

MARIA APARECIDA ALVES DANTAS

**ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE: UM ESTUDO
NA UNIDADE INTEGRADA JOSÉ CASTRO DO
MUNICÍPIO DE CAXIAS- MARANHÃO, BRASIL.**

Orientador: José Gregório Viegas Brás

Universidade Lusófona de Humanidade de Tecnologias

Instituto de Educação

**Lisboa
2011**

MARIA APARECIDA ALVES DANTAS

**ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE: UM ESTUDO
NA UNIDADE INTEGRADA JOSÉ CASTRO DO
MUNICÍPIO DE CAXIAS- MARANHÃO, BRASIL.**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação no Curso de Mestrado em Ciências da Educação conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Profº Doutor José Gregório Viegas Brás

Universidade Lusófona de Humanidade de Tecnologias

Instituto de Educação

**Lisboa
2011**

*Acho que os sentimentos se perdem
nas palavras. Todos deveriam ser
transformados em ações, em ações
que tragam resultados.*

(Florence Nightgale)

DEDICATÓRIA

À minha mãe (*in memoriam*) pela sua honestidade, coragem e força de enfrentar os obstáculos da vida. Quanta saudade...

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, fonte inspiradora, luz divina que ilumina meus passos todos os dias da minha vida.

Ao meu pai, pela sua vitalidade e disposição com seus 87 anos de idade.

Ao meu orientador Professor Doutor José Gregório Viegas Brás, pelo apoio, estímulo, paciência, orientação e conhecimento.

À minha sobrinha Fernanda Batista Pires Ferreira Vêras, pela sua amizade, carinho e atenção.

À minha cunhada Ângela Marta, pelo incentivo e por ter acreditado na realização deste estudo.

Ao Rômulo Tavares, pelo carinho, paciência, apoio, estímulo e revisão dos textos.

À minha amiga Jumara Andrade, pela sua amizade sincera, incentivo e revisão e correção dos textos.

A todos os sujeitos da pesquisa, especialmente aos alunos, pela preciosa contribuição e disponibilidade em colaborar com o estudo, respondendo aos questionários.

À direção da Unidade Integrada José Castro, professora Ana Telma Leite pelo acolhimento durante a coleta dos dados deste estudo.

À vice-diretora da Unidade Integrada José Castro, Antonia Tercia Sousa pela ajuda, atenção e carinho durante a obtenção dos dados para esta investigação.

Ao Gestor de Saúde Domingos Vinícius de Araújo Santos e Mônica Cristina por terem concedido horário em função do desenvolvimento deste estudo de investigação.

Ao psicólogo e amigo Antonio Júnior pelo incentivo, apoio e carinho nos momentos difíceis desta caminhada.

A todos que de alguma forma me ajudaram e encorajaram durante a elaboração deste estudo, os meus reconhecidos agradecimentos.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo analisar as práticas pedagógicas vivenciadas pela comunidade educativa e pela equipe saúde da família do Programa Saúde na Escola no Ensino Fundamental II (8ª série) da Unidade Integrada José Castro do município de Caxias, Estado do Maranhão, Brasil. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório com abordagens quantitativa, qualitativa e documental direta. O universo foi constituído de 52 pessoas que correspondem à comunidade educativa (adolescentes, professores, coordenador pedagógico e gestor escolar) e a equipe de saúde da família (enfermeiros, médicos, dentista, agentes comunitários de saúde e assistente de saúde bucal) da Unidade Básica de Saúde do bairro Ponte. Sendo realizada no período de Agosto a Novembro de 2010. O estudo evidenciou que os alunos estão bastante receptivos com o programa saúde na escola. Com relação aos docentes, constatamos uma insatisfação pelo fato de não terem participado de uma formação em educação permanente em saúde, nem terem tomado conhecimento sobre as estratégias de operacionalização do programa. Já os profissionais de saúde, questionaram sobre a falta de conhecimento da política de implantação do programa e sugerem também, que a equipe de saúde da família fosse específica para este programa.

Palavras-chave: práticas pedagógicas, programa saúde na escola.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation was to analyse the pedagogical practices experienced by the educational community and by the Family Health Team of the School Health Program in the Fundamental Teaching II (8th grade) of “ José Castro Integrated School” in the city of Caxias, State of Maranhão, Brazil. It talks about a search of descriptive and exploratory character with quantitative, qualitative and direct documental approaches. The number of people searched was about 52 corresponding to the student community including (adolescents, teachers, pedagogical coordinators and school managers) and also the Family Health Team (nurses, doctors, dentists, health community agents, and oral health assistants) in The Basic Unit of Health in the district of Ponte in the period from August to November, 2010. The study showed clearly that the students are very receptive with The Health Program in the school mentioned above. With regard to the teachers, it was proved their dissatisfaction due to the fact that they haven't have either a chance of being educated in any area of Health or having any knowledge about the strategies of the program. While the professionals of Health discussed about the lack of knowledge of the politics of implantation of the program and they also suggested that the Family Health Team should be a specific one for this type of program.

Key words: pedagogical practices, School Health Program.

ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASB	Assistente de Saúde Bucal
DAB	Departamento de Atenção Básica
ECA	Estatuto da criança e do adolescente
ESF	Equipe Saúde da Família
GTI	Grupo de Trabalho Intersectorial
HAN	Hanseníase
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de desenvolvimento humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan- Americana de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSE	Plano Nacional de Saúde de Portugal
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema único de Saúde
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade da Federação
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das nações unidas para infância

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	14
PROBLEMA.....	18
PARTE I	
1. Revisão da Literatura.....	20
1.1. Educação e Promoção da Saúde: conceito, reflexão e um breve histórico.....	20
1.2. A Escola Promotora de Saúde contribuindo na qualidade de vida dos alunos.	26
1.3. Educação Sexual: uma nova visão de escola.....	30
1.4. Fatores de risco e mudança de comportamento dos alunos.....	35
2. Objetivos.....	39
2.1. Objetivo Geral.....	39
2.2. Objetivos Específicos.....	39
3. Metodologia de Investigação.....	40
3.1. Método de Abordagem.....	40
3.2. Cenário do Estudo.....	41
3.3. Delimitação do Estudo.....	42
3.4. Sujeitos do Estudo.....	42
3.5. Procedimentos de Coleta de Dados.....	43
3.6. Instrumentos de Coleta de Dados: construção e validação.....	44
3.6.1. Construção do questionário.....	44
3.6.2. Validação do questionário.....	47
3.7. Organização e Análise dos Dados.....	47
PARTE II	
CAPÍTULO I	
4. Contextualização do Estudo.....	49
4.1. Políticas do Programa Saúde na Escola.....	49
4.2. A inserção da Equipe da Estratégia Saúde da Família no Programa Saúde na Escola (PSE).....	54
4.3. A avaliação das práticas de educação em saúde do Programa saúde na Escola (PSE).....	59
CAPÍTULO II	
5. Apresentação dos Resultados	61

5.1. Caracterização dos Sujeitos.....	62
5.2. Análise de dados da pesquisa direcionada aos Adolescentes e Jovens do Programa Saúde na Escola	64
5.2.1. Análise das categorias encontradas no questionário aplicado aos Adolescentes e Jovens do PSE (Grupo A).....	73
5.3. Análise das categorias encontradas no questionário aplicado aos professores da 8ª série do ensino fundamental sobre o PSE, que corresponde ao Grupo B da comunidade educativa.....	88
5.4. Análise das categorias encontradas no questionário aplicado aos profissionais de saúde sobre o PSE, que corresponde ao Grupo C.....	92
6. CONCLUSÃO.....	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
APÊNDICES.....	i
APÊNDICE I.....	ii
APÊNDICE II.....	vi
APÊNDICE III.....	x
APÊNDICE IV.....	xiii
ANEXOS.....	xvii

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1	Ações realizadas sobre as condições de saúde dos educandos.....	61
QUADRO 2	Ações de Prevenção e Promoção da Saúde.....	62
QUADRO 3	Ideia principal, objetivos e principais questões do protocolo do questionário aplicado ao gestor escolar e professor.....	xiii
QUADRO 4	Ideia principal, objetivos e principais questões do protocolo do questionário aplicado aos adolescentes e jovens da comunidade escolar.....	xiv
QUADRO 5	Ideia principal, objetivos e principais questões do protocolo do questionário aplicado a equipe de saúde da família (PSF).....	xvi

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	Área interna da escola	xviii
FIGURA 2	Sala de aula do ensino fundamental	xviii
FIGURA 3	Sala dos professores	xix
FIGURA 4	Refeitório	xix
FIGURA 5	Banheiro Masculino	xx
FIGURA 6	Banheiro Feminino	xx
FIGURA 7	Bebedouro	xxi
FIGURA 8	Pátio da escola	xxi

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Tema de maior interesse para os alunos no Programa Saúde na Escola. Caxias, Maranhão.....	70
GRÁFICO 2	Tema de menor interesse para os alunos no Programa Saúde na Escola. Caxias, Maranhão.....	71
GRÁFICO 3	Temas excluídos pelos alunos do conteúdo programático do Programa Saúde na Escola. Caxias, Maranhão.....	72

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1	Características sociodemográficas da população do estudo, PSE. Caxias, Maranhão, Brasil, 2010.....	62
TABELA 2	Distribuição de amostra do estudo sobre as práticas pedagógicas de promoção da saúde, segundo alunos do ensino fundamental, 8ª série da Unidade Integrada José Castro. Caxias, Maranhão, Brasil – 2010.....	64
TABELA 3	Distribuição da amostra do estudo conforme a avaliação de saúde dos adolescentes e jovens da 8ª série da Unidade Integrada Municipal José Castro. Caxias, Maranhão, Brasil – 2010.....	66
TABELA 4	Distribuição da amostra do estudo conforme relacionamento interpessoal com seus pares. Caxias, Maranhão, Brasil – 2010.....	68

INTRODUÇÃO

O estudo aqui apresentado centra-se em uma abordagem sobre educação em saúde, a promoção da saúde e as escolas promotoras de saúde. Destacando a análise das práticas pedagógicas vivenciadas pela comunidade educativa e pela equipe de saúde da família do programa saúde na escola da Unidade Integrada José Castro no município de Caxias- Maranhão.

Quando se fala em promoção de saúde, está se referindo ao processo que contribui para que cada indivíduo e comunidade desenvolvam a capacidade de controlar e manter uma qualidade de vida melhor, garantindo o estado completo de bem-estar físico, mental e social. A escola, como uma potencial promotora de saúde, facilitará esse processo de mudança no comportamento do ser humano, através do acesso à informação, podendo assim, promover mudanças a médio e longo prazo.

A promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva da área da saúde. A sociedade é complexa e inter-relacionada. Para se atingir uma qualidade de vida, é necessário atentar-se às condições e recursos fundamentais para a saúde, tais como: educação, alimentação, moradia, transportes, equilíbrio mental, equilíbrio ambiental, recursos sustentáveis, ausência de doenças e justiça social.

Podemos considerar o grande marco inicial do conceito da promoção da saúde foi através do Informe de Lalonde, ocorrido no Canadá em 1974. Na qual tal documento fazia críticas ao modelo de intervenção pública na área da saúde, o qual centrava seus esforços na política de organização de cuidados médicos e sugeria que as políticas públicas voltassem sua atenção para a promoção da saúde, fazendo parte integrante do conjunto de ações para o bem-estar coletivo e individual. (GOULART, 2006).

