



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**



**O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SOB O OLHAR DOS
GESTORES, EDUCADORES E PARTICIPANTES: UM
ESTUDO NO MUNICÍPIO DE MANAUS**

RITA DE CÁSSIA MATOS DE FIGUEIRÊDO UCHÔA

**MANAUS, AM.
Março, 2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

RITA DE CÁSSIA MATOS DE FIGUEIRÊDO UCHÔA

**O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SOB O OLHAR DOS
GESTORES, EDUCADORES E PARTICIPANTES: UM
ESTUDO NO MUNICÍPIO DE MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na área de concentração Promoção em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Inês Gasparetto Higuchi.

**MANAUS, AM
Março, 2012.**

V Uchôa, Rita de Cássia Matos de Figueirêdo.

O Programa Saúde na Escola sob o olhar dos Gestores, Educadores e Participantes: Um estudo no município de Manaus/Rita de Cássia Matos de Figueirêdo Uchôa: Orientador: Dra. Maria Inês Gasparetto Higuchi. Manaus, AM:UFAM, 2012.

p.:il.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas.1.Saúde na escola. 2.Criança e Adolescente. 3.Promoção da saúde.I.Higuchi, Maria Inês gasparetto.II.Título.

CDU:

RITA DE CÁSSIA MATOS DE FIGUEIRÊDO UCHÔA

**O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SOB O OLHAR DOS
GESTORES, EDUCADORES E PARTICIPANTES: UM
ESTUDO NO MUNICÍPIO DE MANAUS-AM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na área de concentração Promoção em Saúde.

Aprovada em 29/03/2012.

Banca Examinadora

Profa. Maria Inês Gasparetto Higuchi: _____

Prof. Luiz Fernando Passos: _____

Profa. Adriana Távora de Albuquerque Taveira: _____

Dedicatória

"Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar.

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina."

Cora Carolina.

Dedico este trabalho a todas as crianças e adolescentes que um dia já tocaram em meu coração.

Agradecimentos

À Deus, meu eterno Mestre que sempre esteve a meu lado e ajudou a não desistir e a persistir em todos os dias da minha vida.

À minha Mãe, Terezinha Carneiro Matos de Figueirêdo, e avó Materna, Professora Maria José Carneiro, in memoriam, que aguçou o meu fascínio pela educação desde cedo. Professora de uma cidade chamada Pontas de Pedra, interior de Pernambuco.

À meu esposo, Augusto César Uchôa de Assis, pelo eterno apoio e paciência, principalmente nestes dois últimos anos.

À Anna Clara que me ensinou a ser Mãe, desafio, outrora grande para mim.

À Ian Vítor que sublimou o meu Amor Materno.

À Laura, minha sobrinha, que nasceu neste último ano de Mestrado.

Ao meu irmão, Antônio Figueirêdo, por ter aceitado vir morar em Manaus.

À minha Orientadora, Maria Inês Gasparetto Higuchi, por ter aceitado o desafio de ser minha orientadora, apesar do meu pouco tempo. Meus sinceros agradecimentos por ter aceitado.

À Secretaria Municipal de Saúde, na pessoa da Dra. Denise Machado, por ter permitido a realização deste projeto.

Ao Distrito de Saúde Oeste, nas pessoas da Rúbia Medeiros e Luana Alpirez, por terem me apoiado e acreditado em mim desde o início.

À Colega e Amiga, Elena Marta Amaral dos Santos, por todo apoio e incentivo, principalmente nos últimos meses.

A toda equipe técnica do Programa Nutricional leite do Meu Filho, obrigada pelo carinho e apoio.

À SESCOA, Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente, nas pessoas de Adriana Taveira, minha co-orientadora e Amandia Lima Braga, pelo apoio na execução das tarefas.

À Secretaria Municipal de Educação, na pessoa da Professora Dircélia Ortiz, por terem entendido a importância do trabalho e a terem permitido a minha entrada nas Escolas Municipais de Manaus.

Aos meus colegas do Curso do Mestrado, por terem aumentado a minha inspiração a ao desejo de continuar nesse caminho.

A Universidade de Pernambuco, a qual me graduei, com destaque aos professores da disciplina de Medicina Preventiva, por ter me aguçado o gosto à Saúde Coletiva, a Medicina Social e ter inculcido que as atividades de promoção à saúde salvam vidas.

Aos Professores do curso de Mestrado, em especial a Dra. Maria Lucíola e ao Dr. Luiz Fernando Passos, por todo o seu amor à educação, suas aulas foram extremamente enriquecedoras e inspiradoras.

Às Minhas Colegas do Pronto Socorro da Zona Oeste, em especial Dra. Flávia Seabra e Dra. Marlene Cohen, por terem me ajudado durante os meus plantões noturnos.

Aos meus colegas do Pronto Socorro da Zona Sul, em especial Dra. Suellen Loureiro, pelo apoio moral, durante os dois últimos anos.

Às minhas colegas, responsáveis pela Saúde da Criança e do Adolescente dos Distritos de Saúde, em especial a Geanne Sena, por terem aberto portas e acreditado neste trabalho.

A Equipe de Saúde da Família, UBSF O-35, a qual fiz parte no primeiro ano do Mestrado, obrigada pela paciência e incentivo.

Aos colegas das Unidades de Saúde da Família, por terem participado, por terem acreditado, e em especial a UBSF O-09, equipe conhecida desde minha entrada na SEMSA.

Aos amigos Luciana e Charles Hodges por terem me ajudado no texto.

A minha secretária Maria das Mêrces Cabral dos Santos por ter cuidado da minha casa e do meu filho com amor e carinho, sem essa ajuda seria difícil para mim.

Aos Professores Educadores responsáveis pelo PSE em suas escolas e Diretores de Escola por terem me recebido e terem participado das entrevistas.

Aos alunos que participaram respondendo aos questionários, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

UCHÔA, R.C.M.F. *O Programa Saúde na Escola sob o Olhar dos Gestores, Educadores e Participantes: Um estudo no Município de Manaus*. Dissertação apresentada no Programa de Mestrado em Ciências da Saúde. Manaus: UFAM, 2012.

Há algumas décadas, a escola tem sido considerada como cenário propício às ações de promoção à saúde. No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto presidencial Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. No município de Manaus a adesão deu-se no ano de 2008, com o início de suas atividades em 2009. O PSE tem como objetivo principal a Promoção à Saúde no âmbito escolar. Este programa propõe uma parceria, escola e Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), dentro de uma mesma área de abrangência para elaborar e implantar suas atividades conjuntamente. Em Manaus, até o final do ano de 2011, houve a adesão de 37 escolas municipais, cujas atividades ocorrem em parceria com 49 unidades de saúde. Esta pesquisa descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa foi desenvolvida em três escolas e quatro equipes de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), cujo objetivo geral foi analisar o PSE a partir da percepção dos agentes sociais envolvidos. Participaram da pesquisa 33 sujeitos, sendo 21 alunos, 20 do 5º ano do ensino fundamental e 01 do 4º ano ; de 9 a 13 anos de idade; de duas escolas atuantes no PSE e 12 profissionais, gestores do comitê gestor de educação e de saúde (2); diretores das escolas (3); profissionais da educação (3); e profissionais de saúde (4). Para os profissionais aplicou-se uma entrevista semiestruturada e para os alunos foi utilizado um questionário com questões abertas. As informações coletadas foram submetidas a análise de conteúdo proposto por Bardin (2004). Os resultados obtidos junto aos profissionais indicam a percepção de problemas comuns de saúde dos alunos como cáries dentárias, problemas dermatológicos, nutricionais ou carenciais e parasitoses. Nesse sentido a maioria dos profissionais reafirma a importância do PSE com destaque de prevenção, e apenas um deles define o programa como ação de âmbito mais abrangente e integral no campo da promoção da saúde. Os profissionais ainda notificam muitas dificuldades que impedem a efetivação e eficácia do programa, entre elas a falta de parceria familiar, pouca logística, falta de capacitação dos profissionais de saúde e baixo apoio dos docentes. Como aspectos positivos são apontados a integração unidade de educação e unidade de saúde; a integração escola e aluno bem como a possibilidade de aquisição recursos educativos e equipamentos de saúde. Há um consenso de que o PSE deva ser ampliado e repensado para melhor eficácia. Entre os alunos os resultados apontam a percepção de que o PSE é apenas uma atividade escolar onde aprenderam principalmente a ter uma boa saúde bucal. Apresentou-se como impacto de vida do cotidiano de alguns estudantes: mudança de hábitos e socialização para os seus familiares, outros não apresentaram nenhuma mudança. Conclui-se diante dos resultados que o PSE ainda não se consolidou como programa de saúde na escola, limitando-se a atividades pontuais, necessitando de um maior envolvimento de todos os atores sociais envolvidos .

Palavras-chave: saúde na escola; crianças e adolescentes; promoção da saúde.

ABSTRACT

UCHÔA, R.C.M.F. *The “Health in School” Program as Seen by Administrators, Educators, and Participants: a study in the County of Manaus.* Dissertation presented in the Master’s Program in Health Sciences. Manaus: UFAM, 2012.

For some decades now, schools have been considered a prime setting for health-promoting actions. In Brazil, the Health in School Program (PSE) was instituted by presidential decree no. 6,285, from December 5, 2007. In the county of Manaus, adherence to this program took place in 2008, with activities beginning in 2009. The PSE’s main objective is promoting health within the school environment. This program proposes a partnership between schools and the Basic Units of Family Health (UBSF) within the same are of coverage to develop and implement the activities together. In Manaus, by the end of 2011, 37 county schools had adhered to this program, with activities carried out in partnerships with 49 health units. This descriptive-exploratory research, using a qualitative approach, was carried out in three schools and four UBSF teams based on the perception of the social agents involved. 33 subjects participated in the research, 20 of whom were 5th grade elementary students and 01 were 4th grade , aged between 9 and 13, from two schools which were active in the PSE, and 12 professionals, 2 administrators from the education and health administrative committee, 3 school directors, 3 educational professionals, and 4 health professionals. With the professionals, we used a semi-structured interview, and with the students we used a questionnaire with open and multiple-choice questions. The information collected was submitted to a content analysis as proposed by Bardin (2004). The results obtained from the professionals indicate the perception of common problems in students’ health, such as caries, dermatological problems, nutritional or carenciais and parasitic infections. In this sense, most professionals reaffirm the importance of the PSE, especially in prevention, and only one of them defines the program within the broader and more integral area of the field of health promotion. In this sense the professionals still indicate many difficulties which impede the effectiveness of the program, among these the lack of family partnerships, faulty logistics, the lack of well qualified health professionals, and low support among teachers. As positive aspects, they indicate the integration between the education unit and the health unit, the integration between school and student, as well as the possibility of acquiring educational resources and health equipment. There is a consensus that the PSE should be extended and rethought for greater efficiency. Among the students, the results indicate the perception that the PSE is simply a school activity where they learn mainly how to have good oral health. It did show up as having an impact on some student’s daily routines – change of habits and socialization with family members – but others showed no change. We conclude, based on this data, that the PSE has not yet been consolidated as a health program within schools, limited to specific activities, in need of a greater involvement of all social actors involved.

Key words: health school, children and teens, health promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Acompanhamento do Programa Saúde na Escola em Manaus, 2011.	Pág. 17
-----------------	--	------------

LISTA DE TABELAS E QUADROS

		Pág.
Quadro 1	Distribuição do quantitativo de unidades participantes do PSE em Manaus, 2011.	16
Quadro 2	Sumário dos componentes do PSE.	18
Tabela 1	Distribuição dos participantes em função do sexo e grupo.	25
Tabela 2	Distribuição por idade dos alunos participantes do estudo.	25
Tabela 3	Número de citações dos profissionais sobre os problemas de saúde dos escolares.	27
Tabela 4	Problemas de saúde dos escolares de acordo com profissionais e gestores.	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

DST: Doença Sexualmente Transmissível.

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MS: Ministério da Saúde.

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS.

UNESCO: Organização das Nações Unidas para Ciência, Educação e Cultura.

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio.

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde.

PSE: Programa Saúde na Escola.

MEC: Ministério da Educação.

EJA: Educação de Jovens e Adolescentes.

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família.

ESF: Estratégia de Saúde da Família.

SUS: Sistema Único de Saúde.

IREPS: Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

PNPS: Política Nacional de Promoção à Saúde.

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente.

SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria.

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância.

VIVA: Vigilância de Violência e Acidentes.

SINAN: Sistema de Informação e Notificação de Agravos Notificáveis.

ODM: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

TMI: Taxa de Mortalidade Infantil.

PCN: Parametro Curricular Nacional.

FAE: Fundo de Assistência Escolar.

PNSE: Programa Nacional de Saúde do Escolar.

ASE: Agente de Saúde Escolar.

PENSE: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.

DAB: Departamento de Atenção Básica.

EAS: Estabelecimento de Assistência a Saúde.

IDEB: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.

CIB: Comissão Intergestora Bipartite.

GTI: Grupo de Trabalho Intersetorial.

GTF: Grupo de Trabalho Federal.

SEMSA: Secretaria Municipal de Saúde.

SEMED: Secretaria Municipal de Educação.

WHO: World Health Organization.

SUMÁRIO

I-INTRODUÇÃO	1
II-A PROMOÇÃO DA SAÚDE	4
III- A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	7
IV- A SAÚDE DO ESCOLAR	11
V- O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MANAUS	15
VI- OBJETIVOS	20
Objetivo Geral	20
Objetivos Específicos	20
VII-METODOLOGIA	21
Seleção de Sujeitos	21
Técnica e instrumento	22
Coleta de dados	22
Limitações	23
Análise dos dados	23
Aspectos Éticos	24
VIII-RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
• PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS	26
- <i>A SITUAÇÃO DA SAÚDE DOS ESCOLARES</i>	26
- <i>O PSE NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES</i>	30
- <i>OPERACIONALIZAÇÃO DO PSE</i>	31
- <i>DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DO PSE</i>	34
- <i>ASPECTOS POSITIVOS A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO PSE</i>	36
- <i>EXPECTATIVAS DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AO PSE</i>	38
• PERCEPÇÃO DOS ESCOLARES	39
- <i>DEFINIÇÃO DO PSE</i>	39
- <i>APRENDIZADO POR PARTE DOS ESCOLARES</i>	40
- <i>IMPACTOS NO COTIDIANO DE VIDA DOS ESCOLARES</i>	41
IX-CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE 1 – Modelo da Solicitação da Anuência da Escola	51
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Educadores, Profissionais de Saúde e Gestores	52
APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsável legal	53
APÊNDICE 4- Roteiro de Entrevista Semiestruturada aos Gestores	54
APÊNDICE 5- Roteiro de Entrevista Semiestruturada aos Educadores	55
APÊNDICE 6- Roteiro de Entrevista Semiestruturada aos Profissionais de Saúde	56
APÊNDICE 7 - Questionário- Alunos	57
ANEXO 1	58
ANEXO 2	60

I-INTRODUÇÃO

Na conceituação contemporânea a saúde deve ser compreendida como um direito humano básico onde as desigualdades são inaceitáveis e os governos têm responsabilidade pela saúde dos cidadãos e que as populações têm o direito de participar das decisões no campo da saúde (Soto, 1997). Assim, a criação de ambientes favoráveis à saúde é um campo central de ação. Nesse contexto, vários grupos são focos de ações visando à saúde pública, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos, mesmo que tais focos ainda estejam longe de um ideal.

