde para a solidificação desse espaço.

Acreditamos que o Projeto Apreendendo Saúde na Escola contribui para a proteção e promoção da saúde do escolar, proporcionando-lhe um ambiente físico e emocional adequado ao seu crescimento e desenvolvimento, ajudando-o a compreender a importância dos exames de saúde periódicos, estimulando-o a utilizar os recursos de saúde da comunidade, concorrendo para a prevenção e controle das doenças transmissíveis. E ainda permitiu ao escolar a compreensão da necessidade da sua participação para o equacionamento dos problemas de saúde pessoais, de sua família e de sua comunidade, através de atendimentos individuais ou Educação em Saúde realizada em atividades coletivas. Outro fator importante foi a contribuição do projeto na diminuição da violência infantil.

O Projeto Apreendendo Saúde na Escola tem proporcionado a ação do trabalho interdisciplinar, favorecendo as atividades de promoção de saúde, tendo a escola como um espaço da atenção básica, devendo ser entendido como um núcleo motivador da atuação participativa dos profissionais de saúde na comunidade escolar. Dessa forma, fortalece a referência em atenção à saúde entre unidade de saúde/escola, integra suas ações com os diferentes serviços, projetos e atividades de saúde disponíveis na área e prioriza as demandas das escolas.

Essa estratégia tem contribuído para incentivar os professores para o desenvolvimento e implementação de ações locais nas escolas. Esse processo é, portanto, compartilhado e construído coletivamente, de forma que seja factível de execução. A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento. Estes processos devem ser capazes de contribuir para a aquisição de competências das crianças, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo mesmas, construir um projeto de vida e ser capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A pro-

moção da educação para a saúde na escola tem também como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício da cidadania.

Colaboradores

ELN Maciel participou na concepção, delineamento e interpretação dos dados e redação final do artigo; CB Oliveira, JM Frechiani, CMM Sales e LDA Brotto participaram da coleta, interpretação dos dados e redação do artigo. MC Ramos e MD Araújo participaram da revisão crítica e redação final.

Referências

1. Moura JBVS, Lourinho LA, Valdes MTM, Frota MA, Catrib AMF. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2007; 14(2):489-501.
2. Ipollito-Sheperd J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. *Escola Promotora de Saúde*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *As cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Harada J. Introdução. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. *Escola Promotora de Saúde*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.
5. Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) e Secretaria de Estado do Espírito Santo (SESA). *Diagnóstico situacional do Bairro Bonfim – Vitória, Espírito Santo*. Vitória: HUCAM/SESA; 2000.
6. Queiroz MV, Jorge MS. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(19):117-130.
7. Feitosa LMR, Assis RT, Barros CT, Beserra MA. Prevalência e controle de doenças infecto-contagiosas em creches: uma questão de saúde pública. *Rev. Bras. Saude Mater. Infânt.* 2006; 6(1):1-16.
8. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Saúde. *Protocolo Saúde da Criança*. Vitória: Prefeitura Municipal de Vitória; 2003.
9. Cauás RC, Falbo AR, Correia JB, Montenegro FMU. Diarréia por rotavírus em crianças desnutridas hospitalizadas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Rev. Bras. Saude Mater. Infânt.* 2006; 6(1):1-7.
10. Nascimento CCC, Queiroz VM, Silva BLA. Avaliação do estado nutricional, das intercorrências clínicas e variáveis sócio-econômicas e ambientais de crianças residentes em Cabedelo, Paraíba. *Rev. Bras. Saude Mater. Infânt.* 2006; 6(1):8-16.

11. Bastos JRM, Saliba NA, Unfer B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. *Rev Paul Odontol* 1996; 18(4):38-42.
12. Brasil. Ministério da Saúde. **Investimento em saúde bucal passa de 84 milhões para 238 milhões em 2004**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2002; 18(1):1-7.
14. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Cien Saude Colet* 1999; 4(1):1-20.

Artigo apresentado em 30/04/2008

Aprovado em 15/01/2009

Versão final apresentada em 18/02/2009