Segundo Buss (1999, p. 3),

“Os serviços de saúde devem atuar com programas abrangentes de promoção da saúde, o que inclui informação, educação e comunicação massivas e de qualidade, assim como a mobilização do esforço inter-setorial no enfrentamento de problemas que tem origem fora do contexto exclusivamente biológico e individual, para localizar-se nos componentes sociais, econômicos e culturais da sociedade.”

Ao longo de 26 anos do meu exercício profissional, me deparei na maioria das vezes com assistência voltada para uma medicina curativa. Sempre questioneei por que

tanta ênfase para a doença e não para saúde. Por que os governantes se organizavam para tratar as doenças da sociedade em vez de prestar uma prática de saúde para garantir o bem-estar do indivíduo. Pensando assim, esperei por muito tempo pela implantação de ações promotoras de saúde nas escolas. Através deste pensamento nasceu o desejo de analisar a prática cotidiana vivenciada pelos profissionais da saúde e pela comunidade educativa do programa saúde na escola.

Para desenvolver promoção da saúde é interessante a constituição de escolas promotoras de saúde, pois se entende que a escola seja um ambiente com visão holística do ser humano e que promova autonomia e participação de toda comunidade escolar.

Através das escolas promotoras de saúde podemos desenvolver uma educação em saúde, onde aplicaremos uma comunicação que compartilhe conhecimentos e práticas favorecendo melhorias nas condições de saúde. Partindo deste contexto, as autoridades sentiram a necessidade de criar programas voltados à promoção da saúde no âmbito da escola.

O Programa Saúde na Escola (PSE) configura-se como uma parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação, UNICEF e UNESCO. Esse referido programa articula governo e organizações da sociedade civil para ações integradas entre educação e saúde, voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Tendo como objetivo, contribuir para a formação integral dos alunos por meios de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde no contexto escolar e nas unidades básicas de saúde, executadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família- UBS/ESF; para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de criança e jovens da rede pública de ensino.

A portaria nº 1.861; de 04 de setembro de 2008, estabelece recursos financeiros para adesão dos municípios ao mencionado Programa, com a formação da equipe da Estratégia Saúde da Família, sendo que a destinação desses valores é priorizada a partir do índice de Desenvolvimento da educação Básica (IDEB).¹

A pesquisa em proposição foi estabelecida no Município de Caxias Maranhão, que possui as seguintes caracterizações: está localizado ao leste do Estado do Maranhão, é conhecido como “princesa do sertão e terra das águas limpas”; representa a quarta

¹ IDEB- É o indicador da qualidade do ensino brasileiro, considerado o rendimento escolar, ou seja a taxa média de aprovação de um aluno. A avaliação conta com três exames: ao final da 4ª e da 8ª série do Ensino fundamental e da 3ª série do Ensino Médio. O IDEB é obtido com o resultado da média dos alunos nessas provas dividido pelo tempo médio de conclusão de uma série. (MS, Revista Brasileira Saúde da Família- 2008).

maior cidade do Maranhão; possui uma área de 5.223,981 Km², e um índice de desenvolvimento humano – IDH 0,614 (Atlas PNUD – 2000) . Assim como outros municípios limítrofes, Caxias, devido ao aumento da população urbana, vivencia problemas relacionados à violência, desemprego, doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), gravidez precoce, entre outros, ocorrências observáveis com profusão nos grandes centros urbanos.

No ano de 2008, o Município de Caxias foi contemplado com o Programa Saúde na Escola. A Unidade Integrada José de Castro foi à primeira escola que aderiu o programa, devido sua localização em bairro de periferia da zona urbana e apresentar uma considerável desigualdade social e econômica. Sendo considerada uma área de risco, contribuindo para o aumento de morbidade e mortalidade precoce da população.

Dessa forma, é que nasceu este estudo, cujo tema versa sobre: **ESCOLA PROMOTORA DE SAUDE: Um estudo na Unidade Integrada José Castro, do Município de Caxias – Maranhão.**

Este estudo de investigação contribuiu para uma análise dos resultados do Programa Saúde na Escolar em Menção, procurou atingir os seguintes objetivos específicos: a aceitação do Programa Saúde na Escola pelos adolescentes e jovens da comunidade escolar; Identificação dos temas de educação em saúde trabalhados pelo programa; A análise das dificuldades apontadas pela comunidade educativa e pela equipe saúde da família no cotidiano do programa; Identificação das vantagens e desvantagens do programa saúde na escola pela comunidade educativa e pela equipe saúde da família e análise atuação da equipe de saúde da família (ESF) na avaliação clínica, psicossocial, nutricional e saúde bucal dos educandos na instituição pesquisada.

Assim, possibilitou também a verificação do alcance dos objetivos preconizados pelas diretrizes do Plano Nacional de Educação Escolar, haja vista que essas modalidades de programas federais, estaduais e municipais devem ser avaliadas, periodicamente, não só por trabalhos de pesquisa, mas principalmente pela sociedade civil. O acompanhamento, ainda, se estabelecerá como uma forma de propiciar maior dinamicidade nas realizações das aludidas modalidades, para que não se restrinja à caracterização de um programa desprovido de consistente atuação, mas sim que sensibilize os gestores da educação e da saúde quanto a sua implantação e implementação, articulando ações de promoção e de prevenção de saúde nas escolas, atingindo uma notória qualidade funcional nas redes de ensino municipal e estadual.

A estrutura deste estudo de investigação empírica é constituída por duas partes,

cada parte apresentando seus diferentes aspectos, conforme suas finalidades.

Na primeira Parte integra: o Problema, a Revisão da Literatura (1), os Objetivos (2), e a Metodologia (3). Aqui, é referida a justificativa do estudo, a fundamentação teórica, que se destina à apresentação da literatura específica ao assunto relacionado com tema da pesquisa. Sendo organizado da seguinte forma: Educação e Promoção da Saúde: conceito e perspectiva histórica (1.1); A Escola Promotora de Saúde contribuindo na qualidade de vida dos alunos (1.2); Educação Sexual: uma nova visão da escola (1.3); Fatores de Risco e Mudanças de Comportamento dos Alunos (1.4). A metodologia se fundamenta nos aspectos: tipo de pesquisa, onde se optou por uma pesquisa de campo, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, quantitativa e documental direta (3.1); cenário de pesquisa (3.2); delimitação do estudo (3.3); sujeitos de pesquisa (3.4); procedimento da coleta de dados (3.5); instrumentos de coleta de dados (3.6); construção do questionário (3.6.1); validação do questionário (3.6.2); organização e análise de dados (3.7).

A segunda Parte contém com dois capítulos. O primeiro capítulo apresenta a contextualização do estudo (4), na qual é descrita a políticas do programa saúde na escola (4.1); a inserção da equipe de estratégia saúde da família (4.2), que apresenta de forma sucinta informações sobre essa equipe de multiprofissionais, como também suas atribuições voltadas para o programa saúde na escola; a avaliação das práticas de educação em saúde do Programa Saúde na Escola (PSE) (4.3) Estes tópicos foram logicamente correlacionados, com base na análise curricular do programa saúde na escola conforme preconizado pelo ministério da educação e da saúde. O segundo capítulo apresenta os resultados da investigação (5), fundamentados na revisão da literatura, ressaltando a caracterização dos sujeitos (5.1), a análise de dados da pesquisa direcionada aos adolescentes e jovens do PSE (5.2), a análise das categorias encontradas no questionário aplicado aos adolescentes e jovens do PSE (5.2.1), a análise das categorias encontradas no questionário aplicado aos professores da 8ª série do ensino fundamental sobre o PSE (5.3), a análise das categorias encontradas no questionário aplicado a equipe de saúde da família sobre o PSE (5.4), e para finalizar a Parte II, apresentaremos a conclusão do estudo de investigação.

Por fim, encontram-se as referências bibliográficas utilizadas, seguidas de apêndices e anexos considerados fundamentais para deste estudo.

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Atualmente é perceptível que, a cada dia, aumentam os índices das doenças ocasionadas por vários fatores de risco, tais como: uso do álcool, tabaco e drogas ilícitas, gravidez precoce, DST's / AIDS, obesidade infantil, desnutrição, violência escolar e outras. Constata-se, ante esses informes, a difícil mudança da situação da saúde pública em nosso país e, conseqüentemente, em nosso município, se não existir uma parceria entre os programas governamentais voltados para a saúde, e a educação. A implantação do Programa Saúde na Escola vem corroborar a necessidade premente da efetivação de parcerias, para que se possam atingir os índices de melhoria da prevenção das doenças e dos aspectos nocivos à saúde estudantil, contribuindo para um estilo de vida mais saudável.

Observando os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes e jovens no mundo e no Brasil, constatamos que é na passagem da infância para a adolescência que pode ocorrer o início do uso dessas drogas. Nos Estados Unidos, chega em torno de três milhões de crianças e adolescentes que fazem uso de tabaco. Temos o álcool sendo consumido por mais de 50% pela classe estudantil pelo menos uma vez por mês, principalmente nas últimas séries, sendo que 31% chegam a se embriagar. No Brasil, depois da década de 80, o consumo de álcool, tabaco e drogas ocupa o primeiro lugar ao longo da vida e no momento atual. (MARQUES & CRUZ, 2000; MS, 1996).

Os estudos comprovam que o tabagismo está associado a 80% dos casos de bronquite crônica, 90% dos casos de câncer de pulmão, 30% de todos os tipos de câncer e 25% dos casos de infarto do miocárdio (MS, 1996).

No decorrer da minha vida profissional, procurei observar e acompanhar os casos de doenças que os meus pacientes eram acometidos. Sempre me chamou atenção que essas patologias poderiam ser evitadas, principalmente como: doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, hipertensão arterial, obesidade, complicações renais, diabetes, depressões, câncer e outras. Imaginava que esses indicadores epidemiológicos fossem diferentes se existisse na nossa sociedade caxiense, um programa de educação em saúde na escola, fazendo com que as crianças, adolescentes e jovens tomassem conhecimentos sobre a prevenção dessas doenças.

Cada ano que se passava aumentava a minha ansiedade e inquietação sobre

como orientar as pessoas na prevenção das doenças transmissíveis e não transmissíveis. Então, assumi o cargo de Secretária de Saúde de uma cidade circunvizinha, onde passei a desenvolver atividades educativas em saúde juntamente com os agentes comunitários de saúde, isso por volta do ano de 2000. Essa experiência me fez acreditar que a educação em saúde era pouco trabalhada nas comunidades e que as pessoas eram totalmente leigas sobre esse assunto. Mas, ao mesmo tempo percebi que a pessoa adulta tinha dificuldade de mudar o seu estilo de vida, mesmo sabendo que estava errado. Nos anos seguintes, continuei trabalhando com as medidas preventivas no programa saúde da família. Sempre presenciei de perto essa problemática, mas sonhava que um dia surgisse um programa de educação em saúde que pudesse informar as pessoas ainda quando elas fossem crianças.

Diante deste contexto, me leva a perguntar: Como as práticas pedagógicas estão sendo vivenciadas pela comunidade educativa e pela equipe de saúde da família do programa saúde na escola no ensino fundamental II (8ª) da Unidade Integrada José Castro?