As crianças e adolescentes, em particular, recebem uma atenção específica no campo da saúde, tendo em vista os números problemas de saúde e riscos que possam acontecer e comprometer sua trajetória de vida física e social. Dentre elas podemos citar: risco de morrer no primeiro ano de vida, principalmente na faixa etária neonatal; pneumonias; doenças diarréicas; sobrepeso e obesidade; desnutrição energético-proteica; mortalidade por causas externas; violência doméstica e sexual; Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) devido o início das relações sexuais desprotegidas mais precocemente além da gravidez na adolescência e o uso abusivo e prejudicial do álcool, tabaco, drogas e outras substâncias.

O Brasil possui uma população de cerca de 190 milhões de pessoas, dos quais aproximadamente 60 milhões têm menos de 18 anos de idade, o que equivale a quase um terço de toda a população de crianças e adolescentes da América Latina e Caribe. No Brasil contemporâneo, a geração de adolescentes e jovens, de 10 a 24 anos de idade, é a mais numerosa em toda a sua história, representando em 2004, um total de 54.286.535 pessoas, 30,3% da população brasileira. Manaus conta com 20% (362.797) da população constituída por crianças e adolescentes, IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2008. A população estimada de Manaus para o ano de 2009, segundo IBGE foi de 1.738.641 pessoas e para o estado do Amazonas foi de 3.393.369 pessoas, ou seja, a capital concentra cerca de 50% da população do Amazonas.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) a gravidez na adolescência vem diminuindo em todo o Brasil, porém ao analisarmos por faixa etária, de 10 a 14 anos está havendo um aumento e na faixa de 15 a 19 anos um declínio contínuo. No ano de 2007, a proporção de grávidas adolescentes, 10 a 19 anos, em relação ao total de gestantes no estado do Amazonas foi de 26,8% e no município de Manaus foi de 23%. Uma proporção

considerada alta devido ao número de riscos que possam ocorrer com o recém-nascido e a mãe adolescente.

Quando se fala de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e SIDA, os índices epidemiológicos evidenciam que, a partir do ano 2000, houve um aumento na incidência de casos de SIDA na faixa etária de 13 a 19 anos, principalmente do sexo feminino. Segundo dados do Ministério da Saúde, foram notificados 544.846 casos de AIDS de 1980 a junho de 1999 em todo o Brasil e incluindo todas as faixas etárias. Em Manaus no ano de 2010, foram notificados 215 casos de AIDS na população de 13 a 19 anos, durante estas últimas três décadas (DATASUS, 2010). Estudiosos apontam uma tendência da epidemia para a feminização, heterossexualização e início da doença cada vez mais precocemente.

As estatísticas constataam a fragilidade do adolescente em relação a sua própria saúde. De cada 10 adolescentes, entre 10 e 19 anos, que iniciam sua vida sexual antes dos 17 anos, apenas um usa algum método contraceptivo, o que é um agravante tanto para as doenças sexualmente transmissíveis, quanto para a gravidez precoce (UNESCO, 2002).

Em 2004 a Pesquisa Nacional de Amostragem em Domicílio (PNAD), mostrou que 91,1% das crianças do grupo etário de 5 a 17 anos estavam estudando; já em 2008, a PNAD revelou sensível melhora do acesso com 97,5% das crianças entre 6 e 14 anos frequentando a escola. É nesse espaço escola que há uma oportunidade de troca de saberes e de conhecimentos, de tal forma que é nesse espaço onde a educação em saúde pode ter maior possibilidade de eficiência e eficácia.

Quando a criança inicia a sua vida dentro da escola é possível detectarmos alterações: auditivas; oftalmológicas; alterações de crescimento e desenvolvimento; erros alimentares; alterações no peso; atraso no calendário vacinal; déficits de atenção e outros. Alterações estas que podem afetar o seu rendimento escolar. É importante que a família e escola sejam co-participantes tanto na detecção, quanto do tratamento dos problemas encontrados. Já no seu curso escolar o adolescente, em fase da puberdade amplia ainda mais o cuidado que a família e escola, juntamente com profissionais da saúde pública, devem ter na promoção da saúde e prevenção de riscos de doenças. Inclui-se nesse rol de preocupação em especial a vida sexual do jovem, que ainda imatura, pode vir a se expor de forma bastante arriscada e propensa a lhe trazer problema psicossocial como a gravidez precoce e biofísica como a DST e a AIDS.

Para transformar a realidade de risco e agravos da situação apontada, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vem apontando a escola como o lugar ideal para se

desenvolverem programas de promoção e educação em saúde de amplo alcance e repercussão, já que exerce uma grande influência sobre seus alunos nas etapas formativas e mais importantes de suas vidas. Em 1995, a OPAS definiu a promoção de saúde no âmbito escolar partindo de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental.

Como proposta de saúde pública no âmbito da infância e da juventude, as autoridades Brasileiras criaram um programa educativo que foi implantado nas escolas brasileiras, o Programa Saúde na Escola (PSE), objeto da pesquisa em questão. Esse programa no Brasil foi instituído em dezembro de 2007, resultado de parceria do Ministério da Educação (MEC) e da Saúde, com o objetivo de ampliar as ações de saúde para alunos da rede pública de ensino: fundamental, médio, rede federal de educação profissional e tecnológica e Educação de Jovens e Adultos (EJA). Para cada escola que aderir ao PSE existe uma equipe pertencente à Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) responsável pelas ações na mesma. A escola deve estar dentro do território da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e deve ser alvo de suas ações no que diz respeito a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Em Manaus o programa foi implantado em 2008, após aprovação do conselho municipal, onde foi iniciado treinamentos para os profissionais da área da saúde que atuam nas UBSF's, pertencentes aos quatro distritos de saúde e os profissionais da educação, pertencentes aos seis distritos de educação. No ano de 2009, houve a adesão de 15 escolas, sendo 13 municipais e 2 estaduais. É no âmbito dessas escolas e unidades básicas de saúde da família que foi desenvolvida a pesquisa em questão.

II-A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Há algumas décadas, precisamente a partir de 1970, diferentes ações para a promoção de saúde e prevenção de doenças vêm acontecendo em vários países. Observou-se que fatores relacionados ao meio ambiente e comportamentos sócio-culturais como estilo de vida, poder aquisitivo, nutrição e trabalho estão implicados diretamente na saúde da população. Até então o modelo biomédico focado em doenças não trouxe tantos avanços na saúde pública como se esperava, doenças emergentes, re-emergentes, não transmissíveis, neoplasias, doenças cardiovasculares e outras vinham e ainda vem acometendo nossa população (Philippi, 2005).

O debate contemporâneo sobre promoção da saúde emergiu na década de 1970, a partir do *Relatório Lalonde* (1981/1974), Lalonde, o então Ministro de Saúde do Canadá, no qual seu objetivo central era enfrentar os altos custos da assistência médica, não acompanhada pela resolutividade centrada na figura médica. Este relatório definia o conceito de saúde constituído por quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde.

A promoção de saúde foi também reconhecida como um dos níveis de prevenção acoplado ao modelo da história natural das doenças, segundo Leavell & Clark (1976). Durante a conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada em Alma Ata, antiga URSS, em 1978, foi produzida uma declaração, a qual em seu item III advoga que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial. Segundo Soto (1979), surgia um novo conceito para dar mais precisão a esta realidade, definindo promoção de saúde como qualquer combinação de educação em saúde e as intervenções organizativas, políticas, econômicas e sociais desenhadas para facilitar mudanças de conduta e ambientais que conduzam à saúde.

No Brasil, juntamente com sua redemocratização e a construção do estado de direitos trouxeram a preocupação com o bem estar, com a igualdade social e com uma sociedade mais justa construída no exercício dos direitos sociais garantidos na constituição de 1988. Hoje, os movimentos de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) trazem no Pacto pela Saúde e no Programa Mais Saúde, o propósito de alcançar a melhoria de saúde de todos os brasileiros, em consonância com a Reforma Sanitária.

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde da família (Santos, 2010).

O Brasil entre a década de 1980 e o ano de 2000, participou de cinco conferências internacionais de Promoção da Saúde com a participação de vários países, cujos resultados foram cartas, declarações e recomendações que objetivaram a promoção da saúde no mundo todo. Essas conferências foram realizadas, em ordem cronológica nas seguintes cidades: Ottawa (Canadá), em 1986; Adelaide (Austrália), em 1988; Sundsvall (Suécia), em 1991; Jacarta (Indonésia), em 1997 e a quinta na cidade do México (México), em 2000.

Um conceito de Promoção à Saúde, difundido segundo a carta de Ottawa, 1986, é que a saúde deve ser obtida através de um processo de capacitação da população para melhorar sua própria saúde e deve se basear em sua própria realidade social, cultural, econômica e outras (Pelicione *et al.*, 2005).

Uma idéia difundida durante a quarta conferência internacional realizada em Jacarta em 1997- dez anos após Ottawa, é que para que as idéias de promoção à saúde se viabilizem eficazmente, deverão ser construídas pelo povo e com o povo, e não sobre o povo e para o povo. Fica claro que a partir da realidade social, econômica, cultural e ambiental de cada segmento, a população deve construir suas próprias vias de promoção à saúde. Ainda nesta quarta conferência realizada em Jacarta foi elaborado um documento denominado “Escolas Promotoras de Saúde”, o qual preconizava que toda criança tem o direito e deve ter a oportunidade de ser educada em uma escola promotora de saúde (BRASIL, 2001).

No transcorrer do século XX iniciou-se a concepção da Estratégia Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS) onde é incorporado o conceito de promoção à saúde na saúde pública e estendendo-se ao ambiente escolar. Em 1954 a Organização Mundial de Saúde (OMS) já começava a divulgar o conceito de Escola Promotora da Saúde e à partir de 1995, a OPAS tem estimulado as IREPS com o objetivo de fortalecer a capacidade dos países da América Latina e caribe na área de saúde escolar.

A estratégia das IREPS está apoiada em três pilares: a) Educação para a saúde; b) Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis e c) Ofertas de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa. Segundo a OPAS, a Promoção à Saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto socioambiental.

Em 1998, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, instituiu o “Projeto Promoção de Saúde” objetivando elaborar e promover uma política nacional de promoção à saúde com as seguintes linhas de ação: a) Promoção da saúde da família e da comunidade; b) Promoção de ações contra a violência; c) Capacitação de recursos humanos para a promoção de saúde e escola promotora de saúde e d) Espaços saudáveis de comunicação e mobilização social (BRASIL, 1998).

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), editada pelo Ministério da Saúde em 2006, representa um marco político e ideológico importante no processo da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), pois retoma as condições necessárias para que os sujeitos e comunidades sejam mais saudáveis. O objetivo principal desta PNPS está em promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes como o modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006d). Esta política é baseada na cooperação e no respeito às singularidades, como o estímulo à intersetorialidade, o compromisso com a integralidade, o fortalecimento da participação social e o estabelecimento de mecanismos de cogestão do processo de trabalho.

Seguindo esses princípios a escola se apresenta como o lugar ideal para que se desenvolvam programas de promoção e educação em saúde de amplo alcance e repercussão, já que exerce influência sobre seus alunos nas etapas formativas e vitais nas suas vidas. No contexto do espaço escolar encontram-se diferentes sujeitos, com histórias e papéis sociais distintos: professores, merendeiras, alunos, porteiros, pais, mães, avós, avôs, voluntários e muitos outros. Todos esses atores sociais no âmbito da escola produzem modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo e que devem ser compreendidos pelas equipes de saúde da família e suas estratégias de cuidados (MS, 2009).

Vê-se, portanto, que a promoção à saúde requer não apenas olharmos o estado físico da criança e do adolescente, mas os vários sistemas que orbitam para que esses sujeitos tenham a plenitude de uma vida saudável, entretanto definir saúde no intuito de garantir uma vida saudável é um grande desafio.

III- A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a criança compreende a faixa etária de 0 a 10 anos, já o adolescente de 10 a 19 anos e o jovem de 15 a 24 anos de idade. Por outro lado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o adolescente é o indivíduo que se encontra na idade de 12 a 18 anos. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), utiliza-se o termo saúde escolar referindo-se ao grupo etário de 6 a 10 anos de idade que é um grupo de menor adoecimento e menor frequência aos serviços de saúde. Atualmente, este termo “escolar” não responde a esta restrição já que a criança entra na creche cada vez mais cedo (ensino infantil), o escolar e o adolescente (ensino fundamental e médio) e jovens (ensino superior).

As crianças são muito mais vulneráveis às violações de direitos a uma saúde integral que os demais grupos da sociedade. Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 2009, 50% das crianças e adolescentes Brasileiros viviam em famílias pobres. Este percentual aumenta para 70% das crianças negras, as que vivem em áreas rurais e as que vivem na região do semi-árido nordestino. A realidade de uma criança nascer em um ambiente de pobreza acarreta em várias situações de exposição a vários problemas de saúde pública. Dos três milhões de crianças que completaram um ano de idade em 2005, cerca de 370.000 não possuíam o registro de nascimento (IBGE, 2005), com isso negando o direito a uma identidade e conseqüentemente acesso ao direito de saúde e educação que se segue.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), 2005, uma em cada quatro crianças está fora da escola e 64% das crianças pobres não vão à escola durante a primeira infância. Quando observamos a faixa etária de 7 a 14 anos, o Brasil possuía 97,6% (27.000.000) de crianças dentro da escola, apesar deste valor alto, 660.000 mil ainda estão fora da escola, das quais 450.000 mil são negras, uma minoria que tem sofrido historicamente a exclusão de toda ordem.

Quando é verificado a conclusão do ensino fundamental, do primeiro ao nono ano, apenas 40% das crianças, das regiões norte e nordeste, completam esta fase do ensino e 70% das que domiciliam nas regiões sul e sudeste concluem esta etapa do ensino. De cada 100 estudantes que entram no ensino médio apenas 40 o completam em todo o Brasil, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2005. A

evasão escolar nesta faixa etária se dá por diversas razões, evidenciando a violência e a gravidez na adolescência, (UNICEF, 2010).

A principal causa de óbitos na faixa etária de 10 a 19 anos se dá por causas externas, destas: na faixa de 10 a 14 anos lidera os acidentes automobilísticos em primeiro lugar, seguido de homicídios e na faixa etária de 15 a 19 anos, são os homicídios que lideram como principal causa (Painel de indicadores do SUS, 2007). As crianças são também especialmente afetadas pela violência, embora os sistemas de notificação e informação sobre violência contra as crianças sejam fracos, principalmente devido a sub-notificação, os dados existentes referem que 96% dos casos de violência física e 64% dos casos de abuso sexual sejam cometidos por familiares, (UNICEF, 2010).