PARTE I

REVISÃO DA LITERATURA

Apresentamos aqui, uma revisão da literatura, a qual representa uma relevância como suporte para essa investigação empírica que objetiva analisar as práticas pedagógicas vivenciadas pela comunidade educativa e pela equipe de saúde da família do programa saúde na escala no ensino fundamental II (8ª série) da unidade integrada José Castro do Município de Caxias – Maranhão.

1.1 Educação e Promoção da Saúde: conceito, reflexões e um breve histórico.

A Política de Saúde, historicamente tem passado por vários momentos na sua trajetória. No início do século XX, foi marcado pela a sistematização das práticas sanitárias que tinha como objetivo solucionar os problemas gerados pelo o processo de industrialização e expansão comercial, juntamente com o aumento da população decorrente do processo migratório acelerado. (AMORIM, VOIVODIC, RODRIGUES, RANGEL & SOUSA, 2009).

Foi no século XX, que surgiu basicamente o conceito de Saúde Pública, por Winslow (1920), apud (Meneghel et al., 2008, p. 116) como:

“A ciência e a arte de evitar a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, visando o saneamento do meio, o controle das infecções comunitárias, e a educação do indivíduo nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce no tratamento da doença e o desenvolvimento dos mecanismos sociais que assegurarão a cada pessoa na comunidade o padrão de vida adequado para a manutenção de saúde.”

A partir desta época, o governo voltou sua atenção para as condições de vida e de saúde das pessoas que viviam em capitais dos estados e nas cidades portuárias, pois consideravam estes locais como áreas de maior risco. (MELO, CUNHA & TONINI, 2005).

Ribeiro (1993) ressalta que podemos considerar quatro períodos na evolução dos conceitos de saúde e de doença ao longo da história da humanidade: O primeiro período é o pré-cartesiano, até o século XVII; o outro período é o científico ou o de

desenvolvimento do modelo biométrico, que se iniciou com a implementação do pensamento científico e com a revolução industrial; o terceiro é a revolução da saúde com o desenvolvimento da saúde pública, que começou a desenvolver-se no século XIX e o quarto é a segunda revolução da saúde, iniciada na década de 1970.

Historicamente a saúde sempre esteve com as suas ações voltadas ao atendimento do homem quanto às anormalidades do ponto de vista biológico, em especial nos estudos e causas dos indicadores de morbidade e mortalidade (CASTELLANOS, 1997).

Diante deste contexto, o governo brasileiro iniciou com as políticas de saúde pública com intuito de proteger os trabalhadores dos agravos infecciosos e das condições precárias encontradas naquelas áreas. As principais metas de trabalho eram nas áreas de higiene, alimentação, saneamento básico, trabalho exaustivo e habitação.

O projeto sanitário daquela época era constituído de ações destinadas para a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva. Apesar de não existir uma política nacional de saúde, mas existiam as campanhas sanitárias que eram consideradas de grande importância para o controle dos agravos. Então, a educação sanitária começou a ganhar destaque devido à interrupção da cadeia de transmissão, através de informações, onde a população passava a ser um agente consciente dos serviços de saúde pública. (MELO et al, 2005). Nesse período, por volta do ano 1925, foi criado no Estado de São Paulo a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde, com o objetivo de “promover a formação da consciência sanitária da população e dos serviços de profilaxia geral e específica”. A partir daí surgiu o título de educador sanitário, que foi preparado pelo o Instituto de Higiene do Estado, que tinha como meta principal a divulgação de noções de higiene para alunos das escolas primárias estaduais. (LEVY, et al., 2002, p.2).

Para Westphat (2004) apud Pelicioni & Pelicioni (2007, p. 320), que,

“No Brasil, até o início do séc XX, as preocupações do setor saúde centravam-se apenas nas situações de epidemia e, no campo da educação, restringia-se ao ensino de hábitos de higiene. Mudanças na estruturas sociais, econômicas e políticas relacionadas a diversos fatores como: a abolição da escravatura, a saída dos trabalhadores e suas famílias do campo para cidades carentes de infra-estrutura, o desenvolvimento do comércio e da indústria, a necessidade de ampliar o comércio externo e receber imigrantes europeus exigiam soluções rápidas para as doenças que assolavam os núcleos urbanos e começavam a ameaçar a força de trabalho, bem como a expansão das atividades capitalistas.”

Como podemos perceber as práticas de saúde no processo ensino-aprendizagem, foram utilizadas como metas de influenciar as decisões sobre a promoção da saúde e prevenção das doenças a serem tomadas ao longo da existência do ser humano.

Pelicioni & Pelicioni, (2007, p. 321), comentam que desde “a Idade Média, na Europa, já se acreditava na importância da educação em saúde e se recomendava um regime alimentar correto, adequadas práticas de higiene e horas prolongadas de sono para que as pessoas vivessem mais”.

Na década de 1930, surgiu um novo tipo de direito à saúde, voltada exclusivamente para as pessoas que possuíam um trabalho formal, ou seja, tinha seu trabalho legalizado através da carteira de trabalho assinada, já que esse grupo de trabalhador impulsionava a economia brasileira. (MELO et al., 2005).

Segundo este mesmo autor,

“O direito à saúde estava reservado àquelas pessoas que dispunham de dinheiro para comprar os serviços dos médicos particulares ou àqueles trabalhadores que estavam de alguma forma amparada pelas políticas de saúde pública do governo. Os indigentes e pobres recebiam atendimentos nas Santas Casas e Beneficências, que eram instituições de caridade (MELO et al., 2005, p.52).”

A saúde nessa época era centralizada, tendo direito apenas o grupo que podia financiar seu tratamento. Como isso a maioria da população ficava esquecida e sem o direito de usufruir de uma assistência à saúde digna de qualquer ser humano.

Por volta 1945 a 1960 o Estado deu ênfase na construção e à compra de serviços próprios na assistência médico-hospitalar dos institutos. Nesse momento ocorreu uma expansão, devido à inauguração de hospitais e ambulatórios próprios conhecidos de hospitais modernos. Sete anos depois, surgiu a unificação da Previdência Social, sendo que o Estado passou a ser regulador da sociedade e da exaustão da classe trabalhadora no jogo de políticos e nos processos decisórios, com a finalidade de atender à política de arrocho salarial decorrente do modelo adotado para acumulação de capital. A partir desse momento, o governo passou a ter gastos, devido os acidentes acontecidos aos trabalhadores, que eram de responsabilidade do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Então, surgiu a “universalização de cobertura, que é a tornar comum ao maior número de pessoas um direito adquirido”. (MELO et al., 2005).

Noronha & Levcovitz, (1994 apud Melo et al, 2005, p. 60), afirmava que para construir uma saúde democrática, era necessário dar continuidade com a Reforma

Sanitária, então definiram as diretrizes fundamentais da proposta de mudança das políticas e do sistema de saúde, como:

- “1- O reconhecimento do direito universal à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a saúde;
- 2- A criação de um Sistema Único de Saúde e responsabilização do Estado pela administração deste sistema;
- 3- A organização de um sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país.”

Segundo Andrade, Pontes & Martins (2000, p.1), o grande marco histórico que representou nesse processo foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1986, onde contou com uma grande participação de diversos setores representativos de organizações da sociedade.

Segundo os mesmos autores a VIII conferência Nacional de Saúde chegou a uma conclusão que,

“O setor da saúde no Brasil não era suficiente uma reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. (ANDRADE, PONTES & MARTINS, 2000, p.1).”

Para Minayo (2008), a VIII Conferência de Saúde é “considerada um marco fundante de uma nova concepção de saúde e em consequência, de prestação de serviços e de qualidade de vida no País”. Afirmar ainda que,

“A VIII Conferência politizou o papel da saúde, proclamou-a como um direito do cidadão e ampliou seu conceito, nele incluindo a visão social dos determinantes do processo de saúde e doença (MINAYO, 2008, p. 90).”

A defesa da saúde enquanto um valor universal ganhou expressão principalmente a partir do ano 1986 com o relatório produzido na VIII Conferência de Saúde que serviu de base para os constituintes elaborarem a Constituição de 1988.

A constituição de 1988 promulgou uma sistematização de ações e de serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva. Destacaram as seguintes observações:

“A saúde como direito de cidadania e dever de Estado;
A relevância pública das ações e serviços de saúde;
A universalidade da cobertura e do atendimento, tendo como princípio a equidade da assistência;
A descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária;
A integração da rede pública de serviços num sistema único;
A possibilidade de participação complementar do setor privado de serviços no sistema público de saúde;
O co-financiamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
A direção única nas esferas de governo (União, Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
A saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo”. (ANDRADE; PONTES; MARTINS. 2000, p.2).”

De acordo com Meneghel et al (2008, p. 117),

“Com a Constituição de 1988, o direito à saúde passa a ser considerado na categoria de direito subjetivo público, reconhecendo o sujeito como detentor do direito e o Estado seu devedor, além de uma responsabilidade própria do sujeito que também deve cuidar de sua própria saúde e contribuir para a saúde coletiva. Hoje compete ao Estado garantir a saúde do cidadão e da coletividade.”

A VIII Conferência de Saúde veio se fortalecer com a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá em novembro de 1986. Que resultou a Carta de Ottawa, que tinha como objetivo, assegurar saúde para todos no Ano de 2000 e nos anos subsequentes.

A Carta de Ottawa define a promoção da saúde como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde incluindo uma melhor participação no controle deste processo” (WHO, 1986 apud MUNK MARCIA, 2005, p. 4).

Segundo Demarzo (2006, p. 54), a Carta de Ottawa,

“Resgata o conceito ampliado de saúde defendido pela OMS “mais completo bem-estar físico, mental e social determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais”. Ficaram definidos como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.”

O conceito de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu nos últimos 25 anos, em países como o Canadá, EUA e países da Europa Ocidental. As bases conceituais e políticas da promoção da saúde foram estabelecidas no decorrer dos últimos 12 anos com as quatro mais importantes Conferências Internacionais. Ottawa (OMS, 1986),

Adelaide (OMS, 1988), Sundsval (OMS, 1991) e Jakarta (OMS, 1997). (BUSS, 1999).

Ferraz (1999) apud Lervolino (2000, p. 12), a Carta de Ottawa como produto da Conferência, “significou a ampliação da concepção de promoção da saúde incorporando a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde”.

Buss (1999, p. 3), afirma que a promoção da saúde é vista como um resultado da “acentuada medicalização da vida social, que apresenta impactos bastante medíocres sobre as condições de saúde”. Apesar do termo, ter sido usado para representar a medicina preventiva. Com o passar do tempo, o significado foi mudando, e atualmente é visto como um fator político e técnico no processo saúde- doença- cuidado.

Para Nadanovsky (2000), apud Dias, Barbosa & Prais, (2004, p. 1), considera que a promoção da saúde no sentido mais amplo, seja uma “ação global que visa à melhoria da qualidade de vida das pessoas, sendo a prevenção uma parcela deste amplo movimento”.

A maneira mais eficiente de praticar a promoção de saúde é através da educação em saúde. Flores (1999) apud Dias et al., (2004, p.5), aponta que o dicionário Aurélio da língua Portuguesa conceitua educar como “... o ato ou efeito de educar-se, processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral da criança ou do ser humano em geral, visando à sua melhor integração individual e social”.

A escola como uma instituição que se prepara para educar o indivíduo na sua formação como cidadão dinâmico, crítico, reflexivo e social, deve inserir a promoção da saúde no processo de ensino-aprendizagem para desenvolver habilidades no autocuidado e fortalecer como benefício para suas próprias vidas.

Para Abegg, Calde (1999) apud Dias et al., (2004, p. 1), diz que “a forma mais eficiente de desenvolver programas de educação em saúde nas escolas é por meio do trabalho conjunto dos professores com os profissionais de saúde”

Batista (2010, p. 14), ressalta que “no início da década de 70 do século XX, diversos autores começaram a discutir o tema saúde dentro da escola, considerando quais seriam os elementos que capacitariam os indivíduos para uma vida mais saudável”.

A lei 5.692/71, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, veio introduzir no currículo escolar os conteúdos sobre a saúde e como essas questões deveriam ser tratadas. Nesse período já se discutia em levar para as crianças e adolescentes assuntos sobre hábitos saudáveis, quanto à higiene pessoal, à alimentação,

à prática desportiva, ao lazer e trabalho. (BATISTA, 2010).

Brasil (1996a) apud Gonçalves, Catrib, Vieira & Vieira, (2008, p. 182),

“Até 1996, por resolução da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), o tema saúde era abordado dentro do referencial curricular escolar, utilizando como designação a referência Programa de Saúde, sem ser incorporado como disciplina curricular, e sim como um trabalho a ser desenvolvido de modo pragmático e contínuo.”

Na nova LDBEN 9394 e na construção dos Parâmetros Curriculares Nacionais, a saúde no campo da educação passou a ser considerada como tema transversal, assegurando “uma ação integrada e intencional entre os campos da educação e saúde, uma vez que ambos se pautam, fundamentalmente, nos princípios de formação da consciência crítica e no protagonismo social”. (BRASIL, 1997^a, 1996b apud GONÇALVES et al., 2008, p. 182).

Para a organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 1995), a promoção da saúde desenvolvida na escola faz parte de uma visão integral e multidisciplinar na vida do ser humano, contribuindo assim, para aprimorar os conhecimentos e habilidades no autocuidado da saúde e na prevenção dos agravos durante toda sua vida educativa.

Portanto, o âmbito escolar é fundamental para desenvolver conhecimentos sobre promoção da saúde no contexto individual, familiar, educacional, social e ambiental.

1.2 A Escola Promotora de Saúde contribuindo na Qualidade de Vida dos Alunos.

A escola promotora de saúde é compreendida como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de políticas de saúde que venham contribuir na formação de maneira crítica os valores referentes ao modo de vida das pessoas, tanto a nível individual como coletivo, objetivando a produção social de saúde.

Na Declaração de Alma-Ata em 1978 já destacava os cuidados primários de saúde, onde afirmava que: “É direito e dever dos povos participarem individualmente e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde”.

Os cuidados primários de saúde ainda fazem parte da realidade da comunidade brasileira. A falta de alimentação adequada, prevenção e controle de doenças transmissíveis e infecciosas, saneamento e água potável, são consideradas as preocupações da saúde pública. Diante desse contexto, o governo federal criou os Programas: Agente Comunitário de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF),

Programa Saúde na Escola (PSE), Programa no Controle da Tuberculose (TB), Programa no Controle da Hanseníase (HAN) e Programa Nacional de Imunização (PNI) e outros, com o intuito de melhorar assistência na atenção primária no País.

As escolas promotoras de saúde nos anos 90 foram definidas a pela OMS como:

“Trata-se de uma abordagem multifatorial que envolve o desenvolvimento de competências em saúde dentro das salas de aulas, a transformação do ambiente físico e social das escolas e a criação de vínculo e parceria com a comunidade de abrangência, o que inclui os serviços de saúde, como as Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família (MS, 2009, p. 10-11).”

Um fator bastante importante no desenvolvimento das ações de promoções da saúde em sala de aula é a necessidade de se fazer um questionamento sobre os interesses dos alunos e dos professores, o que eles querem saber e o que eles sabem. Isso incentivando para uma conscientização sobre o modo de vida de cada um. Para se conseguir mudanças de comportamento, é preciso que haja conhecimento dos valores e atitudes que influenciam na sua qualidade de vida.

Segundo Poltrony apud González (2004, p. 16), salienta que:

“O modo de vida se desdobra na inter-relação que ocorre entre as condições de vida, próprias de uma determinada sociedade, e um determinado conjunto de atividades vitais. Naturalmente, na escolha do estilo de vida, apresentam-se também fatores de determinação subjetiva, os quais fazem com que a personalidade, em alguns momentos, ao contrário dos cânones do modo de vida normativo que regem uma determinada sociedade, opte por formas de atividade e comunicação que enriqueçam ou prejudiquem a herança social já acumulada. Contudo, toda escolha, obviamente, deve ser viável de realizar-se conforme as condições de vida de seus afazeres cotidianos, gerados pelo desenvolvimento de modo de vida real da sociedade.”

O nível de saúde está relacionado como o modo de vida que as pessoas vivem. Atualmente as pessoas estão vivendo numa sociedade que foge dos padrões conceituais de saúde. Hoje temos poluição ambiental, desigualdade social, desnutrição, violência, medo, consumismo desenfreado, miséria e etc. Assim, para colocar em práticas as ações de promoção de saúde, deve-se levar em consideração os fatores físicos, culturais e sociais.

A escola promotora de saúde tem ações prioritárias, como:

“Educação em saúde, efetivando-se em um trabalho interdisciplinar e abordando temas, como alimentação, violência, higiene, segurança, planejamento familiar, primeiros socorros etc;
Prevenção de fatores de risco: vacinação, acidentes, gravidez precoce;
Diagnóstico: nutrição, obesidade, avaliação postural, visual e auditiva, anemia;
Atenção médica e reabilitação: promoção de fatores de proteção e de ambientes saudável, incluindo o meio físico e o ambiente social (relações interpessoais;
Participação social: envolvimento das famílias nas ações educativas de identificação e cuidados com o meio ambiente e veiculação com movimentos comunitários (GOULART R. M. M. 2006, p.).”

É grande o desafio que a escola enfrenta nos dias atuais para desenvolver as práticas promotoras em saúde. Observamos nos parâmetros curriculares nacionais que “a escola cumpre papel de destaque na formação dos cidadãos para uma vida saudável, na medida em que o grau de escolaridade em si tem associação comprovada com o nível de saúde dos indivíduos e grupos populacionais” (PCN, 2001). Afirma ainda que:

“A educação para a Saúde como tema do currículo eleva a escola ao papel de formadores de protagonistas – e não pacientes- capazes de valorizar a saúde, discernir e participar de decisões relativas à saúde individual e coletiva. Portanto, a formação do aluno para o exercício da cidadania compreende a motivação e a capacitação para o autocuidado, assim como a compreensão da saúde como direito e responsabilidade pessoal e social (PCN, 2001, p. 34).”

Nesse sentido, a escola deve assegurar aos educandos o direito de receber informações em relação à saúde com o intuito de contribuir na sua formação crítica sobre a qualidade de vida² e demonstrar os meios de reduzir a vulnerabilidade e os fatores de risco para sua saúde.

Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Art. 7º,

“A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento, em condições dignas de existências (ECA, 1990, p. 17).”

Demarzo & Aquilante (2006), ressalta que “no Brasil, no ano de 2006, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde”. Sabemos que para o indivíduo e comunidade desenvolver mudanças no seu estilo de vida é

² Segundo Forattini (1991) apud Lervolino (2000), qualidade de vida é “o prazer de viver, um estado de satisfação ou insatisfação, uma experiência de caráter pessoal e está ligada ao propósito de obtenção de melhores condições de vida” (LERVOLINO, 2000, P.13).

necessário que os governantes ofereçam condições ideais para controlar e manter uma melhor qualidade de vida. Na Política Nacional de Promoção da Saúde, as ações preconizadas podem ser citadas como:

“Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da saúde; Alimentação saudável; Práticas corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (DEMARZO & AQUILANTE, 2006, p. 56).”

Quando a saúde for entendida como qualidade de vida e não mais como apenas ausência de doença, nesse momento:

“A saúde será valorizada como elemento social, ambiental e cultural em que a comunidade está envolvida. Portanto, toda modalidade de recursos necessários para a construção dessa qualidade de vida passa a ser objeto de interesse e de intervenção coletiva no atendimento às necessidades da comunidade (SILVA, 2001, p. 2).”

Silva (2001) faz o seguinte destaque:

“Os indivíduos e as comunidades devem ser educados para poder conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidade para viver melhor, bem como possibilidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos dessa capacitação (SILVA, 2001, p. 2).”

Observando a Constituição Federal de 1988, encontraremos um destaque em relação o conceito de saúde descrito no artigo 196:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Dentro deste contexto, a saúde deveria ser mais acessível a toda população, garantindo o seu bem estar físico, mental e social. Assim, a qualidade de vida seria uma realidade e não uma utopia. Sabemos que nos dias atuais o índice das doenças e agravos aumenta cada vez mais. As ações de promoção de saúde ficando cada vez mais distante da nossa realidade. As três esferas de governo federal, estadual e municipal procuram desempenhar os princípios do SUS, porém ainda encontram grandes entraves.

O Sistema Único de Saúde (SUS) defende que a desigualdade no atendimento

da população seja inexistente, compreende a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis, tornando a assistência à saúde pública e gratuita.

A constituição Federal de 1988, garante no seu artigo 198 que o conceito de Sistema único de Saúde como:

“As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências;

III – participação da comunidade. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).”

As escolas promotoras de saúde devem continuar na luta para o desenvolvimento humano, no sentido da valorização da saúde, contribuindo assim com a qualidade de vida e o direito da cidadania. Através da informação é que o indivíduo sofre o processo de transformação.

1.3 Educação Sexual: Uma nova visão da escola.

Segundo Ramiro & Matos, (2008, p.1), “a sexualidade resulta da socialização a que todos estão sujeitos formal e informalmente”, envolvendo num contexto de aprendizagem, dado início no período da infância, no seio familiar e todo meio social envolvido, como: amigos, escola, mídia e Internet.

Atualmente, alguns autores afirmam que o ambiente escolar é um espaço privilegiado para realizações de educação sexual, pois as crianças, adolescentes e jovens passam a maioria do seu tempo na escola. A escola pode desenvolver estratégias de ações que envolvam os adolescentes e sua família, com o intuito de atingir um melhor aproveitamento da educação sexual.

Segundo Alencar, Silva, Silva & Diniz, (2008, p. 2), existe um consenso entre os estudiosos sobre a necessidade de se discutir ações sobre a sexualidade, porém quando aplicado na prática, os educadores e pais sentem dificuldade de trabalhar o tema com os jovens.

Sabemos que não é fácil trabalhar educação sexual na escola, os educadores devem abordar o assunto com muito cuidado obedecendo principalmente os valores e crenças que os alunos receberam da sua família. Muitas vezes os jovens não recebem diretamente informações dos pais sobre esse assunto, mas conhecem a opinião deles. É

importante se fazer uma busca dos valores e crenças dos alunos e de suas famílias antes de realizar qualquer prática pedagógica na escola sobre sexualidade. “Cabe a escola abordar os diversos pontos de vista, valores e crenças existentes na sociedade para auxiliar o aluno a encontrar um ponto de auto-referência por meio da reflexão” (PCN, 2001, p. 121).

A orientação sexual faz parte dos temas transversais destacados nos Parâmetros Curriculares Nacionais. Esses temas são desenvolvidos na escola no sentido de cumprir a sua função social, englobando os principais problemas sociais de caráter urgente tanto a nível Nacional como Internacional (PCN, 2001, p. 64).