Desde 2009, o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi incorporado ao Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN). De janeiro a novembro de 2009 foram registradas 23.157 notificações de violência doméstica, sexual e outras no sistema em todo o Brasil. Quando há uma suspeita de maus tratos ou abuso sexual deverá haver um preenchimento de notificação que deve seguir para o sistema de Vigilância Epidemiológica ou Vigilância em Saúde do município e também deverá ser encaminhado ao conselho tutelar local, de acordo com o ECA. Vale lembrar que as unidades básicas de saúde e as escolas, por estarem próximas as crianças, poderão e deverão preencher esta ficha, porém a sub-notificação ainda é muito grande, especialmente na região norte e nordeste.

No ano de 2000, os 191 países reunidos na Cúpula do Milênio da Assembléia Geral das Nações Unidas assumiram o compromisso de cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) até o ano de 2015, os quais na área da saúde da criança e do adolescente vale destacar: ODM 4 (Reduzir a Mortalidade na Infância) que tem como objetivo reduzir em 2/3 a mortalidade de crianças menores de 5 anos entre os anos de 1990 a 2015. Em 1990, a Taxa de Mortalidade Infantil do Brasil (TMI) foi de 46,9/1000 nascidos vivos e fora pactuado para o ano de 2015 uma taxa aceitável de 14,4/1000 nascidos vivos. O Brasil está perto de atingir esta meta até o final de 2012, três anos antes da data estipulada. Existem diferenças regionais nestas taxas, destacando-se os números elevados da TMI para as regiões norte e nordeste do país. Com a finalidade de reduzir essas diferenças o governo federal lançou o pacto de redução da mortalidade infantil para a região nordeste e para a Amazônia legal.

Outro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio é o ODM 2: Atingir o Ensino Básico Fundamental, que significa garantir, até 2015, que todas as crianças, de ambos os

sexos, terminem um ciclo completo de ensino básico. Considera-se um ciclo completo do ensino básico para nosso país o término do ensino fundamental. Este objetivo ainda é um desafio para a educação brasileira já que de acordo com IBGE, 2005, apenas 40% dos alunos que entram no ensino fundamental no Brasil o concluem.

Um problema global de saúde pública que está atingindo os países desenvolvidos e em desenvolvimento é a obesidade infantil. A OPAS e OMS estimam que no mundo existam 17,6 milhões de crianças obesas com idade menor que cinco anos. O número de crianças obesas entre 6 a 11 anos desde a década de 60 já dobrou no ano de 2000 (OPAS, 2003). Segundo dados coletados pelo PNAD no Brasil, anos de 1996 e 2006, a obesidade na infância apresentou respectivamente o percentual de 4,9 e 7%.

Existem indicativos fortes de que é na infância que se previne a maioria das doenças crônicas degenerativas que vão da hipertensão e diabetes ao câncer na idade adulta. É preciso haver uma conscientização de que cuidados de saúde na infância leva a uma construção de um adulto saudável. Segundo Moreira e Goldani (2010), oportunidades perdidas na infância são oportunidades não retornáveis.

Igualmente a outros países, porém em velocidade diferente, o Brasil vem sofrendo transição epidemiológica e demográfica. A mortalidade infantil está diminuindo, assim como a taxa de fecundidade. A expectativa de vida vem aumentando e trazendo consigo maior aparecimento e duração das doenças crônicas degenerativas. A mortalidade infantil por doenças diarreicas e doenças respiratórias agudas na faixa etária de dois meses a cinco anos vem reduzindo. O modelo hospitalocêntrico não é suficiente para atender a demanda desta nova pediatria. Faz necessário um modelo focado no crescimento e desenvolvimento e na prevenção de doenças (da infância e do adulto) conjuntamente com a promoção a saúde. Questões como vigilância a saúde da criança, como a observação da aprendizagem, monitoramento das alterações de comportamento, prevenção de acidentes, identificação de violência física e abuso sexual faz-se fundamental na promoção de saúde dessas crianças.

Vemos pois que ao pensarmos em saúde no âmbito da medicina é preciso muito mais do que olhar somente os agravos biofísicos. A atenção a saúde da criança e do adolescente desafia a medicina e demanda um novo enfoque de abordagem desses sujeitos, de forma a preencher as suas necessidades biopsicossociais emergentes (Moreira e Goldani, 2010).

Segundo dados do MS, no painel de indicadores do SUS, 2010, as causas externas são as principais causas de morte de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos. Dentre essas causas há um destaque para os homicídios e os acidentes de transporte, correspondendo a

50,5% e 27% respectivamente. Quando o gênero é posto em foco, os homens se mostram mais vulneráveis à mortalidade por causa externa do que as mulheres, superando em mais de 60% destas. Outro dado que chama a atenção são as mortes por suicídio, apresentando a taxa de mortalidade na faixa etária de 10 a 14 anos de 0,6 por 100.000 habitantes e na faixa etária de 15 a 19 anos foi de 3,3. Desde 2006 a maior frequência de mortes por suicídios vem ocorrendo em adolescentes do sexo feminino de 10 a 19 anos. É preciso uma conscientização desses dados para que os profissionais de saúde juntamente com a comunidade e escola possa evitar a exposição a esses riscos.

IV- A SAÚDE DO ESCOLAR

No Brasil, segundo citação de Tam *et al.*, (2010), os primeiros estudos sobre saúde escolar ocorreram em 1850. Em 1889, um decreto do Barão de Lavradio, regulamentou a inspeção das escolas privadas e públicas da corte, porém somente a partir do início do século XX a questão da higiene escolar tornou-se mais forte. Naquela época devida a uma grande imigração de povos de outros países para trabalharem na cafeicultura e a intensa troca com o comércio exterior, doenças como a varíola, cólera e a peste bubônica precisavam ser erradicadas. Acrescentava a esta época um aumento dos casos de febre amarela urbana, tuberculose, sífilis, hanseníase e malária. Havia um grande interesse nas crianças, pois as mesmas podiam disseminar rapidamente essas doenças para os adultos. Segundo avaliação de Lima, 1985, naquela época a saúde escolar na educação era dada por inspeções, as quais seguiam três doutrinas: a política, a médica sanitaria e a da puericultura.

O tema sobre saúde dentro da escola no Brasil, legalmente, partiu da obrigatoriedade do tema sobre programas de saúde. Segundo o artigo 7º da Lei 5.692/71, estabeleceu a obrigatoriedade da inclusão de “Programas de Saúde” nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus, enquanto o Parecer do MS de número 853/71, definiu os objetivos e a amplitude no contexto autoritário, dispondo sobre a posição dos Programas de Saúde como matéria curricular obrigatória de Educação Geral. Havia uma preocupação para que legalmente o assunto saúde fosse obrigatório dentro da escola.

Na constituição federal de 1988, em seu artigo 208, inciso VII ficou estabelecido que é atribuição do Estado o dever de garantir o atendimento à saúde do educando, por meio de programa suplementar de saúde escolar.

Outro avanço conceitual importante na área da educação foi a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, n.º 9.394, 20 de dezembro de 1996, também denominada Lei Darcy Ribeiro. A referida Lei confere à escola uma atuação mais integral, estando presente como obrigação legal no seu Título III, Art. 4º, item VIII, o que se segue: atendimento ao educando, no ensino fundamental público, por meio de programas suplementares de material didático - escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.

O artigo 208 da constituição federal de 1988 e a lei Darcy Ribeiro em 1996 foram importantes para que a assistência à saúde dos alunos fosse discutida dentro do âmbito do poder público.

Vale acrescentar a contribuição que os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's) trouxeram para a área da Educação em Saúde na Escola através de seus *Temas Transversais* em 1988. Os temas transversais tratam de um conjunto de temas necessariamente presentes no interior de todo aprendizado escolar, no qual está incluída a Saúde. Os Temas Transversais foram elaborados pela Secretaria de Educação Fundamental do MEC, construindo uma prática educacional voltada para a compreensão da realidade social e dos seus direitos e responsabilidades em relação à vida pessoal e coletiva e a afirmação do princípio da participação política. Nessa perspectiva é que foram incorporados como Temas Transversais as questões da Ética, da Pluralidade Cultural, do Meio Ambiente, da Saúde, da Orientação Sexual e do Trabalho e Consumo (MEC, 1998).

Em outubro de 1984, através da resolução n.º 24, do Conselho Deliberativo da extinta Fundação de Assistência ao Estudante (FAE), foi criado o Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE), com o objetivo de promover a saúde do escolar do 1º grau da rede pública de ensino, por meio do desenvolvimento de ações educativas, preventivas e curativas nas áreas de Saúde Geral, Odontologia e Oftalmologia. À época, era o único programa federal que atendia em caráter educativo, preventivo e curativo todos os escolares do 1º grau da rede pública de ensino. A necessidade do Programa justificou-se pelo fato de ter sido verificado problemas de saúde que interferiam no processo ensino-aprendizagem.

Entre 1984 e 1996, as ações do Programa foram realizadas de forma descentralizada, com transferências de recursos financeiros, por meio de convênios, para as Secretarias de Estado de Educação e Saúde com o intuito de desenvolver ações nas áreas de saúde geral, oftalmologia e odontologia.

Entre 1987 e 1988, foram firmados convênios com as Secretarias Estaduais de Educação e Prefeituras Municipais para o desenvolvimento das áreas do programa, especificamente para aquisição de materiais de consumo e permanente para a área preventiva e curativa de odontologia.

Em 1995, o Programa passou por uma grande reformulação e em consonância com as diretrizes do Governo Federal concentrou suas ações em municípios selecionados pelo Programa Comunidade Solidária.

Em 1999, o Ministério da Educação, determinou as ações do PNSE em áreas de saúde visual e auditiva, que mais diretamente influenciam no processo ensino-aprendizagem, por meio de convênio com as Prefeituras.

O Programa Municipal de Saúde do Escolar, em Manaus, foi implantado em 1994 com objetivo de promover a saúde do escolar dos alunos do ensino de Educação Infantil e Fundamental de 1ª a 4ª série, prioritariamente, concentrando-se nas áreas de saúde geral, oftalmologia e odontologia. Atualmente possui 147 servidores (professores readaptados, administrativos, serviços gerais ou cooperados) que atuam na escola como Agentes de Saúde Escolar (ASE), distribuídos em 138 estabelecimentos de ensino.

O Programa Municipal da Saúde do Escolar tem como principal objetivo promover a saúde do escolar da Rede Municipal de Ensino, por meio de ações educativas, preventivas e curativas nas áreas de saúde geral, oftalmologia e odontologia.

As atividades são desenvolvidas por ASE, e tem como objetivo promover a conscientização dos pais, alunos e funcionários sobre a importância da saúde e a necessidade de mudança de hábitos e comportamentos para uma vida saudável.

As ações de oftalmologia são desenvolvidas por ASE e Oftalmologistas contratados por meio de licitação ou convênio federal com a finalidade de beneficiar os escolares com necessidade de correção visual, propiciando consultas oftalmológicas e doação de óculos de grau.

O Programa de Saúde Bucal é desenvolvido nas escolas que têm gabinetes odontológicos por meio dos Cirurgiões-Dentistas e Auxiliares de Consultório Dentário e nas escolas sem gabinetes por Agentes de Saúde Escolar.

Desde 2007, após implantação do Programa Saúde na Escola, foi firmado um convênio entre Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para que fosse realizada e divulgada a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), junto aos escolares do nono ano das 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal. Esta pesquisa no ano de 2009 apresentou os principais resultados: 27% dos estudantes ingeriram bebida alcoólica ao menos uma vez nos últimos trinta dias; 76% dos escolares nunca fumaram; 76% dos escolares que iniciaram a vida sexual utilizaram o preservativo na última relação; 87,5% dos alunos da rede pública tiveram informações sobre como prevenir SIDA e outras DST's; mais de 80% tiveram lições em sala de aula sobre prevenção de gravidez; mais de 30% dos escolares são inativos ou insuficientemente ativos e 73% dos adolescentes declaram escovar os dentes três ou mais vezes ao dia.

Em 2008, o município de Manaus aderiu o Programa Saúde na Escola, PSE, continuando suas ações paralelamente com o Programa Municipal de Saúde do Escolar. Até o final de 2011, houve a adesão de 138 estabelecimentos de ensino da rede municipal ao Programa Municipal de Saúde do Escolar e a adesão de 40 escolas da rede municipal ao

PSE. Há uma perspectiva de adesão ao PSE no ano de 2012 chegar em 86 escolas, com a parceria de 84 unidades de saúde. Destaca-se o fato que em uma mesma escola não é encontrado os dois programas. O PSE, objeto de estudo, apresenta características dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família, o qual será discutido com maior detalhe no capítulo V.

V- O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MANAUS

Com o principal intuito de promover à saúde e prevenir doenças e agravos para os alunos foi lançado o Programa Saúde na Escola. O PSE vem com uma proposta nova que é unir as Equipes de Saúde da Família a uma escola dentro da sua área de abrangência, desta forma contextualizando o aluno em sua comunidade.

A busca de melhores condições de saúde para a população é uma das diretrizes da Estratégia Saúde da Família. Os profissionais das equipes, juntamente com os professores, têm o papel de ofertar condutas e intervenções aceitáveis, aumentando a capacidade de um ambiente escolar saudável, promovendo o acesso à informação e oportunizando escolhas saudáveis e habilidades para que o aluno, sua família e comunidade vivam melhores.

Instituído pelo decreto presidencial nº 6.286/2007, como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas em parceria com as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). O PSE tem como objetivo articular as Equipes de Saúde da Família e as escolas da rede pública de ensino com foco no enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento das crianças e jovens brasileiros.

A primeira portaria sobre o PSE foi a Portaria Interministerial entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), nº 675, de 4 de junho de 2008, onde foi constituída a Câmara Intersetorial que tem como responsabilidade elaborar diretrizes a fim de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. Até o momento foram publicadas oito portarias referente ao PSE.

O número da população Brasileira coberta pela Estratégia de Saúde de Família é na ordem de 97,3 milhões, correspondendo em torno de 30.782 equipes, segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) em 2010. Segundo dados divulgados no Painel de Indicadores do SUS, divulgado em Janeiro de 2010, cerca de 5.000 equipes de saúde da família desenvolviam ações do PSE em 608 municípios Brasileiros. Os municípios que aderem ao PSE, através da secretaria de saúde municipal, recebem incentivos financeiros para as ações do Programa Saúde na Escola, contendo um valor fixado, para cada equipe de saúde de família que aderir a uma escola nos moldes do programa.

Em Manaus, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 2008. Neste mesmo ano deram-se inicio as atividades de

treinamento para os profissionais de saúde e de educação sobre o programa afim de que fosse posto em prática. Algumas unidades escolares iniciaram as atividades do PSE no segundo semestre de 2008. Foram selecionadas pares de escolas e Unidades Básicas de Saúde da Família, as quais iniciaram suas atividades em 2008, 2009 e 2010. No ano de 2009 contávamos com a adesão de treze escolas municipais. Em 2010, foram realizados novos treinamentos e novas escolas aderiram ao programa associadas a novos estabelecimentos de saúde. Existe a situação de mais de uma equipe de saúde da família atender a mesma escola, devido a um elevado quantitativo de alunos.