Hercowitz (2002, apud Alencar et al., 2008, p. 160), afirma que:

“Considera importante o desenvolvimento da sexualidade para o crescimento do indivíduo em direção a sua identidade adulta, inserção na estrutura social e determinação de sua auto-estima e relações afetivas. Contudo, as mudanças no comportamento dos adolescentes em relação à sexualidade exigem atenção cuidadosa por parte dos pais e profissionais, devido às repercussões que incluem as vulnerabilidades relacionadas à saúde produtiva (ALENCAR et al., 2008, p.160).”

A idade de iniciação sexual dos brasileiros está em torno dos 15 anos, justificando a necessidade de dar ênfase às ações de prevenção e promoção à saúde voltada para a população adolescente e jovem, com o intento de promover o enfrentamento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, outras DST, evitando, por consequência, a gravidez precoce e não-planejada (MS, 2006).

O Brasil conta com mais de 54 milhões de cidadãos na faixa de 10 a 24 anos de idade, o que representa 30,3% da população. Essa parcela expressiva da população está exposta a riscos e relações de vulnerabilidade, podendo ser compreendida como situações de exposição às doenças. (MS, 2006, p. 11). Segundo Ayres *et al*, apud M S (2003, p. 11), “a vulnerabilidade dos sujeitos individuais e coletivos pode ser particularizada pelo reconhecimento de três componentes interligados – o individual, o social e o programático ou institucional”.

Conforme a pesquisa desenvolvida pelo Instituto Cidadania em (2005) são evidenciados elementos que apontam para a vulnerabilidade³ desse grupo populacional (adolescentes e jovens):

³ Vulnerabilidade “Conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma determinada enfermidade, condições ou danos” AYRES, JRCM, 1996:, p. 19).

“As pessoas jovens estão entre as principais vítimas do modelo econômico adotado nas últimas décadas, no qual a exclusão social se aprofunda. No ano 2000, apenas 41,3% dos jovens integravam famílias com renda per capita acima de um salário mínimo, sendo que 12,2% (4,2 milhões) faziam parte de famílias com renda per capita de ¼ de salário mínimo. Em 2001, mais da metade entre 15 e 24 anos não estudava e apenas 425 chegavam ao Ensino Médio (MS, 2006, p. 11).”

Parceria entre o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde com o apoio da UNESCO, do UNICEF e do UNFPA na perspectiva de transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem adolescentes e jovens à infecção pelo HIV e à AIDS, a outras doenças de transmissão sexual e à gravidez não planejada. O Programa Saúde na Escola leva em consideração as ações direcionadas à saúde sexual e reprodutiva, realizadas nas diferentes regiões do país (MS, 2006).

No Brasil, foram notificados 69.219 casos de AIDS em jovens menores de 24 anos, representando 15.98% dos casos notificados de AIDS⁴ no país. (PN-DST/AIDS2006). Nos jovens, a transmissão sexual não tem sido a única exposição ao HIV. Na população com faixa etária entre 13 e 24 anos, a via sanguínea corresponde a 26,14% dos casos notificados dessa síndrome, verificando que, em 94,09% desses casos a infecção foi decorrente do uso indevido de drogas injetáveis. A transmissão sexual representa 63,7% e a fonte de infecção é ignorada em 9,7% dos casos (PN_DST/AIDS 2006).

O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária ([sd], p.52), afirma que “crianças e adolescentes vivendo e convivendo com HIV/AIDS não apenas sofrem com a sua condição, mas também vêem seus laços familiares e comunitários se fragilizarem.” Diante dessa problemática a sociedade deve ser sensibilizada sobre os riscos dessa doença. Só através de uma política pública que envolva ações de promoção e prevenção em todo âmbito nacional e internacional é que vamos diminuir a vulnerabilidade das DST/AIDS.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000):

“As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comum em todo o mundo. Nos Países industrializados ocorre um novo caso de DST em cada 100 pessoas por ano, e nos países em desenvolvimento, as DST estão entre as 5 principais causas de procura dos serviços de saúde (MS, 2000, p. 1).”

Conforme descrito no relatório do Fundo das Nações Unidas para a população,

⁴ AIDS é a abreviatura da expressão em inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome que, em português, significa Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. (AGUIAR A et al, 1998:, p.87)

atualmente, no mundo; existe a maior geração de jovens na faixa etária de 15 a 24 anos. No entanto, um aumento significativo da incidência de infecção por HIV entre jovens. Isto causando grande problema mundial na educação sexual e reprodutiva. “Portugal figura em quinto entre os países europeus com maior índice de prevalência do HIV (0,7% de homens e 0,2% de mulheres) na idade de 15 a 49 anos” (RAMIRO & MATOS 2008, p. 685).

Para que possamos alcançar um controle na transmissão do vírus da HIV, é preciso que os profissionais envolvidos no Programa Saúde na Escola desenvolvam medidas que impossibilitem a transmissão desse vírus. Sabemos que sua transmissão pode ocorrer de várias maneiras: pela relação sexual sem preservativo, transfusões sanguíneas, compartilhamento de seringas contaminadas com sangue, principalmente pelos usuários de drogas injetáveis e ainda da mãe para o bebê durante a gestação ou amamentação, que é a transmissão perinatal. Portanto, existem várias maneiras na transmissão deste vírus. Por este motivo, tornar-se um grande desafio para os multiprofissionais trabalhar as medidas de prevenção da dessa doença.

Para Aguiar & Fonseca (1998, p. 88 a 94), a contaminação por via sexual é a mais comum, correspondendo em torno de 68,6% dos casos. Diz que pra essa propagação existe um método eficiente e de custo relativamente baixo que é o uso de preservativo. Informa ainda que,

“A camisinha vem sendo apontada em todo mundo como uma das principais armas no combate à AIDS. É fundamental que esta informação chegue até as pessoas e que o uso do preservativo seja discutido sem preconceitos, como algo sério, permitindo a todos entenderem que ele é uma garantia de exercício da sexualidade com menores riscos. (AGUIAR & FONSECA, 1998, p. 94).”

Lembrando ainda que não só a infecção por HIV seja um grande problema de saúde pública, mas temos também as infecções por as hepatites virais. Segundo o Ministério da Saúde, essa infecção é considerada como um “grave problema de saúde pública no Brasil e no Mundo” (MS, 2008, p. 7). O Ministério da saúde (MS) juntamente com a Universidade de Pernambuco e a Organização Panamericana de Saúde estão trabalhando com os pesquisadores das Universidades Federais, Estaduais e de Secretarias Federais, Estaduais e Municipais de saúde no intuito de identificar a

prevalência⁵ dessa infecção. (MS, 2008, p. 7).

Ainda em relação sobre as infecções por vírus da hepatite B e C, o MS (2008), ressalta que:

“A transmissão do vírus da hepatite B (HVB) se faz por via parenteral, e sobretudo, pela via sexual, sendo considerada uma doença sexualmente transmissível. Dessa forma, a hepatite B pode ser transmitida por solução de continuidade (pele e mucosa), relações sexuais desprotegidas e por via parenteral (compartilhamento de agulhas e seringas, tatuagens, piercings, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos, etc). Outros líquidos orgânicos, como sêmen, secreção vaginal e leite materno, também podem conter o vírus e constituir-se fonte de infecção (MS, 2008a, p. 8)”.

Para o MS (2008a), A transmissão do vírus da hepatite C ocorre principalmente por via parenteral sendo que a transmissão por via sexual é pouco freqüente, ficando em torno de menos de 1% em parceiros estáveis, aumentando o seu risco para pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco (sem uso de camisinha).

O Programa Saúde na Escola terá uma participação na interrupção da cadeia de transmissão da hepatite B por meio da vacinação dos indivíduos que ainda não foram expostos ao vírus. O Ministério da Saúde recomenda a vacinação para crianças e adolescentes de 0 a 19 anos. No dia 21 de Setembro de 2010, os órgãos: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, publicaram uma nota técnica que referênciava a ampliação do acesso à vacinação de crianças e adolescentes contra a hepatite. A campanha de vacinação será desenvolvida em escolas e unidades básicas de saúde a partir do mês de Novembro de 2010.

Outro grande fator de preocupação para a educação e a saúde é a gravidez na adolescência. Geralmente está relacionada a diversos fatores, tais como: vulnerabilidade individual e social, gravidez não planejada⁶, falta de informação apropriada e de acesso aos serviços de saúde. O índice de gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos, relacionados a condições socioeconômicas e culturais, tende a ser maior nas situações em que há exploração sexual de adolescentes e jovens. (Marco Teórico e referencial de Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes e Jovens – Secretaria de Atenção à Saúde.

⁵ Prevalência- Número de casos ocorridos de um evento patológico em um local, em determinado período, considerado os casos novos e os casos antigos. (GRANDE DICIONÁRIO DE ENFERMAGEM ATUAL,[sd], p.335).

⁶ A gravidez não planejada na adolescência é considerada como um obstáculo e talvez um fator que desviar essa adolescente daquilo que tinha como projeto de vida. (SANTOS JUNIOR, 1999, p. 228).

Departamento de Ações Programáticas Estratégias da Saúde, 2006). (MS, 2006).

Desde a década de 70, foi constatado um aumento de casos de gravidez precoce e uma diminuição da idade das adolescentes. Estudos têm comprovado que a gravidez ocorre normalmente entre “a primeira e a quinta relação sendo o parto normal a principal causa de internação de brasileiras entre 10 a 14 anos” (LORES, [s.d]).

Geralmente, por falta de informação, os adolescentes desconhecem a anatomia e a fisiologia do seu corpo, como também os métodos tradicionais de anticoncepção. A sexualidade é um assunto pouco discutido pela família. Por sua vez, a escola, muitas das vezes; não dá ênfase à educação sexual. Assim, as adolescentes engravidam precocemente; passando a formar grupos de gestantes de alto risco.

Segundo dados da Organização Pan-americana da Saúde-OPAS (1992):

“No início dos anos 80, 12,5% dos nascimentos da América Latina eram de mães menores de 20 anos. A população de 15 a 24 anos (de alto risco para engravidar) atingiu cerca de 71 milhões em 1980. Já em 1990 foram registrados 86 milhões de casos. No ano de 2000, chegou-se aos 100 milhões de adolescentes. Isto significa que; entre o período de 1980 a 2000; a população de adolescentes na América Latina aumentou em torno de 41,6%. O número de adolescentes grávidas aumenta não só no Brasil, mas em todo o mundo (LORES,[s.d]).”

Dessa forma, a escola promotora de saúde deve apresentar um novo paradigma quando se trata da educação sexual, oferecendo informações que garanta uma saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens. Talvez o grande desafio da educação em saúde seja garantir aos adolescentes e jovens o acesso ao atendimento nas unidades de saúde antes do início da sua vida sexual. Esse atendimento devendo englobar aspectos sociais e psicológicos.

1.4. Fatores de risco e mudança de comportamento dos alunos.

A escola como promotora de saúde deve estar atenta aos fatores de risco e às mudanças comportamentais dos alunos que podem causar algum tipo de dano a sua saúde. Uma comunidade escolar atuante possui conhecimentos específicos para detectar precocemente qualquer alteração no estilo de vida dos seus alunos, principalmente em relação às atitudes, os valores e as mudanças sociais.