Na cidade de Manaus no ano de 2011 havia 98 (noventa e oito) estabelecimentos de saúde (EAS) trabalhando em parceria com 83 (oitenta e três) escolas, sendo estas estaduais e municipais, que aderiram ao programa desde 2008 (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição do quantitativo de unidades participantes do PSE em Manaus , 2011.

DISTRITOS DE SAÚDE	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	ESCOLAS ESTADUAIS	ESCOLAS MUNICIPAIS	TOTAL DE UNIDADES
NORTE	30	10	16	56
SUL	17	08	08	33
LESTE	20	02	15	37
OESTE	31	09	15	55
TOTAL	98	29	54	181
TOTAL %	54	16	30	100%

Fonte: Semsas, 2011.

O Ministério da Educação, MEC, quando fez a seleção para implantação do PSE, priorizou os municípios que possuíam o programa “Mais Educação”; os que tinham 100% de cobertura de unidade básica de saúde da família e 647 municípios que apresentava os piores Índices de Desenvolvimento de Educação Básica (IDEB) do Brasil. Manaus possuía o programa “Mais Educação” e infelizmente encontrava-se na lista dos municípios com piores IDEB. A cobertura de UBSF no município de Manaus é em torno de 43%. Posteriormente através da Portaria nº 1861 de 24/09/08, houve ampliação de abertura a todos os municípios, com prioridade aos municípios acima definidos.

O Índice de Desenvolvimento de Educação Básica é um indicador de qualidade do ensino brasileiro. O IDEB é obtido como resultado da média das provas realizadas em três

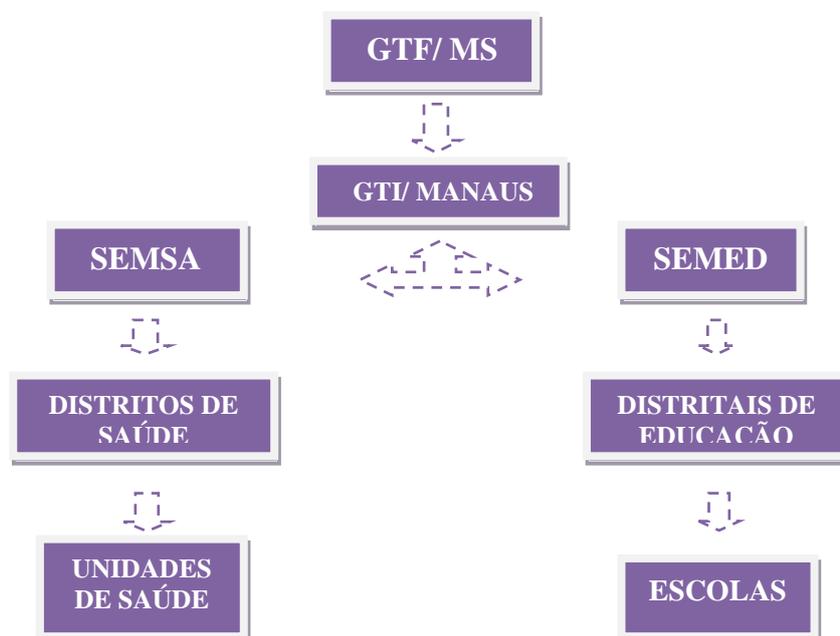
ocasiões: final do quarto ano, do nono ano do ensino fundamental e do terceiro ano do ensino médio pelo tempo médio de conclusão de um ano.

A gestão do programa é tripartite (município/estado/união) cabendo aos Ministérios da Educação e da Saúde a integração entre as secretarias municipais e estaduais das respectivas áreas, subsidiando o planejamento integrado das ações do programa, apoiando os gestores das cidades e dos estados e estabelecendo os indicadores de avaliação do programa. Aos municípios cabe a criação de um grupo de trabalho intersetorial para elaborar e programar o PSE; vincular as equipes de saúde da família e escolas e encaminhar o projeto para a homologação da Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Após a aprovação da CIB, o MS libera recursos e insumos para o início da formação, que em Manaus ocorreu em 2008. Os recursos são repassados para o Fundo Municipal de Saúde e são gerenciados pela Secretária Municipal de Saúde. A disponibilização e a aplicação desses recursos devem ser acompanhadas pelo Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI).

O Ministério da Saúde criou o Grupo de Trabalho Federal (GTF) para que coordenassem o programa em nível central. Em Manaus foi criado o GTI, coordenado por duas representações, uma da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e a outra da Secretaria Municipal de Educação (SEMED). Existe quatro distritos de saúde e seis distritos regionais de educação, em cada distrito existe um técnico responsável pelo acompanhamento das equipes de saúde e escola. Essas equipes são responsáveis por repassarem relatórios periódicos para a GTI. Muitos desses relatórios são preenchidos pelas equipes da ESF. Segue maior descrição do acompanhamento do PSE, segundo Figura 1.

Figura 1- Acompanhamento do Programa Saúde na Escola, Manaus. 2011.



As atividades desenvolvidas no PSE são divididas em cinco componentes, as quais estão sumarizadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Sumário dos componentes do PSE

COMPONENTES	DEFINIÇÃO
I	Avaliação clínica e psicossocial.
II	Ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos.
III	Educação permanente e capacitação de profissionais da educação e saúde e de jovens para o PSE.
IV	Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes.
V	Monitoramento e avaliação do PSE.

Fonte: Ministério da Educação (2008).

Cada um desses componentes possui um rol de ações a serem seguidas e monitoradas pelos gestores. A seguir detalhamos as ações de cada componente:

- Componente I: Avaliação das condições de saúde dos alunos, que compreende: avaliação clínica e psicossocial; atualização do calendário vacinal; detecção precoce da hipertensão arterial sistêmica e diabetes; acuidade visual e auditiva; estado nutricional e da saúde bucal.
- Componente II: Segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, buscando a melhora nutricional dos escolares; Promoção de práticas corporais e atividade física nas escolas, estimulando-os a fazê-los como uma escolha, uma atitude frente à vida; Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/SIDA; Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; e Promoção da Cultura de Paz e das violências.
- Componente III: Educação Permanente contínua; Capacitação dos profissionais de saúde e de educação e Capacitação dos alunos participantes.
- Componente IV: Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes. O MS quando coloca este componente ele pretende monitorar e avaliar o PSE através das seguintes pesquisas que já ocorrem rotineiramente no Brasil, que são:
 - a) Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PENSE), que possui como foco jovens de 13 a 15 anos;
 - b) Encarte Saúde no Censo Escolar (INEP/MEC);
 - c) Sistema de Monitoramento do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE);
 - d) Pesquisa Nacional do Perfil Nutricional e Consumo alimentar do Escolar.

- Componente V: Monitoramento e avaliação do PSE: Se dará através de relatórios; estudos; dissertações; teses e outros que possam vir a contribuir com a avaliação do PSE.

Os componentes I e II são de responsabilidade das equipes de saúde da família e da educação que atuarão na escola. Os treinamentos realizados em Manaus foram realizados com o objetivo de treinar e capacitar os profissionais citados na melhoria das atividades a serem realizadas.

Observa-se, portanto, que a promoção à saúde contextualiza o indivíduo no ambiente em que vive levando em consideração a educação e lazer a ser oferecido, o trabalho o qual está exercendo, os benefícios de serviços públicos, a mitigação da pobreza e demais indicadores de qualidade de vida, justiça e equilíbrio ambiental. No Brasil, onde encontramos tantos problemas de saúde que acometem as crianças e adolescentes, é no âmbito da escola, onde podemos contextualizá-los e promover a sua saúde até como meio de melhorar o seu aprendizado e engajá-lo na apropriação plena da cidadania.

O PSE vem com uma proposta dentro dos princípios do SUS e da saúde da família, empolgante e promissor. Resta-nos a pergunta: Qual a percepção dos atores sociais envolvidos nesse programa? Quais os principais dificultadores e facilitadores dos agentes sociais na implementação do PSE? Quais as perspectivas que os profissionais de saúde e educação que participam deste programa possuem? O que os alunos entendem o que significa o PSE? O que os alunos mais aprenderam participando do PSE? Quais as implicações desse programa no cotidiano da escola e dos alunos participantes? Tendo como base tais questionamentos este estudo foi elaborado. Pretende-se contribuir para uma melhor compreensão do PSE a partir da pesquisa em algumas escolas de Manaus, descobrindo quais caminhos podem ser revistos e quem sabe, melhorados. Sabemos da limitação de um único estudo, mas outros precisam ser incentivados de modo que a promoção da saúde no âmbito dos programas possam ser apropriados pelos seus agentes sociais como uma questão implícita da cidadania e melhoria da qualidade de vida dos nossos estudantes.

VI- OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o Programa Saúde na Escola (PSE) no Município de Manaus a partir das percepções dos agentes sociais envolvidos: Gestores do PSE no município; Diretores de Escola; Professores Educadores responsáveis pelo programa na escola; Profissionais de Saúde pertencentes a ESF e alunos envolvidos no processo de implantação, desenvolvimento e participação.

Objetivos Específicos

- Identificar os principais problemas de saúde das crianças e adolescentes citados pelos gestores, educadores e profissionais de saúde;
- Descrever as principais dificuldades e facilidades enfrentadas pelos profissionais de saúde, educadores e gestores na implementação e desenvolvimento do PSE na unidade pesquisada;
- Citar como ocorrem a operacionalização das atividades do PSE nas escolas selecionadas;
- Identificar as perspectivas dos profissionais envolvidos em relação ao PSE;
- Verificar a percepção dos alunos sobre o PSE e citar o que mais aprenderam;
- Descrever o impacto no cotidiano de vida dos alunos após os conhecimentos adquiridos participando do PSE.

VII-METODOLOGIA

O presente estudo teve caráter exploratório com uma abordagem qualitativa, não se tratando de um trabalho avaliativo, formulando juízo de valor sobre determinado objeto, mas sim, empregando procedimentos de constatação e análise crítica com vistas a atingir o objetivo do estudo qual seja: Analisar o Programa Saúde na Escola (PSE) no Município de Manaus a partir das percepções dos agentes sociais envolvidos: Gestores do PSE no município; Diretores de Escola; Professores Educadores responsáveis pelo programa na escola; Profissionais de Saúde pertencentes a ESF e alunos.

Segundo Pope, 2009, a pesquisa qualitativa examina a compreensão subjetiva das pessoas a respeito de sua vida diária. Segundo o mesmo, p.18, os pesquisadores qualitativos usam a conversação para, na forma de entrevistas, coletar dados a respeito da visão e da experiência das pessoas.

Seleção de Sujeitos

Foram selecionados, por conveniência, participantes de 3 escolas e 4 equipes de saúde da família que aderiram ao PSE desde o ano de 2008. As informações foram coletadas neste estudo a partir de entrevistas com gestores responsáveis pelas ações da Secretária Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal da Educação, as quais pertencem ao Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI); gestores das escolas participantes; profissionais de saúde e educação e alunos participantes do PSE. O total de participantes foi, portanto de 33 (trinta e três) participantes, compondo 2 (dois) grupos distintos:

Grupo 1 : Profissionais

Gestores das escolas: Participaram 3 (três) diretores de escola.

Gestores do Grupo de Trabalho Intersetorial/ Saúde e Educação: Participaram 2 (dois) gestores, sendo um responsável pelas ações da Secretaria Municipal de Educação e uma responsável pelas ações da Secretaria Municipal de Saúde.

Profissionais da Saúde: Participaram 4 (quatro) profissionais. Pertencente a quatro Equipes de Saúde da Família.

Profissionais da Educação: Participaram 3 (três) profissionais, sendo 01 de cada escola.

Grupo 2 - Escolares

Alunos: Participaram 21 (vinte e um) alunos. Alunos de duas escolas atuantes, sendo 11 de uma e 10 de outra escola.

Técnica e instrumento

Para a coleta das informações foram utilizados a técnica da entrevista semi estruturada (MINAYO, 2000, p.99) e questionários. As entrevistas semi estruturadas foi aplicada para os gestores, diretores da escola, profissionais da educação e profissionais da saúde segundo os roteiros apresentado nos apêndices 4, 5 e 6, respectivamente. E o termo de consentimento livre e esclarecido segundo o apêndice 1.

Segundo Gil, 2010, p.112, as entrevistas semi estruturadas apresentam grau de estruturação, já que se guia por certos pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo do seu curso.

O questionário contendo dados demográficos e perguntas abertas direcionadas aos alunos que concordaram em participar da pesquisa encontra-se no apêndice 7 e o termo de consentimento livre e esclarecido aos pais segundo o apêndice 3.

Coleta de dados

As entrevistas foram aplicadas individualmente no período de 01/11/2011 a 30/12/2011 a partir de um prévio consentimento e agendamento dos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e inseridas num banco de dados para posterior análise.

Os formulários dos questionários direcionados aos alunos foram aplicados nos meses de novembro/2011 e dezembro/2011. A aplicação foi feita em sala de aula de forma coletiva, sendo que cada aluno preencheu individualmente o seu formulário. Os dados foram posteriormente inseridos num banco de dados para posterior análise.

Limitações

O presente estudo não se propôs a generalizar seus resultados pela própria natureza exploratória da pesquisa. Na coleta de informações junto aos Diretores das escolas, dois deles entraram na escola no ano de 2011, já encontrando, assim o PSE em andamento, total ou parcialmente implantado. As informações, são, portanto relativizadas devido esse tempo de convivência com o PSE.

Com os profissionais da educação, essa situação se repetiu, dois profissionais também entraram no processo do PSE somente no ano de 2011. Dessa forma suas percepções são parciais sobre o PSE. Um desses profissionais, porém já fazia parte PSE desde o início, em 2007.

Os gestores pertencentes ao GTI da SEMSA e SEMED, e os Profissionais de Saúde eram colaboradores do PSE desde sua implantação em 2008.

Em relação ao grupo dos alunos houve uma situação diferenciada. As escolas municipais são responsáveis pelo ensino fundamental, do primeiro ao nono ano, enquanto as escolas estaduais é que são responsáveis pelo ensino médio. Quando prôpus aplicar o questionário para alunos do nono ano, não previa algumas restrições de turno (só noturno, alunos do sexto ao nono ano sem o PSE). Diante desses fatos, a aplicação se restringiu a alunos do quinto ano do turno matutino e um aluno do quarto ano, e que participaram do PSE há um ou dois anos. Desse forma, uma das escolas não teve participantes.

Análise dos dados

As informações coletadas e depositadas em um banco de dados foram analisadas a partir da proposta da análise de conteúdo de Bardin (2004). Esse método culmina com a caracterização de categorias que emergem a partir das respostas dadas pelos participantes e que são posteriormente discutidas à luz do referencial teórico apresentado para argumentação do estudo e contextualizadas no referido momento histórico do próprio PSE. Conforme a autora, o método de análise do conteúdo constitui-se em um conjunto de técnicas que através de procedimentos sistemáticos e objetivos permitem a inferência de conhecimentos relativos às “condições de produção/ reprodução das mensagens” comunicadas (p.33). A função da análise de conteúdo está em mostrar o que se encontra por trás do conteúdo manifesto, ou seja, o conteúdo latente, de modo que fique aparente essa percepção individual do participante. As categorias são produções coletivas, de modo

que cada participante terá sua percepção acolhida numa coletividade distinta pelo grupo que faz parte. Assim teremos percepções de cada grupo em particular, e não formas individuais.