Conforme coloca Figueiredo, Santos & Leite (2007), temos que ficar atentos sobre os riscos do mundo que causam danos à saúde, tais como:

“1- Alimentação inadequada (obesidade e doenças cardíacas);
2-Frustrações (dificuldade econômica ou em relações afetivas para adquirir o desejado);
3-violência;
4-Fumo;
5-Vícios etc. (FIQUEIREDO, SANTOS & LEITE, 2007, P. 75)”.

Atualmente vivemos numa sociedade em que as pessoas não param para pensar sobre o seu modo de vida, expondo o seu corpo a ficar predisposto às manifestações orgânicas das doenças.

Dentro do contexto escolar, podem-se desenvolver ações que englobam aspectos de “resolução de conflitos, comportamento anti-social, prevenção de depressão e suicídio, promoção da auto-estima e de “inteligência emocional”. Estudos demonstraram que as intervenções utilizadas nos programas de prevenção do uso de tabaco, de álcool e de drogas que focaram a aquisição de conhecimentos e aulas expositivas, são menos efetivos do que aqueles que utilizaram exposições interativas (DEMARZO, 2006, p. 70).

As escolas promotoras de saúde devem estar norteadas para o desenvolvimento de estratégias que capacitem seus alunos para prevenção de doenças e agravos da saúde. Estimulando uma visão crítica de como evitar os fatores de risco e comportamentos que venham ser prejudicial a sua saúde. É preciso novas pedagogias que envolvam toda comunidade educativa a utilizar práticas coletivas com o objetivo de cuidar do seu próprio corpo e detectar os fatores de risco controláveis.

Sabemos que a alimentação e a nutrição são condições importantes no crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania. O programa Saúde na Escola estabelece nas suas metas o acompanhamento da evolução do estado nutricional dos indivíduos da comunidade escolar. Assim, a partir dessas informações os gestores locais e a equipe de Saúde da Família traçam estratégias com objetivo de melhorar as condições de saúde relacionadas com alimentação e nutrição.

Para o Ministério da Saúde,

“A avaliação nutricional é requisito para determinar ou não a necessidade de uma intervenção alimentar. A nutrição é reconhecidamente um fator crítico na promoção da saúde e prevenção das doenças. Mesmo a má nutrição moderada pode trazer consequências tardias no desenvolvimento cognitivo das crianças e no seu rendimento escolar. (MS, 2009, p. 45).”

Os hábitos alimentares inadequados geram grandes problemas para a saúde

pública. De acordo com a OMS, a obesidade é considerada um dos grandes problemas mundiais. Atualmente temos mais de 2 bilhões de pessoas com excesso de peso e 400 milhões de obesos, isso independente de fatores genéticos. Esses índices estão mais relacionados com estilos de vida não saudável, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo (MS, 2008).

Outro fator de risco em destaque é o tabagismo. Para Goldfatart,

“O consumo de tabaco é considerado pela Organização Mundial de Saúde a maior causa isolada de adoecimento no mundo. Atualmente, estima-se que o uso do tabaco esteja relacionado a 90% dos casos de câncer de pulmão e a 30% de todos os cânceres. (GOLDFATART, 1998, p.5).”

Goldfatart (1998, p. 5), afirma que: “A utilização do tabaco é considerada por muitos como sendo a porta de entrada para o abuso de drogas ilícitas. Frequentemente, a experiência com o uso de cigarros é acompanhada do uso de álcool e seguida pelo uso de drogas ilícitas”. O uso das drogas ilícitas está sendo hoje um dos problemas mais difíceis para a comunidade escolar. O monitoramento tem sido rigoroso tanto na parte interna como externa da instituição. Muitas vezes, os alunos estão sujeitos a serem abordados pelos os traficantes de droga fora da escola. O controle do uso do tabagismo não é muito fácil de controlar por ser aceito em alguns setores da sociedade.

O consumo do álcool gera mudanças de comportamentos entre os adolescentes e jovens, elevando o índice de violência na classe estudantil e uma desagregação familiar, deixando de ser um hábito e passando a ser uma dependência, acarretando malefícios e danos a si próprios e a todos que fazem parte do seu meio. Para alguns autores, o álcool está relacionado com a maioria dos cânceres do trato digestivo, tais como: língua, cavidade oral, faringe e esôfago.

Segundo Golfatart,

“[...] 60% dos estudantes de 1º e 2º graus fizeram uso pelo menos uma vez na vida e que 23,9% da população até os 18 anos de idade, no Brasil, são consumidores regulares de bebidas alcoólicas. O alcoolismo é considerado uma doença de difícil tratamento e que leva a uma deterioração psicológica, orgânica e social dos indivíduos dela acometidos”(GOLFATART, 1998, p. 6).”

Dentre os objetivos gerais do Ensino Fundamental dos parâmetros Curriculares Nacionais, destacam que os alunos sejam capazes de:

“Compreender a cidadania como participação social e política, assim como exercício de direitos e deveres políticos, civis e sociais, adotando, no dia-a-dia, atitudes de solidariedade, cooperação e repúdio às injustiças, respeitando o outro e exigindo para si o mesmo respeito;
Conhecer e cuidar do próprio, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um aspecto básico da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde coletiva. (PCN, 2001a)”.

A comunidade educativa está sofrendo com uma realidade bastante difícil em relação ao aumento considerável sobre a frequência e a gravidade de mudança de comportamento e violência escolar⁷. Alguns estudos relatam que a violência escolar aumentou ao longo dos últimos vinte anos. Atualmente, os educadores passaram a ficar com medo de trabalhar em determinadas escolas. Será que os educadores, diretores e outros profissionais estão preparados para trabalhar com os jovens de comportamento agressivo? Sabemos que a violência escolar é discutida no mundo inteiro. Isso talvez seja um dos grandes desafios da comunidade educativa.

Hoje, a violência é uma das razões da baixa qualidade do ensino. Isso não só no Brasil, mas nos demais países do mundo. A nossa vida cotidiana está sendo afetada pela escola; que as circunstâncias transformaram em verdadeiros campos de batalha. A visível e crescente vitimização dos jovens vêm extinguindo as esperanças de nossa sociedade (BR/2003/PI/H4).

Hoje a violência escolar está alertando os gestores escolares a investigarem melhor as alterações comportamentais dos alunos dentro do contexto escolar e de tomarem providências contra atos violentos provocados por alguns da classe estudantil. A violência comportamental traz medo e preocupação aos alunos, professores e famílias. Pois a escola é considerada um meio disciplinar, e não se pode permitir que a mesma seja um ambiente de conflitos, levando a destruição do patrimônio público em consequência de atos violentos.

A. A, Saavedra apud Lopes Neto,

“O comportamento violento, que causa tanta preocupação e temor, resulta da interação entre o desenvolvimento individual e os contextos sociais, como a família, a escola e a comunidade. Infelizmente, o modelo do mundo exterior é reproduzido nas escolas, fazendo com que essas instituições deixem de ser ambientes seguros, modulados pela disciplina, amizade e cooperação (LOPES NETO A.A, 2005, p. S165)”.

Sendo assim, a escola promotora de saúde está voltada não apenas para a relação ensino-aprendizagem, mas emprenhada em manter um crescimento e desenvolvimento na formação de valores, atitudes, convivência interpessoal e familiar, padrões ideais de ensino em educação e saúde para garantir um ambiente físico e emocional favorável com intuito de obter equidade na qualidade de vida. A função da escola promotora de saúde não deve se restringir apenas em ações preventivas dos fatores de risco, mas sim em desenvolver estratégias de promoção e recuperação dos agravos acometidos na comunidade escolar e na sociedade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Analisar as práticas pedagógicas vivenciadas pela comunidade educativa e pela equipe saúde da família do Programa Saúde na Escola no Ensino Fundamental II (8ª série) da Unidade Integrada “José Castro” do Município de Caxias – MA.

2.2 Objetivos Específicos:

- Determinar a aceitação do Programa Saúde na Escola pelos adolescentes e jovens da comunidade escolar;
- Identificar os temas de educação em saúde trabalhados pelo programa saúde na escola;
- Analisar as dificuldades apontadas pela comunidade educativa e pela equipe saúde da família no cotidiano do programa saúde na escola;
- Identificar as vantagens e desvantagens do programa saúde na escola pela comunidade educativa e pela equipe saúde da família;
- Analisar atuação da equipe de saúde da família (ESF) na avaliação clínica, psicossocial, nutricional e saúde bucal dos educandos que estão em sala de aula.

⁷ “Violência Escolar diz respeito a todos os comportamentos agressivos e anti-sociais, incluindo os

3 METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Este texto tem como finalidade descrever a metodologia utilizada nesta pesquisa de campo, levando em consideração a execução dos objetivos traçados conforme apresentados no item 2.

3.1 Método de Abordagem

Conforme a relevância da temática apresentada e com os objetivos propostos, foi elaborada uma pesquisa de campo de caráter descritivo e exploratório com abordagens quantitativa, qualitativa e documental direta. De acordo com Martins Júnior,

“Uma pesquisa descritiva visa descobrir e observar fenômenos existentes, situações presentes e eventos, procurando descrevê-los, classificá-los, compará-los, interpretá-los e avaliá-los, com o objetivo de aclarar situações para idealizar futuros planos e decisões (MARTINS JÚNIOR, 2008, p. 83).”

Segundo Polit e Hungler (1995) e Triviños (1995), este tipo de estudo permite ao investigador aumentar suas experiências em torno de determinado problema e descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Para Thiollent (1994), um estudo exploratório consiste em se conhecer “o campo, os interessados e suas expectativas e estabelecer um levantamento (ou diagnóstico) da situação dos problemas prioritários e de eventuais ações”.

A pesquisa qualitativa está relacionada com as questões de peculiaridades, que por vez não pode ser quantificada. Minayo (1994), afirma que:

“Trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, P. 25).”

Assim, nessa investigação, diferentes técnicas foram associadas para a realização da coleta de dados: análise documental, questionário auto aplicáveis e grupo focal.

3.2 Cenário do Estudo

O Local escolhido para execução dessa pesquisa de campo foi a Unidade Integrada Municipal José Castro, localizada na periferia da zona urbana do Município de Caxias-Maranhão. Está situada à margem esquerda do Rio Itapecuru, precisamente na Avenida Francisco Castro S/N, no bairro Ponte desta cidade. Em 1997 deu-se início a sua fundação, porém ainda continua em processo de reconhecimento. Também foi incluída na pesquisa a Unidade Básica de Saúde localizada na Rua Dos Prazeres nº 101, também no bairro Ponte. Essa é a unidade de referência que contribui com a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde no âmbito escolar. Cada Unidade Integrada Municipal (Escola) deve ter uma Unidade Básica de Saúde de referência.

Os locais para o desenvolvimento deste estudo de investigação tiveram a liberação autorizada pelos secretários municipais de educação e de saúde, mediante o encaminhamento de cópia do projeto de pesquisa para ambas as secretarias no mês de agosto do ano de 2009.

O Município de Caxias, Maranhão possui uma área de 5.224 Km², situado na região Leste do Estado, banhada pelo Rio Itapecuru, com clima tropical, ficando a uma distância de 374 quilômetros para capital, São Luis. A população é de 155.202 habitantes. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2009).