Aspectos Éticos

Os procedimentos metodológicos aplicados nesta pesquisa respeitaram as questões éticas exigidas de acordo as Normas e Diretrizes da Resolução 196/ 1996 do Conselho Nacional de Saúde/ MS/ Brasil. Segue também as diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS).

A investigação utilizou como principal instrumento as entrevistas semi estruturadas, as quais foram garantidas o anonimato, não sendo obrigatória a participação dos entrevistados e a qualquer momento durante a pesquisa os participantes poderiam desistir. Ver Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) nos apêndices 2 e 3.

O presente estudo foi submetido a comissão de ética em pesquisas (COEP) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) recebendo sua autorização em 05/07/2011 e ao comitê de ética da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) recebendo autorização em 14/09/2011, segundo anexo II. A Secretaria Municipal de Educação não possuía comissão de ética em pesquisas, sendo protocolado pedido de autorização ao Secretário Municipal de Educação e autorizado em Outubro de 2011.

VIII-RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados desse estudo foram organizados em correspondência a cada uma das questões de estudo, sendo separadas em Grupo 1 (gestores, profissionais de saúde e profissionais da educação) denominando-se “*PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS*” e Grupo 2 (alunos), “*PERCEPÇÃO DOS ALUNOS*” com base em análise crítica das informações/observações coletadas, tendo em vista as respectivas categorias de análise.

Participaram da pesquisa ao todo 33 participantes: 12 eram participantes do grupo 1 (profissionais da educação e da saúde), e 21 do grupo 2 (alunos). A distribuição destes participantes pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos participantes em função do sexo e grupo.

Participantes	Masc	Fem	Total
Grupo 1 - Profissionais	2	10	12
Grupo 2 - Escolares	9	12	21
Total	11	22	33

Em relação ao grupo 2, dos alunos, 20 deles cursavam o quinto ano do ensino fundamental e apenas um estava no quarto ano do ensino fundamental. A idade dos alunos participantes era de 9 e 13 anos, com a maior participação de crianças de 10 anos, como se pode observar na tabela 2. Dezesseis alunos estavam participando no PSE há um ano e cinco deles participavam há dois anos.

Tabela 2- Distribuição por idade dos alunos participantes do estudo.

IDADE	Frequencia	Percentual
9 anos	1	5%
10 anos	8	38%
11 anos	5	24%
12 anos	5	24%
13 anos	2	9%
Total	21	100%

Os resultados foram obtidos a partir de um processo de construção das categorias de análise com base nas informações coletadas junto aos profissionais e alunos. Seguindo a proposição da análise de conteúdo (Bardin, 2004), as respostas individuais dos participantes foram anexadas como percepção coletiva do grupo de profissionais, de modo que a análise aqui apresentada sugere não mais aspectos diferenciados entre profissionais, mas formas de pensamento representativa do grupo. Assim os sujeitos não são identificados e as falas usadas como exemplo expressam pensamento presente circulante no grupo e não resposta de um sujeito.

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS

- A SITUAÇÃO DA SAÚDE DOS ESCOLARES

A Organização Mundial de Saúde definiu em 07 de abril 1948, a saúde como: “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades”. Conceito este bastante criticado e ultrapassado, por se tratar de uma definição utópica e inatingível. Na verdade o conceito de saúde vai depender de cada um, vai depender de valores individuais e de concepções científicas, religiosas e filosóficas, (Scliar, 2007).

Estando diariamente com os escolares, o grupo de profissionais e gestores apontaram uma série de problemas de saúde mais evidentes. Alguns são mais frequentes e de maior incidência.

Foram encontrados 11 problemas de saúde relatados pelos profissionais entrevistados, estes problemas apresentaram 36 citações. Os problemas que apresentaram 06 e 05 citações foram considerados de *alta incidência*; os que apresentaram 04 e 03 citações foram considerados de *média incidência* e os que apresentaram 02 e 01 citações foram consideradas de *baixa incidência* (Ver Tabela 3 e 4).

Tabela 3: Número de citações dos profissionais sobre os problemas de saúde dos escolares.

Problemas apontados	Citações*
Dermatológicos	6
Nutricional/ Carencial	6
Dentários	5
Parasitoses	5
Higiene	4
Viroses	3
Violência	2
Visual	2
Stress emocional	1
Dst/ Aids	1
Auditivos	1
Total	36

* Citações: número de vezes que os profissionais de saúde relataram.

Tabela 4: Problemas de saúde dos escolares de acordo com profissionais e gestores

Problemas apontados	Incidência*
Dermatológicos	A
Dentários	A
Parasitoses	A
Nutricional/ Carencial	A
Higiene	M
Viroses	M
Violência	B
Visual	B
Stress emocional	B
Dst/ Aids	B
Auditivos	B

* As citações a incidência a foi agrupada em A = Alta; M = Média e B = Baixa

Constatou-se que os entrevistados identificaram como problemas de *alta incidência* entre os escolares de problemas odontológicos (principalmente cáries dentárias); problemas dermatológicos (micoses); Parasitoses e Problemas Nutricionais/ Carenciais. Os Problemas Nutricionais relacionaram-se a Desnutrição, Sobrepeso e Obesidade, já o

principal problema carencial relatado foi a Anemia. Segue algumas falas sobre os problemas que apresentaram-se como de alta incidência:

“Outros casos assim que geralmente aparecem são os problemas dermatológicos.”

“O principal problema é o odontológico”

“Eu acredito que são verminoses, acho que é um fator que nós constatamos, daquela questão da anemia, a questão da falta de ânimo.”

“O que eu percebo é que elas têm problemas de verminoses, problema de pele, parasitas, piolho.”

Segundo estudo realizado por Lopes e colaboradores (2010), em uma instituição de ensino público na região sul de São Paulo, a ocorrência de sobrepeso/obesidade nos escolares foi de 38,3% em ambos os sexos. Um percentual alto para uma determinada escola, segundo dados do PNAD de 2006, 7% da população brasileira estava com obesidade, e, em 1996 esse percentual era de 4,7%.

No município do Rio de Janeiro a morbidade entre os escolares, segundo Dinah (2005), ainda é desconhecida. Entretanto, os supervisores citaram como mais comuns de doença os casos de: cárie dentária, afecções de pele do tipo pediculose, escabiose e impetigo além das manifestações alérgicas, verminoses e doenças do trato respiratório superior.

Problemas relacionados a Higiene e Viroses foram citados como de *média incidência*. Segundo alguns entrevistados é comum a criança vir para escola com sintomas virais, como febre, cefaléia e vômitos. *“Mesmo doente os pais deixam na escola”*, descreve um dos entrevistados. A questão relacionada a Higiene foi retratada por um dos entrevistados: *“Aí vem piolho, a questão da higiene pessoal deles, que deixa a desejar bastante.”*

Nesse estudo constatou-se que os profissionais relatam como problemas de *baixa incidência*: violência; DST's e Aids; Problemas visuais e auditivos. Segundo um dos entrevistados em sua escola de atuação existe uma forte exposição das crianças às drogas. Essa escola está situada em uma “área vermelha”, classificação utilizada a fim de detectar locais mais expostos à violência e às drogas, segundo sua fala:

“então a gente nas nossas palestras, como aqui é uma área que tem muito problema de alcoolismo, drogas ilícitas, a gente trabalha com palestras de prevenção à drogas, com várias drogas.”

“Pelo acompanhamento dos projetos no longo dos anos, a gente tem observado que há a dificuldade visual, a gente tem a experiência de testes visuais nas escolas, encaminhamento médico e doação de óculos, a gente vê muitos casos de crianças que precisam.”

Negligenciada por várias gerações, a violência escolar é hoje considerada um problema de saúde pública importante e crescente no mundo, (WHO, 2002) e uma das maiores preocupações dos estudantes, encarregados de educação, profissionais da educação e da saúde. Mesmo a violência contra as crianças e adolescentes serem bastante frequentes em nosso país, segundo dados do SINAN, na pesquisa este tema foi pouco comentado pelos entrevistados.

Alguns problemas frequentemente encontrados nos alunos, como parasitoses intestinais, pediculoses, anemias e micoses, não são abordados pelos profissionais de uma maneira preventiva e que a parte curativa deixa a desejar, como a demora do encaminhamento para o tratamento médico. Após a constituição federal de 1988, em seu artigo 208, refere-se que é atribuição do estado o dever de garantir à saúde do educando.

É consenso para a WHO - World Health Organization (2012), que as questões atuais de morbidade que mais afetam o adulto inicia-se na infância e adolescência. Cerca de dois terços das mortes prematuras e um terço das doenças do adulto estão associadas a compartimentos que inicia-se na infância incluindo o uso do tabaco, ausência ou diminuição da atividade física, sexo desprotegido e exposição a violência. Essas questões de morbidades têm sido discutidas na atualidade por vários profissionais e observa-se que durante as entrevistas com os profissionais que lidam com o PSE pouco tem sido discutido estas questões. Segundo a pesquisa nacional de saúde escolar, que é realizada a cada dois anos (PENSE, 2009), vê-se em destaque os seguintes problemas relacionados à saúde do escolar: obesidade e sedentarismo; exposição ao álcool e drogas; exposição às DST's e AIDS e início do tabagismo.

Observa-se nesse estudo que os profissionais envolvidos no PSE identificam aspectos bastante superficiais na saúde dos alunos. Também não relatam sistematização dos dados de morbidades encontrados e esses aspectos dizem respeito a um padrão tradicional de saúde do escolar. Embora algumas outras dimensões mais contemporâneas de saúde já comecem a aparecer, como por exemplo, violência e drogas, ainda são vistas como um problema menor. Talvez essa situação seja pelo fato destes alunos ainda estarem em idade de pouca exposição a esse tipo de situação, que é mais presente entre os jovens.

De qualquer maneira essa percepção acaba por influenciar toda a concepção de operacionalização proposta pelo PSE.

A vigilância a saúde da criança, visando a promoção à saúde, deve ser incluso na pauta do PSE, questões como: observação da aprendizagem; monitoramento das alterações de comportamento; prevenção de acidentes e identificação de violência física e sexual. E estes assuntos devem ser abordados precocemente nas escolas, afim de que minimizemos as ocorrências e sequelas destes.

- O PSE NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES

Considerando que o PSE é um programa relativamente recente e que alguns dos entrevistados estavam engajados há pouco tempo, essa definição mostrou aspectos bastante generalizados e em alguns casos superficiais. As falas expressas pelos profissionais possibilitaram o agrupamento em categorias de pensamento. Dessa forma, encontramos três tipos de argumentos relacionados à definição do PSE por esses agentes em atuação direta com o programa: a) *Promoção e Prevenção à saúde*; b) *Vínculo, Integração do ESF e escola em um mesmo território*; c) *Obtenção de maior qualidade de ensino*.

Os profissionais entrevistados foram unânimes em apontar a importância do PSE e a definição como *Promoção e Prevenção de doenças* levando a uma melhoria da saúde das crianças: “O PSE vem para prevenção, o objetivo dele é prevenir, mostrar que existe determinadas coisas que a gente pode prevenir”.

Embora a *integração do ESF e escola* tenham sido referidas, esta se manifestou entre poucos entrevistados, porém existe a noção de tal parceria: “É a possibilidade de vínculo dentro de um território, das equipes de saúde da família, dos profissionais com a escola.”

Alguns entrevistados relataram que melhorar a *qualidade de ensino*, através da obtenção de um melhor aprendizado é um objetivo importante do PSE, mas poucos estão preparados para definir o PSE como programa de promoção da saúde consensuado entre esses profissionais. “É uma integração da Estratégia Saúde da Família com a escola na tentativa de melhorar a saúde, em todos os sentidos, para as crianças e adolescentes e obter um nível favorável de ensino, qualidade de ensino, essa é a interação e esse é o objetivo que eu penso.”

Poucos participantes contextualizaram o PSE como ação integrativa a partir de uma parceria, de um vínculo em que a promoção à saúde seja o elo fundamental no âmbito da escola. O foco principal desses profissionais está centrado nas ações curativas tais como combater doenças; em repassar alguns conhecimentos acerca de saúde em que o receptor, no caso os alunos, teriam que escutar, entender, assimilar e continuar aquela recomendação, para melhorar comportamento de prevenção de doenças e não promoção da saúde, na sua concepção mais ampla. Estes fugiram do contexto amplo de saúde, de promoção à saúde, parceria, vínculo, territorialização ao qual o PSE tem a sua orientação.

Segundo a Política Nacional de Promoção à Saúde (Brasil, 2006), que tem como objetivo da promoção à saúde: promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes como modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Esta política estimula a intersetorialidade entre vários setores, e, principalmente em destaque aqui a saúde e a educação.

Vale lembrar que promoção de saúde define-se, tradicionalmente, de maneira mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral” (Leavell&Clarck, 1976).

O conceito escola promotora da saúde vem sendo discutido pela OMS desde 1954 e à partir de 1995, a OPAS tem estimulado as IREPS com o objetivo de fortalecer a promoção a saúde no âmbito escolar. Em 1994 o município de Manaus implantou o Programa Municipal de Saúde do Escolar com o objetivo de Promover a saúde dos escolares. Apesar de passados 58 anos de estudos e reflexões sobre o tema através de revistas, livros, artigos e diplomas normativos a promoção a saúde na prática, ao que se percebe neste estudo na prática, fica longe do ideal.

- OPERACIONALIZAÇÃO DO PSE

A operacionalização se refere apenas aos profissionais de saúde e educação, já que esta atividade é feita pelos profissionais dentro da escola. Vemos que há uma diversidade de atuação entre esses profissionais numa mesma escola. A partir da descrição apresentada por esses profissionais observamos quatro formas distintas de operacionalização:

Abrangente e transversal:

Feito planejamento no início do ano e é construído o calendário anual, conjuntamente escola e equipe. As atividades são planejadas e analisadas sua viabilidade em parceria. É interessante destacar que o assunto desenvolvido na escola, também é trabalhado em todas as disciplinas da escola, para que haja um reforço e maior aprendizado dos mesmos. Com rotina semanal.

“No início do ano a equipe de saúde, a UBSF O-09, eles fazem a reunião aqui na escola, com a gestora, com quem coordena o programa na escola e coloca na mesa. Todas nós temos o direito, o espaço de analisar o que é viável ser realizado e o que não é. Feito isso é contruído este calendário.”

Pontual e centrada:

É feito um planejamento no início do ano, com as atividades de saúde bucal e as atividades do restante da equipe, separadamente. O calendário de saúde bucal é discutido e repassado a direção da escola. Na área da saúde bucal é realizado o estudo epidemiológico, atividades preventivas e educativas na escola. O tratamento curativo é realizado dentro da ESF. Vale destacar as atividades lúdicas e artísticas desenvolvidas em parceria com os educadores desta escola. Com rotina semanal.