Em relação à educação Caxiense, o município possui uma rede de ensino pública e privada, destacando as modalidades de ensino: pré-escolar, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior. Podendo afirmar que a rede de ensino é composta por: 44 escolas de ensino pré-escolar, sendo 35 escolas públicas municipais e 09 escolas privadas; 281 escolas de ensino fundamental, das quais 21 escolas do ensino fundamental pertence à rede pública estadual, 250 à rede pública municipal e 10 escolas privadas; 24 escolas com ensino médio, onde 19 pertencem à rede pública estadual e 05 escolas privadas. O ensino superior é formado por três faculdades, sendo uma pública da rede estadual contendo cursos de bacharelado em medicina e enfermagem e licenciatura em pedagogia, letras inglês e português, história, geografia, matemática, física, química e biologia, e duas particulares contendo cursos de pedagogia, ciências contábeis, administração, direito, enfermagem e fisioterapia (IBGE,2009).

3.3 Delimitação do Estudo

A Unidade Integrada Municipal José Castro, atualmente possui 509 alunos matriculados no ensino fundamental (1º ao 9º ano). Na 8ª série do ensino fundamental possui apenas 32 (trinta e dois) alunos, distribuídos em uma sala no período vespertino. O quadro de docência do ensino fundamental é composto por 10 (dez) professores, 01(um) coordenador pedagógico, 01(um) gestor e 01(um) gestor adjunto.

A Unidade Básica de Saúde do Ponte, possui duas Equipes Saúde da Família (ESF), compostas por: 02(dois) médicos, 02(dois) enfermeiros, 02(dois) dentistas, 04(quatro) auxiliares de enfermagem, 02(dois) assistente de saúde bucal e 09(nove) agentes comunitários de saúde. Perfazendo um total de 21(vinte e um) profissionais.

O universo dessa pesquisa foi a comunidade educativa (alunos, professores, coordenador pedagógico e gestores), referente à 8ª série do ensino fundamental e os profissionais da Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde do bairro Ponte.

3.4 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos para o processo de inclusão desta pesquisa abrangem os adolescentes e jovens que estão cursando a 8ª série do Ensino Fundamental da Unidade Integrada Municipal José Castro, por terem mais tempo de participação no Programa Saúde na Escola e por apresentarem maior risco e vulnerabilidade com relação aos temas propostos pelo Programa Saúde na Escola. Esses sujeitos foram convidados a participar como voluntários do estudo e para isso foi enviada uma carta aos pais e responsáveis, esclarecendo-os sobre o tipo de informação e como seria coletada. Todos apresentaram o termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado. Assim, formando um grupo de 29 alunos, faltando apenas 03 alunos, pois não compareceram no dia agendado. Envolvendo ainda, da Comunidade Educativa 02 gestores escolares, 01 coordenador pedagógico, 06 professores que ensinam na série pesquisada, bem como os profissionais das Equipes da Saúde da Família (ESF), que são responsáveis pelo desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola, composta por: 01 médico, 02 dentistas, 02 enfermeiros, 08 agentes comunitários de saúde, 01 assistente de saúde bucal. A amostragem do estudo é formada por 52 pessoas.

Os profissionais da comunidade educativa e da Equipe Saúde da Família foram informados sobre a pesquisa formalmente por meio de ofício que foram entregues pela

pesquisadora, após o consentimento dos secretários de educação e de saúde.

3.5 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados empíricos da pesquisa de campo foi dividida em quatro etapas. Na primeira etapa foi realizado um levantamento sobre a documentação pactuada no plano de adesão ao Programa Saúde na Escola e das ações implantadas no referido programa do município, através de uma visita ao núcleo de saúde na escola da Secretaria Municipal de Educação no dia 23 de Agosto de 2010 às 14 horas. Foi entregue pelo o secretário de educação um ofício à pesquisadora para ser entregue ao gestor da escola José Castro, apresentando a pesquisadora e autorizando a realização da pesquisa naquela instituição.

Em seguida, foi aplicada uma entrevista semi-estruturada (Apêndice II) com 18 perguntas abertas, direcionada ao gestor escolar, sendo gravada com a sua permissão e transcrita na íntegra com utilização de pseudônimo, para colher informações sobre o funcionamento das ações e atividades do Programa Saúde na Escola, como também, a participação da Comunidade Educativa. Logo após o término da entrevista, o gestor escolar realizou uma visita técnica junto com a pesquisadora para apresentação e conhecimento da estrutura física da instituição.

Na segunda etapa, o gestor da escola reuniu os professores na sala de reunião da própria escola, durante o intervalo das aulas, para apresentar a pesquisadora e para uma rápida explanação sobre o estudo de investigação, ainda, sendo-lhes entregue um informativo sobre os objetivos da pesquisa. Neste mesmo momento, foi agendado o dia da aplicação do questionário com os professores que lecionam na 8ª série do ensino fundamental para o dia 10 de Setembro de 2010 às 17 horas, na sala dos professores na escola já mencionada. O questionário era formado com 18 perguntas abertas e fechadas (Apêndice II).

Na terceira etapa, a pesquisadora se reuniu com os alunos da 8ª série na sala de aula no turno vespertino, para falar dos objetivos e da importância da pesquisa e entregar o termo de consentimento para a autorização dos pais à participação dos filhos na pesquisa. Ficou apazado para o dia 17 de setembro às 16 horas o recebimento dos termos de consentimento e a participação para realização do questionário de pesquisa, conforme autorização dos pais. No dia agendado, o gestor juntamente com o professor da disciplina história liberou os alunos para que estes pudessem participar da pesquisa.

Foi realizada a aplicação do questionário com 23 perguntas abertas e fechadas (Apêndice I) aos adolescentes e jovens. Após a leitura do mesmo, a pesquisadora ainda solicitou aos alunos que respondessem de forma séria, como se tratasse de um teste importante para eles. A coleta com todos os adolescentes foi em torno de 30 minutos, com a presença da pesquisadora para garantir que não houvesse trocas de informações entre eles.

Na quarta etapa, foi aplicado um questionário com 10 perguntas abertas (Apêndice III) para a Equipe de Saúde da Família, Médicos, Odontólogos, Enfermeiros, Agentes Comunitário de Saúde e Assistente de saúde Bucal, que atuam na unidade básica de saúde do bairro da Unidade Integrada Municipal José Castro (escola), sendo esta a responsável pelo desenvolvimento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, utilizando os temas de saúde do projeto político-pedagógico da Unidade Integrada Municipal José Castro. O período escolhido para a realização da coleta de dados com esses profissionais foi de Agosto a Novembro de 2010. Primeiramente foi realizada uma reunião com os agentes comunitários de saúde (ACS) para esclarecimentos sobre o estudo de investigação. Nesse momento foi marcada a data e a hora da realização da coleta de dados, para o dia 26 de Setembro de 2010 às 14 horas na Universidade Estadual do Maranhão, o qual o espaço cedido para essa finalidade. Os demais profissionais da equipe da saúde da família tiveram a coleta realizada na unidade de saúde às 09 da manhã, horário cedido pelo secretário de saúde para que os mesmos pudessem participar do estudo de investigação.

Os dados deste estudo foram interpretados de forma conjunta, com a finalidade de permitir uma análise mais aprofundada.

3.6. Instrumentos de Coleta de Dados: Construção e Validação

3.6.1 Construção do questionário

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram três questionários elaborados pela pesquisadora, que tinha como finalidade alcançar os objetivos traçados no estudo de investigação e obter informações sobre conhecimentos, valores, importância, atitudes e opiniões sobre o programa saúde na escola, tendo o intuito: de analisar as práticas pedagógicas vivenciadas pela Comunidade Educativa e pela Equipe Saúde da Família do Programa Saúde na Escola no ensino fundamental II, 8ª série da

Unidade Integrada José Castro do Município de Caxias - MA. Para isso, foi necessário construir as principais perguntas dos questionários obedecendo aos seguintes objetivos específicos:

- Determinar a aceitação do Programa Saúde na Escola pelos adolescentes e jovens da comunidade escolar;
- Identificar os temas trabalhados no Programa Saúde na Escola;
- Analisar as dificuldades apontadas pela Comunidade Educativa e pela Equipe Saúde da Família no cotidiano do Programa Saúde na Escola;
- Identificar as vantagens e desvantagens do Programa Saúde na Escola pela Comunidade Educativa e pela Equipe Saúde da Família;
- Analisar a atuação da Equipe Saúde da Família na avaliação clínica, psicossocial, nutricional e bucal dos educandos que estão em sala de aula.

As questões levantadas no estudo de investigação foram fundamentadas nos objetivos específicos desta pesquisa, assim citados anteriormente, como também, no conteúdo programático do Programa Saúde na Escola. Durante a elaboração das perguntas, houve uma preocupação com a linguagem utilizada, para que esta permitisse clareza e objetividade.

Cada questionário continha algumas perguntas específicas para seu respectivo grupo, com a intenção de conseguir informações específicas dos sujeitos, conforme sua área, mesmo estando todos inseridos no mesmo programa saúde na escola.

Primeiramente, foi instrumentalizado um roteiro para entrevista semi-estruturada com 18 perguntas abertas e fechadas para o gestor escolar e professores. Em seguida foi construído outro questionário com 22 perguntas fechadas e abertas para os alunos. As perguntas fechadas têm o intuito de facilitar a quantificação e a análise dos dados. Depois, construído um questionário com 10 perguntas abertas para Equipe de Saúde da Família. Nesses os questionários continham algumas perguntas comuns a todos os grupos participantes do estudo.

A primeira etapa do questionário aplicado aos adolescentes e jovens referia-se à identificação dos sujeitos do estudo (nome, idade, gênero e escolaridade). Na segunda etapa, as questões abordaram os temas: importância do Programa Saúde na Escola; participação das ações educativas; aceitação das atividades executadas pelo programa; a

parte do programa que considera de maior interesse; parte do programa que considera de menor interesse; temas trabalhado no programa; alteração no conteúdo programático do programa; a inclusão de conteúdo programático no programa; temas excluídos do conteúdo programático do programa; apreciação dos métodos de aulas; uso de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas; participação de exame físico na escola; avaliação de saúde; doenças sexualmente transmissíveis; mudanças de hábito; relacionamento; ambiente escolar.

Para o roteiro do questionário dos profissionais da comunidade educativa, professores e coordenadores iniciaram-se com os dados de identificação e em seguida, foram relacionados os seguintes temas: formação em educação permanente em saúde; conhecimento das estratégias de operacionalização das ações do Programa Saúde na Escola; aceitação das estratégias; dificuldades enfrentadas na execução das práticas promotoras; avaliação das condições de saúde dos adolescentes e jovens; o espaço escolar; vantagens e desvantagens do programa; realização de atividades educativas em saúde na escola e temas transversais.

Já no roteiro da Equipe Saúde da Família, médico, dentista, enfermeiro, agente comunitário de saúde e assistente de saúde bucal, também iniciaram com os dados de identificação e abordaram os temas: formação em educação permanente em saúde; conhecimento das estratégias de operacionalização das ações do programa saúde na escola; aceitação das estratégias do programa saúde na escola; as dificuldades enfrentadas para execução das práticas promotoras; avaliação das condições de saúde do aluno; o espaço escolar; vantagens e desvantagens do programa; os temas transversais abordados e participação da família nas ações promotoras de saúde.