“Então, resumindo, nos vamos no início do ano, fazemos um cronograma, iniciamos com o exame epidemiológico, fizemos em oito turmas, fazemos aquele triagem, os que estão mais susceptíveis já encaminhamos para cá. Quando eu vou levamos uma agente de saúde, a minha asb, agente de saúde bucal. Cada agente de saúde fica reponsável por uma turma. Para que todos participem, pois é umas equipe. Ele vai na escola antes da gente ir na verdade. Eles pegam todos os dados dos alunos de sua turma específica. Eles abrem a ficha, o gil, o cartão sus.”

Informal e esporádica:

Atividades levantadas sem planejamento se restringindo as datas comemorativas ou a alguma ação sugerida pelas distritais de saúde ou de educação. Sem rotina semanal.

“Vinha do Disa o que a gente trabalha durante o ano, o calendário, que a gente seguia, por exemplo, Hanseníase, Diabetes. A gente ia lá e marcava um cronograma. Fazíamos as

datas comemorativas. Aí tinha o mês da tuberculose, e nó íamos lá trabalhar a tuberculose.”

Indiferenciada:

Atividades levantadas mensalmente, restrita as atividades comemorativas. O planejamento solicitado pela SEMSA solicitado no início do ano é entregue formalmente, porém não é praticado. Sem rotina semanal.

“Nos fazemos nossas reuniões mensais, a equipe planeja, depois vamos para a prática lá no colégio através das palestras. Distribuição de panfletos.”

Observa-se que na descrição da operacionalização do PSE, as formas operacionais aqui nomeadas de *Informal e Esporádica e Indiferenciada* se afastam totalmente do que é preconizado e orientado pelo GTI, o qual orienta para que haja um planejamento e análise de viabilidade discutido em parceria, respeitando o calendário escolar. Estas equipes fazem as atividades, baseando-se em datas comemorativas, quando a SEMSA ou SEMED exige alguma atividade em determinada semana, então a escola é acionada. Neste tipo de operacionalização não é realizado um trabalho em conjunto, não há parceria, não há participação dos professores da escola, ou seja, se afasta totalmente das orientações do PSE dada pelo MS.

A operacionalização *Pontual e Centrada* só existe praticamente como atividades realizadas pelo grupo de saúde bucal, a qual faz uma boa parceria com a escola. O grupo de saúde bucal realiza o planejamento, cumpre o calendário, emite relatórios e ainda monitora os problemas das crianças e encaminha para tratamento curativo. Vale acrescentar que esta equipe faz atividades preventivas, interage com os alunos e professores, desenvolvendo uma parceria, conforme espera-se do PSE.

E, finalmente, a operacionalização *Abrangente e Transversal* há uma interação bem visível e detectada pela pesquisadora, em que atingiram uma maturação no sentido de planejar, discutir e elaborar conjuntamente as ações do PSE.

Nas orientações dadas pelo GTI é solicitado um planejamento semestral e relatório de atividades das ações executadas por parte da SEMSA e da SEMED, o qual deve ser entregue ao responsável distrital, tanto o de saúde como o de educação. Entretanto isso parece ser uma orientação pouco cumprida entre os profissionais desta pesquisa.

Segundo Bastos (1998), o PSF apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer. Trabalhar o Programa Saúde na Escola é trabalhar dentro do contexto da intersetorialidade, juntamente os setores de educação, saúde e família devendo estes serem corresponsáveis com a saúde do escolar, ou seja, trabalhar o que já é preconizado dentro do contexto do PSF.

As atribuições da equipe multiprofissional da saúde da família, segundo MS, destaca-se: estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

- DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DO PSE

Os participantes do estudo apontaram dificuldades para a implantação do PSE em sua escola de atuação, as quais foram divididas quatro aspectos principais: *a) Apoio e Educação familiar; b) Logística e estrutura física inadequada; c) Formação e Capacitação da equipe de profissionais e d) Apoio dos docentes.*

O *apoio e educação familiar*, na perspectiva de parceria com a comunidade, e a continuação da educação familiar foram as dificuldades mais citadas pelos entrevistados. Alguns participantes relataram que o retorno dos pais era difícil, segundo a fala de alguns entrevistados:

“A maior dificuldades que nos encontramos é a falta da parceria com a família. Nem todos os pais conseguem fazer esse acompanhamento fora da escola.”

“As dificuldades que nos encontramos mais foi com os familiares. Até hoje os grandes dificultadores lá dentro. A família é totalmente desligada, de todos os setores, não só da área da saúde como da área educativa também.”

“A gente se depara, claro, é justamente no retorno dos pais, porque no que diz respeito no que compete a eles, aquilo que a escola não pode fazer e sim a eles. Eles deixam de lado. Acaba sendo uma questão social, se posso dizer assim.”

O retorno da participação dos pais foi uma queixa frequente, principalmente na dupla ESF-Escola em que é evidenciado uma maior integração. Há uma queixa da falta de participação da comunidade, porém, fica difícil de aferir esta questão, pois não sabemos como é a integração, o convite, a interação de cada equipe com sua comunidade. Encontrei parcerias de órgãos, como a igreja, prato cidadão, policia civil por parte de algumas equipes, porém ainda de uma maneira muito incipiente.

As questões de *logística e estrutura física inadequada* como a ausência de materiais didáticos, seja de folderes, panfletos, kits odontológicos no início do ano letivo foram identificadas como obstáculos para a implantação:

“No meu caso é o Kit de escovação, material didático, folder, panfletos. Filmes, coisas para trabalhar com as crianças. Que não vem. Dois anos consecutivos que não vem. Isso dificulta muito o nosso trabalho, nosso cronograma fica todo furado, porque por exemplo vou nessa turma hoje e daqui há dois meses vou voltar nela, mas aí não chegou o material, e aí fura tudo.”

“A outra dificuldade que nos sentimos bastante forte é a falta da estrutura física. Nos não temos um local adequado para funcionar o consultório odontológico; um local apropriado para trabalhar a higiene bucal, faz-se necessário. E as vezes nosso trabalho é dificultado.....precisamos esperar uma sala vagar para realizar um atendimento, e muitas vezes precisamos desocupar uma sala e esta não é adequada.”

Entre todas essas dificuldades, a falta de estrutura física foi a mais premente e unânime entre os profissionais, acrescentando-se a falta de materiais ou a chegada tardia destes para realização de algumas atividades. Das escolas visitadas e observadas pela pesquisadora é aquela com estrutura física mais precária que as ações do PSE é mais desenvolvida.

Outra questão apontada como dificuldade foi relacionada a *formação e capacitação dos profissionais*. Constatou-se situações do profissional não estar esclarecido quanto ao seu papel dentro do PSE. Um entrevistado da área da educação questionou a ausência de representantes da educação para explicar o PSE, outros da área da saúde apontaram a falta de atualização periódica de temas sobre promoção à saúde para darem suporte o trabalho

deste. Não só nessa reposta sobre dificuldades do PSE, como também em outros momentos ficou evidente que os profissionais envolvidos no PSE necessitam de construção de capacidades seja individual, coletiva e institucional. Capacidades estas sobre a promoção a saúde, intersetorialidade, integralidade as quais se esperava por estarem inseridos dentro da ESF:

“Dificultador a gente tem porque as nossas equipes não tem uma perspectiva forte de trabalho na promoção à saúde. Nossas equipes são muito guardadas para a assistência, isso é um grande dificultador, porque o PSE trabalha na proposta da promoção, então é uma coisa nova.”

Embora menos citada a *falta e/ou pouco apoio dos docentes* se tornou, segundo os entrevistados um dificultador para a entrada da ESF dentro da escola. Segundo um relato:

“As dificuldade foi quando foi implantado este programa que não foi repassado para os professores e a gente teve uma resistência muito grande por conta disso, a gente queria desenvolver um trabalho lá e aí não tinha o apoio dos professores e da diretora da escola, então isso aí foi que dificultou muito.”

Ao iniciar as atividades em determinada escola, uma ESF parceira, sentiu dificuldades na implantação do PSE pois os professores e diretora não foram receptivos. E para o estabelecimento de uma parceria precisa haver uma aceitação, recepção do programa dentro escola. Dificuldade que vem amenizando ao passar dos anos, segundo a equipe de saúde. É preocupante o fato da escola ter que esperar a ESF vir atuar e realizar as atividades e depois voltarem para as suas unidades. A implementação do Programa é vínculo, parceria dentro do contexto da intersetorialidade.

- ASPECTOS POSITIVOS A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO PSE

Os aspectos positivos citados pelos profissionais entrevistados, também apontados como facilidades para a implantação do PSE, foram agrupados em 3 categorias de conteúdo de acordo com a percepção manifesta: a) *Integração unidade de educação e unidade de saúde*; b) *Integração escola e aluno*; c) *Fonte de recursos educativos e equipamentos de saúde*.

O principal aspecto positivo citado pelos participantes foi relacionado *a integração, adesão e a parceria escola e ESF*. Algumas parcerias já existiam antes da implantação do PSE. Esta integração refere-se também a parceria com as equipes distritais e que podem ser observadas nos relatos:

“E as facilidades? Os professores. A escola recebeu de braços abertos.”

“O que nos facilitou em tudo isso é que tanto a equipe de saúde como a equipe da escola abraçou o programa de uma forma coletiva, todo mundo aceitou e faz e contribuiu para que isso tudo aconteça.”

“E os facilitadores? A parceria com o dentista. A equipe de saúde bucal.”

“Facilidade que a gente tem é uma pessoa lá no DISA, que articula muito bem, parceria distrital. A minha equipe gosta de trabalhar na escola. Se empenha. A escola não é perto, nos empenhamos em ir até lá em outra área.”

A principal facilidade de implementação do PSE foi sem dúvida a adesão e recepção dos Diretores de escola e professores. Foi percebido onde há uma maior interação entre esses atores, a chance de êxito do PSE foi maior. Onde a operacionalização do PSE se deu de forma *abrangente- transversal* e *pontual-centrada* a adesão da escola foi mais evidente.

A *integração escola e aluno* foi apontada como existente, mas por poucos entrevistados: *“As facilidades que acho que encontramos foi por parte dos alunos, é que eles gostam de participar.”* A parceria escola e comunidade, segundo os entrevistados, vem sendo construída ao longo dos anos.

Também foi identificado como ponto positivo do PSE, a sua contrapartida como uma *fonte de recursos para as instituições envolvidas* (equipamentos, materiais didáticos e afins). Recursos esses que são incorporados nas escolas e ESF para a operacionalização do PSE e demais atividades desenvolvidas no âmbito dessas unidades: *“Outra facilidade foi o recurso, recurso é facilitador.”*

- EXPECTATIVAS DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AO PSE

As expectativas em relação ao PSE apontadas pelos profissionais possibilitaram o agrupamento em quatro categorias: a) *Melhoria da saúde integral dos escolares*; b) *Consolidação como atividade escolar permanente*; c) *Ampliação de ações de atendimento*; d) *Parceria entre agentes públicos*.

A maioria dos entrevistados apresentam expectativas em *melhorar a saúde integral dos alunos* dentro do PSE nos próximos anos. Há um desejo dos participantes do estudo na ampliação de atividades; aumento do número de participantes do programa e também a ampliação para outras escolas que não o possuem. Juntamente com esse desejo de ampliação, há a preocupação de que o PSE seja permanente, consolidado efetivamente dentro da escola. Segue algumas falas que refletem essas expectativas citadas acima:

“Minha perspectiva em relação ao programa é que ele continue e a cada dia melhor porque ele realmente veio para nos ajudar a melhorar a saúde das crianças.”

“Eu sonho que a gente amplie. Eu gostaria de trabalhar com as crianças menores, a gente consegue implementar melhor.”

“As minhas perspectivas é que este programa possa engrenar e abranger um maior leque de atividades, com mais coisas.”

Alguns entrevistados almejam *ampliar parcerias externas* como a formação de grupos que trabalham na prevenção do uso de álcool e drogas; igrejas, ong's; pastoral da criança e outras instituições. Os mesmos reforçam que a parceria com a SEMSA-SEMED com as equipes de saúde e escola precisa ser maior e assumida de fato. Segue algumas falas sobre o desejo de parcerias:

“Nos temos vários planos para 2012, vimos a necessidade de ter o Proerd, e outros parceiros. Estamos vendo vários parceiros legais que a gente tá querendo trabalhar.”

“Seria uma apoio maior de ambas as secretarias, principalmente da secretaria de saúde mesmo.”

“Minha perspectiva é que o programa consiga ser assumido pela gestão de fato, dentro da secretaria, dentro da gestão maior, que a secretaria entenda ele fazendo parte da atenção básica. Da Saúde? Da saúde e da educação.”

De uma forma generalizada os entrevistados tem boas perspectivas em relação ao PSE e possuem o desejo que o programa continue. Há um desejo de uma maior dedicação por parte dos profissionais envolvidos e priorização do Programa Saúde dentro da Escola. Desta forma, seria interessante que as ações inovadoras de saúde na educação fizessem parte do Projeto Político-Pedagógico da escola.

As sugestões de melhoria por parte de alguns entrevistados restringiu-se em reverter a maior dificuldade encontrada pelos mesmos no momento, como por exemplo, um entrevistado expressou o desejo da presença mais efetiva de uma equipe de saúde bucal, já que não o possui na sua escola de maneira mais efetiva e um outro participante, que já possui a equipe de saúde bucal bem inserida, anseia pelo restante da equipe.

PERCEPÇÃO DOS ESCOLARES

- DEFINIÇÃO DO PSE

A percepção dos alunos em relação ao PSE foi analisada a partir de duas questões direcionadas aos mesmos, o que eles entendiam o que é a sigla PSE e qual a sua definição para o programa. O PSE na percepção desses alunos pode ser categorizadas: a) *Saúde dentro da escola*; b) *Programa educativo*; c) *Prevenção de doenças*.

A maioria dos alunos tem a percepção do PSE *relacionado à saúde*; alguns como programa educativo, como algo a ensinar para eles sobre a saúde e outros percebem que o programa veio para evitar que venham a ficar doentes, como é demonstrado em algumas respostas dos alunos:

“Saúde na escola, ajuda a melhorar a nossa saúde.”

“É um programa que ajuda toda escola na higiene e conscientiza toda a escola.”

“Eu acho que o PSE é um programa para a gente não ficar doente.”

A percepção dos alunos como o PSE é centrada em *aspectos educativos de saúde*. A sigla ainda é um pouco estranha para os mesmos, mas após explicá-los que é quando vem o pessoal da ESF e vem para trabalharem sobre a saúde, eles passam a recordar, existindo ainda a limitação do pouco tempo de participação no PSE por parte dos alunos.

Alguns alunos referiram que o programa é para ensinar a evitar a adoecer. O aspecto de ensino (*educativo*) ficou evidente da percepção dos mesmos, tanto o ensinar a ter saúde como o ensinar a não ficar doente foi descrito pelos mesmos.

O principal intuito do PSE é a promoção à saúde dos alunos e a prevenção de doenças e agravos, de uma maneira superficial este objetivo geral parecer está sendo atingido para os alunos destas duas escolas.

- APRENDIZADO POR PARTE DOS ESCOLARES

Ao mencionarem o que mais aprenderam no PSE os alunos manifestam pelo menos cinco aspectos: a) *Manter uma boa saúde bucal*; b) *Cuidar da sua saúde e de seus familiares*; c) *Gostariam de aprender mais*; d) *Nada ou pouco aprenderam* e e) *Alimentação saudável*;

Constatou-se que o cuidado de manter e conservar uma *boa saúde bucal* é o aspecto mais saliente: escovar os dentes diariamente, pelo menos 3x ao dia; escovar os dentes antes de dormir; não comer muitos doces para não estragar os dentes e sempre escovar os dentes após dormir. Informações sobre *como cuidar de saúde e de seus familiares* foram bastante referido como o que aprenderam ao participarem do PSE.

“A não deixar estragar os dentes, não comer coisa que estrague os dentes.”

“Como se deve escovar os dentes, ao acordar, depois do almoço e ao dormir.”

“Eu aprendi a cuidar da minha saúde e da minha família.”

Embora não tão frequente entre os alunos, alguns apontaram também que aprenderam como ter uma *alimentação saudável*, e a sua importância dela para a saúde.

“Eu aprendi qual é a alimentação saudável da criança.”

Chama a atenção alunos referiram que *gostariam de aprender mais* sobre o PSE, levando-nos a duas reflexões: Será que gostaram bastante e gostariam de aprender mais? ou aprenderam e participaram muito pouco? O que pode ser observado pela própria pesquisadora a última reflexão parece ser mais percebida. Alguns alunos referiram que *pouco ou nada aprenderam*, demonstrando aprendizado deficiente ou insuficiente por parte do PSE.

“Nada. Eu gostaria de aprender mais sobre a saúde.”

“Pouco. Gostaria de aprender a cura das doenças.”

De forma geral os alunos não parecem muito seguros em sua aprendizagem necessitando um esclarecimento maior do que realmente participou dentro desse programa. Para eles tudo é escola e tudo o que se aprende nela não tem um nome específico, seja ele um programa próprio da escola ou introduzido como complementar. Nesse sentido é muito importante que os alunos considerem uma aprendizagem tão importante quanto outros conceitos científicos apresentados no currículo da escola.

O objetivo do PSE de integrar a saúde do escolar e da família é ainda insipiente na percepção dos escolares, e neste estudo pouco foi expressada. Da mesma forma, alguns alunos foram menos precisos em suas respostas, colocando apenas que pouco ou nada aprenderam na sua passagem pelo PSE. Outros manifestam o desejo de aprender mais. Com estes escolares os profissionais necessitam verificar tanto a forma quanto o conteúdo das atividades que são desenvolvidas no programa.

- IMPACTOS NO COTIDIANO DE VIDA DOS ESCOLARES

Após perguntar aos alunos quais atividades os mesmos realizaram após adquirir os conhecimentos após o PSE, agrupou-se as seguintes categorias de análise: *a) Socialização, sensibilização para a saúde; b) Mudança de hábitos; c) Nenhuma mudança e d) outros.*

Alguns alunos *socializaram* os conhecimentos que adquiriram no PSE para seus familiares, amigos e outras crianças. Essa atitude de adquirir conhecimentos e socializar para a comunidade geral faz parte de um dos objetivos do PSE (MS, 2007). Isto reflete uma maior sensibilização por parte dos alunos aos conhecimentos sobre a saúde.

“Eu contei para minha família e adquiri conhecimentos.”

“Eu falei para os meus amigos.”

“A cuidar dos dentes, contei para a minha irmã.”

Alguns alunos *mudaram seus hábitos* com a sua própria saúde após o PSE, no sentido de melhorar os cuidados principalmente com a sua saúde bucal. Na mesma frequência foram os alunos que *nada fizeram*, ou *nada mudaram*. Poucos ainda expressaram o desejo de aprender mais sobre o PSE nesta questão.

“Fiz a escovação em casa, três vezes ao dia.”

“Eu fiz a escovação bucal.”

“Pouco. Gostaria de cuidar dos dentes.”

“Nada.”

Duas atividades pontuais foram escritas por dois escolares, em que um escreveu ter participado em uma atividade de construção de um jornalzinho. A atividade de comunicação foi restrita a uma escola que montou sobre como fazer um jornalzinho do PSE, com assuntos relacionados a saúde. Um outro aluno escreveu “piolho”, não possibilitando o que o mesmo quis referir-se.

Os alunos que participaram da pesquisa faz parte das equipes que operacionalizam o PSE de forma *abrangente e transversal*, 10 alunos, e de forma *pontual e centrada*, 11 alunos. Ao fazer a correlação das respostas dos alunos sobre as atividades que os mesmo realizaram e a características das equipes, saúde e escola, verifica-se que naquela que operacionalizou de forma *pontual e central* apresentou um maior impacto de *mudança de hábitos e socialização dos conhecimentos*. Naquela equipe que operacionalizou de forma *abrangente e transversal* foi em que os alunos nenhuma mudança adquiriu, o que leva a acreditar que algo está errado, no número de participantes, ou na forma de trabalhar os temas. Necessita-se de uma reflexão sobre como o PSE está realmente sendo inserido nesta escola.

Foi percebido que nem todos os alunos participam de todas as atividades do PSE num determinado semestre ou ano. Os alunos são selecionados para determinadas atividades, dessa forma a participação sempre ocorre de maneira incompleta. Não é nada surpreendente verificar que muitos alunos não chegam a participar de nada. Seria interessante fazer novas pesquisas para verificar tais fatos, se é um problema de gestão interna, se de logística ou de valorização desse objeto de aprendizagem dentro da escola.

IX-CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Na percepção da maioria dos profissionais o programa saúde na escola veio como estratégia de prevenção de doenças. A ESF ao trazer uma linguagem mais amadurecida, do ponto de vista de saúde integral, pois a criança está inserida em uma família, dentro de uma comunidade em que a Equipe de saúde a está apoiando, acompanhando todos longitudinalmente, do nascer ao envelhecer, esperava-se um maior entendimento sobre promoção a saúde na Escola. Termos como intersetorialidade, territorialização, vínculo, integralidade deve ser o norteador de todos os profissionais que participam do PSE, mas ainda há o que percorrer para atingir esse entendimento;
- Os principais problemas de saúde detectados e citados pelos profissionais foram relacionados à saúde bucal, principalmente cáries dentárias; problemas dermatológicos; nutricionais ou carenciais e as parasitoses. Problemas contemporâneos como obesidade; exposição a violência, álcool e drogas e DST's e AIDS devem ser debatidos com os alunos e a comunidade;
- A principal dificuldade para implementação do PSE nas escolas na percepção dos profissionais, refere-se ao pouco ou nenhum apoio familiar e da comunidade. É necessário criar atividades criativas para envolver os pais ou responsáveis e transmitir às informações sobre o programa em vários momentos oportunos para que a adesão seja maior. A mobilização da comunidade em torno da escola ainda é incipiente em algumas escolas;
- Outros dificultadores para implementação do PSE apontados pelos participantes diz respeito sobre a falta de formação e capacitação dos profissionais. Há uma necessidade de educação permanente em saúde sobre temas trabalhados no

programa, não apenas no sentido de operacionalização, mas de sensibilização e mudança de ideias a respeito do que é promoção à saúde. Também foi observado que os professores das escolas participantes devem estar motivados em participarem do PSE, de uma maneira cooperativa e integradora e não ficar com a participação exclusiva do educador responsável pelo programa;

- Os principais aspectos positivos na implementação do PSE ocorreram quando havia uma parceria unidade de saúde e unidade escolar mais evidente. É preciso lembrar que os profissionais da saúde e educação devem fazer um planejamento conjuntamente e assumam o compromisso de realizá-lo em sua plenitude;
- Apenas em uma das escolas e unidade de saúde operacionalizam as atividades do PSE conforme orientado pelo GTI, com planejamento, análise de viabilidade com respeito ao calendário escolar e realização das ações planejadas efetuadas com sucesso. O Programa de Saúde na Escola precisa ser apropriado e apreendido pelas equipes de saúde da família como fazendo parte de suas atividades rotineiras;
- Os profissionais entrevistados apresentam boas perspectivas futuras em relação ao PSE, apresentando o desejo de continuar o programa, em contribuir na melhoria da saúde das crianças e em consolidar as atividades na escola de maneira rotineira;
- A maioria dos alunos percebe que o PSE é um programa educativo sobre a saúde dos mesmos e que o objetivo principal é evitar doenças. A aprendizagem mais saliente identificada pelos alunos é em relação a saúde bucal. A sigla PSE é pouco assimilada pelos alunos, o que mostra que há um entendimento de que tudo o que acontece na escola não precisa ter nomeação diferenciada, mas sim uma educação ampla e integral;
- O impacto no cotidiano de vida dos alunos com a participação do PSE engloba a mudança de hábitos e/ou comportamentos e a socialização dos conhecimentos. É

importante que este impacto positivo seja em todas as escolas em que o PSE está inserido e não apenas naquela escola em que as atividades seja de forma *pontual e centrada*;

- O trabalho desenvolvido pelas equipes saúde e educação, que fazem parte do PSE em Manaus, nos levar a crer a referir-se a atividades pontuais, necessitando de um maior envolvimento de todos os atores sociais envolvidos no sentido de realmente promover a saúde dos nossos escolares;
- O PSE ainda é recente em Manaus e este estudo pode ajudar a reflexão e superar as dificuldades encontradas a fim de obtermos resultados satisfatórios no acompanhamento de saúde dos nossos escolares.

REFERÊNCIAS

Abramovay, M. **Juventudes e sexualidade**. Brasília: Unesco, 2004.

Bardin, L. **Análise de Conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Área técnica da Saúde da Criança e do Aleitamento Materno. **Agenda de compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Área técnica da saúde do adolescente. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Área técnica da saúde do adolescente e do jovem. **Diretrizes e recomendações nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens na promoção da saúde, na prevenção de agravos e de enfermidades e na assistência**. Brasília, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Área técnica da saúde do adolescente e do jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social de Saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Caderno de Atenção Básica; n.24. Brasília, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009**. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde e Prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação**. Brasília, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. **Temático: Prevenção de Violência e Cultura de Paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. **Temático: Promoção da Saúde IV**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. **Temático: Panorâmico VII**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde/DATASUS: Departamento de Informática do SUS. www.datasus.gov.br. Acesso em 12/12/2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola- articulação da saúde e da educação como dever de casa. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. V.9; n.20. Brasília: 2008.

Brasil. Presidência da República. **Millenium Development Goals/ Main Federal Government Initiatives**. Brasília, 2007.

Campos, G.W.S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.12 (sup.). p.1865-74. 2007.

Chaves, M.C.; Miranda, A.S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na saúde pública. **Interface**. V.12, n.24, p.153-67, jan./mar. 2008.

Díaz, M.; Mello, M.B.; Sousa, M.H.; Cabral, F.; Silva, R.C.; Campos, M.; Faúndes, A. Resultados de três programas de educação sexual e cidadania sobre conhecimento, atitude e comportamento de adolescentes Brasileiros. **Cad Saúde Pública**, v.21. n.2, p.589-597, 2005.

Ferreira, J.L.; Kind, L. **Promoção da Saúde, Práticas grupais na Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec; Belo Horizonte, MG: Fapemig, 2011.

Figueiredo, T.A.M.; Machado, V.L.T.; Abreu, M.M.S. A Saúde na escola: Um breve resgate histórico. **Ciência e Saúde Coletiva** v.15, n.2. p.397-402, 2010.

Fonseca, A. Prevention of Sexually Transmitted Diseases and AIDS in the school environment. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**. v.6, n.11, p.71-88, 2002.

Gasparetto, M.E.R.F.; Temporini, E.R.; Carvalho, K.M.M.; Kara-Jose, N. Dificuldade visual em escolares: conhecimentos e ações de professores do ensino fundamental que atuam com alunos que apresentam a visão subnormal. **Arq Brás Oftalmol**. v.67, p.65-71, 2004.

Gil, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Gomes, R.A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Sousa *et al*. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

Gomes, W.A.; Costa, M.C.O.; Sobrinho, C.L.N.; Santos, C.A.S.T.; Bacelar, E.B. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. **J Pediatr**. v.78, n.4, p.301-8, 2002.

Gonçalves, F.D.; Catrib, A.M.F.; Vieira, N.V.C.; Vieira, L.J.E.S Health promotion in primary school. **Interface-Comunic. Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.181-92, 2008.

Gonçalves, V.L.M.; Leite, M.M.J. Instrumento para mensuração de atitudes frente ao processo de avaliação de desempenho. **Rev Bras Enfermagem**. v.58, n.5, p. 563-67, 2005.

Gunter, H. Como elaborar um questionário. In: PINHEIRO, J. Q. & GÜNTER, H. (orgs). **Métodos de Pesquisa nos Estudos Pessoa-Ambiente**. São Paulo: Casa da Psicologia. 2008.

Hulley, S.B.; Cummings, S.R.; Browner, W.S.; Grady, D.G.; Newman, T.B. **Delineando a pesquisa clínica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: 2009.

Jardim, D.P; Bretãs, J.R.S. Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira. **Rev Bras Enfermagem**. v.59, n.2, p.157-62 , 2006.

Lalonde, M. El concepto de “campo de la salud”: uma perspectiva canadense. In: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Promoción de la Salud: una antologia**. Washington: Opas, 1996.

Leavell, H.; Clark, E.G. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community**. Nova Iorque: McGraw-Hi; Inc., 1965.

Lima, G.Z. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Manole, 1985.

Lopes, P.C.S.; Prado, S.R.L.A; Colombo, P. Fatores de risco à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. **Rev Bras Enfermagem**. V.63, n.1, p.73-8, 2010.

Lopez, F.A.; Campos, D. **Filhos de 2 a 10 anos de idade dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais**. São Paulo: Manole, 2011.

Lopez, F.A.; Campos, D. **Tratado de Pediatria**.-Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: Manole, 2007.

MANAUS. **Plano Municipal da cidade de Manaus, 2006-2009**. Prefeitura de Manaus: 2006.

Marcondes, R.S. School Health Education. **Rev. Saúde Púb**. v.6, p.89-96, 1972.

Marques, E.P. **Educação, Saúde, Meio Ambiente e Política Públicas: O que pensam os professores?**. São Paulo: USP, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2007.

Minayo, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7ª ed. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

Minayo, M.C.S.; Deslandes, S.F.; Cruz, O.; Gomes, R. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

Moreira, M.E.L.; Goldani, M.Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.15, n.2, p. 321-27, 2010.

Oliveira, D.C et al. A política pública de saúde brasileira: representação social de profissionais. **Cad. Saúde Pública.** v.24.n.1.p.197-206. 2008.

Philippi, J.A.; Pelicione, M.C. **Educação Ambiental e Sustentabilidade.** São Paulo: Manole, 2005.

Pope, C. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Romano, V.F. A Busca de uma identidade para o Médico de Família. **Revista de saúde coletiva.** v.18.n.1. p.13-25. 2008.

Romero, K.T.; Medeiros, E.H.G.R.; Vitalle, M.S.S.; Jamal, W. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. **Rev. Assoc Med. Brás.** v.53, n.1, p.14-9, 2007.

Santos, D.O. **Uma experiência de Educação em saúde no contexto da educação integral: Saúde escolar nos CIEP's do Rio de Janeiro.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

Santos. I.S.; Victora, C.G. Serviços de saúde; epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cad. Saúde Pública.** v.20(2).p.337-41. 2004.

Santos, N.S. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva.** 13(Sup 2):2009-2018, 2008.

Scliar, M. História do conceito de saúde. **Rev.Saúde coletiva.** v.17(1).p.29-47,2007.

Solfa, G.C. **Processos de acesso, permanência e inclusão de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade na rede municipal de ensino de São Carlos.** São Paulo: USP, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo, 2009.

Soto, R.O. Concepto, principios y objetivos In: Soto, R.O.; Rojas, I.C.; Silva, M.C. Promoción de salud: Compilaciones. Cuba: **Centro Nacional de Promoción y educación para la salud,** MINSAP; 1997.

Starfield, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, 2004.

Trad, L.A.B.; Bastos, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad.Saúde Pública.** V.14(2):429-35, 1998.

Unicef. Infância e adolescência no Brasil. <http://www.unicef.org/brazil/pt/activies.html>. Acessado em 22/10/2009.

Unicef. Unidos com as crianças e adolescentes-Unidos vamos vencer a aids!. http://www.unicef.org/brazil/pt/activies_10154.html. Acessado em 22/10/2009.

Unicef. **Ser Criança na Amazônia.** Fundação Joaquim Nabuco: Belém, 2004.

Unicef. **O Direito de aprender: Potencializar avanços e reduzir desigualdades.** Unicef, Brasília: 2009.

Valadão, M. **Saúde na Escola: Um campo em busca de espaço na agenda intersetorial.** São Paulo: USP, 2004. Tese (Saúde Pública), Universidade de São Paulo, 2004.

Varela, D.A.S. **Programa de educação sexual em IST/ HIV/ SIDA com adolescentes de uma escola secundária de cabo verde: Percepção dos atores envolvidos no programa.** Salvador: UFBA, 2008. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2008.

Ventura, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** 3.ed. UNFPA: Fundo de População das Nações Unidas: São Paulo: 2009.

Victoria, C.G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet.** Séries. Publicado em 09 de maio de 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

World Health Organization/ United Nations Children's Fund (WHO/ UNICEF). **Primary Health Care: report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12, sept. 1978.** Geneva: WHO, 1978.

APÊNDICE 1 – Modelo da Solicitação da Anuência da Escola

Ilmo (a) Sr (a).

M.D. Diretor (a) da Escola
Nesta.

Manaus, de 2011.

Prezado (a) Diretor (a),

Ao cumprimentar V. Sa., venho solicitar a V.Sa. autorização para desenvolver a pesquisa a respeito do Programa Saúde na Escola. Essa pesquisa é parte do processo para obtenção do mestrado do Programa de Pós-Graduação/ Mestrado em Ciências da Saúde / UFAM sob orientação da Profa. Dra. Maria Inês Gasparetto Higuchi.

O objetivo geral deste estudo é analisar o Programa Saúde na Escola (PSE) no Município de Manaus a partir das percepções dos agentes sociais envolvidos no processo de implementação, desenvolvimento e participação.

Essa escola foi selecionada para que professores, gestores e alunos participantes do PSE possam participar da pesquisa respondendo uma entrevista que durará em média 15 minutos. Após a concordância os alunos maiores de 16 anos assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido, e para os menores de 16 anos o termo de consentimento será entregue aos pais/responsáveis que assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os resultados da pesquisa serão analisados e divulgados, porém a identidade tanto da escola como dos respondentes será mantida em sigilo e anonimato. Sendo o que resta, agradeço vossa cooperação no sentido de permitir a condução do estudo nesta escola. Para maiores esclarecimentos ou quaisquer dúvidas sobre a pesquisa favor entrar em contato com Rita de Cássia Uchôa, pelo telefone: 81170269/ 88163691 ou pelo e-mail: rccmf@uol.com.br.

Atenciosamente,

Rita de Cássia Matos de Figueiredo Uchôa
Estudante do Mestrado em Saúde - UFAM

Concordância Pós-informação

Eu, _____, Diretor (a) da Escola _____, estou devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa a ser desenvolvida na Escola que estou responsável. Atesto que me foi entregue uma cópia desse documento.

Assinatura do (a) Diretor (a)

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Educadores, Profissionais de Saúde e Gestores.

Caro (a) Professor (a)

Eu, Rita de Cássia Matos de Figueirêdo Uchôa, aluna do Programa de Pós-Graduação/ Mestrado em Ciências da Saúde/ UFAM (Av.Ayrão; N: 1033-A; Prédio da biblioteca central da UFAM; F:3305.5061), vou desenvolver uma pesquisa intitulada “*O Programa Saúde na Escola sob o olhar dos gestores, educadores e participantes: Um estudo no município de Manaus*”, Sob Orientação da Dra. Maria Inês Higuchi (Instituto de Pesquisa da Amazônia- LAPSEA; F: 3643-3145). O objetivo deste estudo é analisar o Programa Saúde na Escola (PSE) a partir das percepções dos agentes sociais envolvidos no processo de implementação, desenvolvimento e participação. Sua participação será responder a uma série de perguntas numa entrevista conduzida por mim, a qual demorará cerca de 30 minutos. Esta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto, ficando restrita a esta entrevista. Sua participação será muito útil não apenas para este estudo, mas também poderá contribuir para as políticas públicas de saúde e educação voltadas aos adolescentes e jovens.

Informo que o (a) Sr (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas nos telefones de contato (92) 81170269/ 88163691. Também lhe é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa. Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a identificação de nenhum dos participantes.

Muito Obrigada,

Manaus, ___/___/___

Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM): Rua Teresina, 4950-Adrianópolis-Manaus-F: 3305-5130.

Rita de Cássia Matos de Figueiredo Uchôa

Consentimento Pós-informação

Eu, _____, declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar da pesquisa: *O Programa Saúde na Escola sob o olhar dos gestores, educadores e participantes: Um estudo no município de Manaus*.

Assinatura do participante da pesquisa

Data: _____/_____/_____

APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsável legal

Menores de 18 anos

Eu, **Rita de Cássia Matos de Figueiredo Uchôa**, estudante do curso de Mestrado em Ciências da Saúde da UFAM (Av. Ayrão; N: 1033-A; Prédio da biblioteca central da UFAM; F:3305.5061), venho através deste solicitar sua autorização para que seu (sua) filho (a) aluno da escola xxxxx, possa participar de uma pesquisa para verificar como este avalia o Programa Saúde na Escola (PSE) em sua unidade de ensino, sob Orientação da Dra. Maria Inês Higuchi (Instituto de Pesquisa da Amazônia- LAPSEA; F: 3643-3145). A participação consiste em responder a uma série de perguntas que será feito por meio de formulário a ser respondido em sala de aula na própria escola em horário a ser combinado. A participação de seu (sua) filho (a) na pesquisa é voluntária, por isso não terá nenhuma despesa e também não receberá pagamento em troca. Os benefícios da participação do (a) seu (sua) filho (a) é contribuir para um melhor entendimento do Programa Saúde na Escola.

O nome de seu (sua) filho (a) não será divulgado, nem da escola que estuda para permitir anonimato a todos. As informações adquiridas serão utilizadas para estudos de pesquisa científica e propostas de atividades de educação em saúde mais eficientes. Mesmo após a sua autorização, você tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa independente do motivo e sem qualquer prejuízo a sua pessoa.

Se você tiver qualquer dúvida ou quiser saber qualquer informação mais detalhada pode fazer contato com Rita de Cássia Uchôa, pelos telefones: 81170269/ 88163691 ou pelo e-mail: rccmf@uol.com.br.

Muito obrigada,

Rita de Cássia Matos de Figueiredo Uchôa.

Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM): Rua Teresina, 4950-Adrianópolis-Manaus-F: 3305-5130.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ entendi o que a pesquisa vai fazer e aceito que meu (minha) filho (a) possa participar de livre e espontânea vontade. Por isso dou meu consentimento para inclusão do meu filho () como participante da pesquisa *o Programa Saúde na Escola sob o olhar dos gestores, educadores e participantes: Um estudo no município de Manaus* e afirmo que me foi entregue uma cópia desse documento.

Data ___/___/___.

Assinatura do (a) Responsável

Assinatura do aluno (a)



Impressão do Polegar

APÊNDICE 4- Roteiro de Entrevista Semiestruturada aos Gestores

Apresentação e Introdução. Agradecer a presença do gestor. Explicar os objetivos da entrevista e os procedimentos a serem desenvolvidos. Espero contar com a sua contribuição de forma que esta pesquisa possa contribuir ao país sobre o Programa Saúde na Escola, particularmente no município de Manaus. Portanto, não há respostas certas ou erradas na medida em que quero valorizar todas as opiniões e as diferenças de opiniões.

Importância para o estudo: Esta entrevista irá subsidiar uma pesquisa de dissertação da mestranda Rita de Cássia Matos de Figueiredo Uchôa sobre o tema “O Programa Saúde na Escola sob o olhar dos gestores, educadores e alunos: Um estudo no município de Manaus” pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em parceria com o Instituto de Pesquisas da Amazônia (INPA).

Questões éticas: Vamos juntos ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que possa entender os objetivos da pesquisa. Esta entrevista será gravada para posterior análise, já que é uma pesquisa, mas será garantido o sigilo de informações e não haverá a identificação das pessoas.

01-Para o senhor (a) quais os principais problemas de saúde enfrentados pelos escolares?

02-Para o senhor (a) o que é o Programa Saúde na Escola?

03-Fale sobre os principais dificultadores e facilitadores em relação a implementação do PSE?

04-Quais são as suas perspectivas em relação ao programa?

05-O que o senhor (a) considera importante para melhorar o programa?

APÊNDICE 5- Roteiro de Entrevista Semiestruturada aos Educadores

Apresentação e Introdução. Agradecer a presença do educador. Explicar os objetivos da entrevista e os procedimentos a serem desenvolvidos. Espero contar com a sua contribuição de forma que esta pesquisa possa contribuir ao país sobre o Programa Saúde na Escola, particularmente no município de Manaus. Portanto, não há respostas certas ou erradas na medida em que quero valorizar todas as opiniões e as diferenças de opiniões.

Importância para o estudo: Esta entrevista irá subsidiar uma pesquisa de dissertação da mestrandia Rita de Cássia Matos de Figueiredo Uchôa sobre o tema “O Programa Saúde na Escola sob o olhar dos gestores, educadores e alunos: Um estudo no município de Manaus” pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em parceria com o Instituto de Pesquisas da Amazônia (INPA).

Questões éticas: Vamos juntos ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que possa entender os objetivos da pesquisa. Esta entrevista será gravada para posterior análise, já que é uma pesquisa, mas será garantido o sigilo de informações e não haverá a identificação das pessoas.

01-O que é para o senhor (a) o Programa Saúde na escola?

02-Quais os principais dificultadores e facilitadores para a implementação do PSE na escola que o senhor (a) trabalha?

03-Quais são as suas perspectivas em relação ao programa?

04-Como se dá a realização das atividades do PSE em sua escola?

05-De um modo geral o senhor (a) poderia citar os principais problemas de saúde que acometem nossas crianças e adolescentes de sua escola?

APÊNDICE 6- Roteiro de Entrevista Semiestruturada aos Profissionais de Saúde

Apresentação e Introdução. Agradecer a presença do profissional de saúde. Explicar os objetivos da entrevista e os procedimentos a serem desenvolvidos. Espero contar com a sua contribuição de forma que esta pesquisa possa contribuir ao país sobre o Programa Saúde na Escola, particularmente no município de Manaus. Portanto, não há respostas certas ou erradas na medida em que quero valorizar todas as opiniões e as diferenças de opiniões.

Importância para o estudo: Esta entrevista irá subsidiar uma pesquisa de dissertação da mestranda Rita de Cássia Matos de Figueiredo Uchôa sobre o tema “O Programa Saúde na Escola sob o olhar dos gestores, educadores e alunos: Um estudo no município de Manaus” pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em parceria com o Instituto de Pesquisas da Amazônia (INPA).

Questões éticas: Vamos juntos ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que possa entender os objetivos da pesquisa. Esta entrevista será gravada para posterior análise, já que é uma pesquisa, mas será garantido o sigilo de informações e não haverá a identificação das pessoas.

01-O que é para o senhor (a) o Programa Saúde na escola?

02-Quais os principais dificultadores e facilitadores para a implementação do PSE na escola que o senhor (a) trabalha?

03-Quais são as suas perspectivas em relação ao programa?

04-Como é realizada a participação dos profissionais de saúde de sua unidade nas atividades do PSE?

05-De um modo geral o senhor (a) poderia citar os principais problemas de saúde que acometem as crianças e adolescentes da escola que o senhor (a) atua?

APÊNDICE 7 - Questionário- Alunos

Form. No.

Sexo: Idade:..... Ano Escolar:..... Turno que frequenta: Tempo no PSE:

Estamos interessados o que os alunos que tiveram atividades sobre o programa de saúde escolar pensam sobre esse programa e como avaliam essas atividades. Sua opinião pessoal será muito importante para fazermos um estudo de avaliação do PSE.

Leia cada questão ATENTAMENTE

Por favor, RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES - OBRIGADA

01- O que é PSE?

02- Escreva o que lhe vêm à cabeça para **definir** o Programa Saúde na escola?

03- Escreva algumas coisas que você **mais aprendeu** no Programa Saúde na Escola?

04- Que atividades você desenvolveu após ter participado como parte do PSE?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

ANEXO 1

DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007.

Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde Escola, PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Art. 2º São objetivos do PSE:

I - Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - Articular as ações do Sistema Único de Saúde –SUS- às ações das redes de educação básica pública, 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 dos educandos;

IV - Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e 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; e

VII - Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Art. 3º 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.

§ 1º São diretrizes para a implementação do PSE:

I - descentralização e respeito à autonomia federativa;

II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;

III - territorialidade;

IV - interdisciplinaridade e intersetorialidade;

V - integralidade;

VI - cuidado ao longo do tempo;

VII - controle social; e

VIII - monitoramento e avaliação permanentes.

§ 2º O PSE será implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Objetivos e diretrizes do programa, formalizada por meio de termo de compromisso.

Decreto nº 6286 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6...
2 de 3 20/2/2008 10:23

§ 3º O planejamento das ações do PSE deverá considerar:

I - o contexto escolar e social;

II - o diagnóstico local em saúde do escolar; e

III - a capacidade operativa em saúde do escolar.

Art. 4o As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção, assistência e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

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; e

XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Parágrafo único. As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

Art. 5o Para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto:

I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;

II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;

III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;

IV - apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;

V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais, Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e

VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

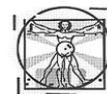
Decreto nº 6286 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6...

3 de 3 20/2/2008 10:23

ANEXO 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº. 0300.0.115.000-11, intitulado: **“O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SOB O OLHAR DOS GESTORES, EDUCADORES E PARTICIPANTES NO MUNICÍPIO DE MANAUS”** tendo como Pesquisadora Responsável Rita de Cássia Matos de Figueiredo Uchôa.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 14 de setembro 2011.

Prof. MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro
Coordenador CEP/UFAM