Para melhor entendimento foram elaborados quadros que se encontram no apêndice (IV) deste estudo, os quais demonstram, na coluna central, a idéia principal da questão que o questionário pretendia alcançar. No quadro 3, foram demonstrados a idéia principal, objetivos e respectivas questões do protocolo do questionário, referente à coleta de dados feita com os professores. Já no quadro 4, foram relacionadas as ideias principais, objetivos e questões da coleta de dados aplicados aos adolescentes e jovens da comunidade educativa. No quadro 5, foram citadas as ideias centrais, objetivos e questões destinadas à coleta de dados com a Equipe Saúde da Família.

3.6.2 Validação do questionário

Em uma fase inicial, depois da construção primária do questionário, este foi levado a uma apreciação do orientador desta dissertação, o mesmo, orientou que fosse feito algumas alterações como, diminuir o número de questões e que estas estivessem relacionadas aos objetivos do estudo de investigação. Após as realizações das alterações sugeridas, o questionário foi validado por dois especialistas, um em educação e outro em saúde, sendo-lhes solicitado um parecer sobre a clareza, objetividade e adequações das questões aos objetivos da pesquisa.

O parecer dos especialistas sobre a construção do questionário foi favorável. Porém, sugeriram algumas alterações em relação ao enunciado e adequação de algumas questões. Logo após as alterações, foi encaminhado ao orientador para uma nova apreciação, onde desta vez não fez qualquer observação.

Após o processo de validação por parte dos especialistas e pelo orientador, a pesquisadora realizou um teste piloto com dez alunos da 8ª série, um profissional da comunidade educativa e um profissional da equipe de saúde. Da análise dos resultados do estudo de investigação, observou-se a necessidade de realizar alterações em algumas questões. Durante aplicação do teste piloto, observou-se o tempo necessário para a realização do questionário. O tempo variou de 15 a 20 minutos.

Depois dessa fase, considerou-se terminado o processo de validação. O protocolo do questionário final deste estudo de investigação encontra-se nos apêndices.

3.7 Organização e Análise dos Dados

A análise dos dados quantitativo da primeira etapa desta pesquisa está apresentada e analisada de forma descritiva e representados em forma de tabela e gráficos para os dados relacionados ao grupo de adolescentes e jovens da comunidade educativa.

A apresentação e discussão dos resultados acerca das perguntas abertas do questionário da comunidade educativa e da equipe saúde da família serão identificadas por 03 grupos, que são: Grupo A (Adolescentes e jovens identificados de com letra “A”), Grupo B (Professores identificados de com letra “P”), Grupo C (Agentes Comunitários de Saúde identificados com as letras “ACS”, Enfermeiros identificados com a letra “E”, Dentistas identificados com a letra “D”, Médico identificados com a

letra “M” e Assistente de Saúde Bucal identificados com a Letra “ASB”). A forma como foi constituída a identificação dos sujeitos desta pesquisa foi mantido em sigilo através da identificação de letras correspondendo a letra da profissão.

A análise dos resultados encontrados nos Grupos A, foram agrupadas em 07 categorias temáticas, já no grupo B, foram 06 e no grupo C foram 09.

Segundo Minayo (2004) “categoria refere-se a um conjunto que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, agrupando elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”.

PARTE II

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Neste capítulo apresentamos as Políticas do Programa Saúde na Escola, conforme as estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde, um breve enfoque sobre a Inserção da Equipe Saúde da Família no Programa, A Avaliação das Práticas de Educação em Saúde do Programa Saúde na Escola e um Consolidado das Ações Desenvolvidas pelo o Programa Saúde na Escola no município de Caxias- Maranhão.

4.1 Políticas do Programa Saúde na Escola.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, com o apoio da UNESCO, do UNICEF e do UNFPA, tendo como objetivos possibilitar a inserção, no âmbito escolar, de discussões a respeito da saúde pública e as ações que deverão ser instauradas para a garantia do bem-estar físico e psicossocial, principalmente, dos adolescentes e jovens, bem como demonstrar a estreita e necessária relação entre saúde e educação para as modificações na dinâmica estrutural da sociedade moderna (MS, 2006).

Desde 1995, os Ministérios da Saúde e o da Educação têm, conjuntamente, reunidos esforços para que os temas vinculados à saúde sexual e reprodutiva estejam inseridos nos conteúdos transversais privilegiados pela escola, conforme orientações constantes nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) – Temas Transversais (1998). Dessa união, surgiu o aludido programa, desenvolvido, inicialmente, em 16 unidades da Federação (UF) que apresentavam maior risco de epidemia, entre 1994 e 1999. Nos anos de 1999 a 2000, expandiu-se o PSE para as 27 Unidade Federativas por meio do programa “salto para o futuro”, atingindo cerca de 250 mil professores e mais de 9 milhões de alunos do Ensino Fundamental e Médio. Pretende-se alcançar pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas do ensino fundamental e médio, de 2008 a 2010, com um investimento de R\$ 800 milhões (MS, 2006).

No ano de 2005, o mencionado PSE foi reformulado, criando novas estratégias como o monitoramento das escolas a partir da inclusão de questionário específico no Censo Escolar. Nesse mesmo ano, os ministros da saúde e da educação e os

representantes da UNESCO e da UNICEF no Brasil participaram do evento para consolidação da política de prevenção das DST/AIDS nas escolas e da apresentação do plano de ações para 2006. O evento contou com a participação de representantes dos alunos, professores, universidades e organizações da sociedade civil (MS, 2006).

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo o decreto presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, no âmbito dos Ministérios da Saúde e o Ministério da Educação no intuito de contribuir por meio da prevenção, promoção e atenção à saúde nas escolas. Tal programa descreve seus objetivos da seguinte forma:

“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;
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;
Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
Contribuir para a construção de sistema de atenção social, como foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informação sobre as condições de saúde dos estudantes; e
Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nas três esferas de governo. (DECRETO Nº 6.286, DE 5 DEZEMBRO DE 2007, P. 1).”

Observando o mesmo decreto citado no parágrafo anterior, podemos constatar no Art. 4º as ações em saúde que devem ser ressaltadas durante o desenvolvimento do programa saúde na escola. Ações essas que devem ser articuladas com a rede educacional pública básica e com os Princípios das Diretrizes do SUS⁸. Destacando as seguintes ações de saúde: Avaliação Clínica, Avaliação Nutricional, Promoção da Alimentação Saudável, Avaliação Oftalmológica, Avaliação da Saúde e Higiene Bucal, Avaliação Auditiva, Avaliação Psicossocial, Atualização e Controle do Calendário Vacinal, Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Prevenção e Redução do Consumo de Álcool, Prevenção do Uso de Drogas, Promoção da Saúde

⁸ Princípios das Diretrizes do SUS que devem ser operacionalizados:

- 1- A universalidade do acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de complexidade do sistema;
- 2- Igualdade da assistência à saúde, livre de preconceitos ou qualquer tipo de privilégio;
- 3- Equidade, igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função das necessidades individuais de cada grupo. (Sistema de Saúde no Brasil, p.41).

Sexual e da Saúde Reprodutiva, Controle do Tabagismo e outros fatores de Risco de Câncer, Educação Permanente em Saúde, Atividade Física e Saúde, Promoção da Cultura da Prevenção no âmbito Escolar e Inclusão das Temáticas de Educação em Saúde no Projeto Político Pedagógico das Escolas (DECRETO Nº 6.286. DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007).

No parágrafo único do Art. 4º afirma que:

“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 (DECRETO Nº 6.286. DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007).”

O município em parceria com o estado define a vinculação da unidade escolar com a unidade básica de saúde da família. A equipe responsável pela a educação em saúde planeja conjuntamente as estratégias de ação promotiva da qualidade de vida do educando.

O programa saúde na escola está estruturado em cinco eixos principais, quais sejam, avaliação das condições de saúde, promoção e prevenção; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; monitoramento e avaliação do programa saúde na escola; educação permanente e capacitação dos profissionais da educação, da saúde e de jovens para o programa (DAB/SAS/MS)⁹

Cada programa saúde na escola deve obedecer às ações de saúde preconizada no decreto presidencial, porém fica a critério da comunidade escolar juntamente com as estratégias saúde da família, fazer seu plano de ação, obedecendo principalmente à problemática social vivenciada em cada comunidade.

O programa Saúde na Escola preconiza as principais metas:

- “1-Atingir 23.520 milhões de alunos das escolas públicas brasileiras até 2011;
- 2-Criação de grupos de trabalhos nos municípios e inserção dos temas de saúde nos projetos político-pedagógicos da escola;
- 3-Educação permanente para 39.400 professores e profissionais de saúde em caráter presencial e não-presencial no quadriênio 2008-2011;
- 4-Monitoramento das questões de saúde dos alunos por meio de pesquisas e levantamentos;
- 5-Prevenção e educação para saúde sexual e reprodutiva nas escolas;
- 6-Constituição dos territórios de responsabilidade entre escolas estaduais, municipais e Equipes Saúde da Família (MS, 2008, p. 11).”

⁹ DAB- “Estrutura vinculada à Secretaria de Atenção Ministério da Saúde, tem a missão institucional de operacionalizar essa política no âmbito federal do SUS”.

Acredita-se que, quando cada instituição escolar determina as ações de promoção da saúde no projeto político pedagógico da escola, fica mais acessível para os multiprofissionais desenvolverem ações individuais e coletivas com os alunos, como também obter a participação integral do corpo docente nas decisões pedagógicas.

Na escola o professor é a pessoa de confiança dos alunos, ele pode influenciar em muito com sua participação nas práticas promotoras de saúde, ajudando a mobilizar e incentivar os alunos a refletirem sobre a relevância dessas práticas, levantando questões que estejam favorecendo ou desfavorecendo o seu estado de saúde.

Segundo Silva Carlos (1999. p. 1), é muito freqüente a idéia de que trabalhar as questões de saúde na escola seja mais uma tarefa para o professor. Assim criando uma situação que restringe as possibilidades de inserção de temas sobre saúde no processo de planejamento das estratégias da escola. Diz ainda, que:

“Quando as questões de saúde estão incluídas no Projeto político Pedagógico da escola, sua abordagem integrará as decisões pedagógicas definidas pelo corpo docente como parte integrante do conhecimento. É nesse sentido, ela não será mais uma tarefa ou fardo para o professor. Ao contrário, integra o processo de ensino/aprendizagem que contempla muitas demandas da comunidade escolar como um todo (SILVA CARLOS, 1999, p.1).”

Nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), ressalta que:

“Se a escola pretende estar em consonância com as demandas atuais da Sociedade é necessário que trate de questões que interferem na vida dos alunos e com as quais se vêem confrontados no seu dia-a-dia (PCN, 2001, p. 64).”

A Saúde Escolar em Portugal teve início em 1901 e se mantém até os dias atuais, tendo passado por diversas modificações com objetivo de se enquadrar às necessidades da escola e às problemáticas da saúde da comunidade. Desde 2002 o Ministério da Saúde assumiu a tutela da Saúde Escolar, sendo de sua competência a “implementação, no território nacional, aos centros de saúde.” Foi aprovado o Plano Nacional de Saúde (PNS), para o período de 2004 a 2010, onde são determinadas as prioridades de saúde baseadas nas evidências de saúde enfatizando obter ganho em saúde a médio e longo prazo. (PNSE, 2006).

Relatando ainda, que o Plano Nacional de Saúde de Portugal preconiza:

“Reduzir a prevalência dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis e aumentar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida. As actividades que preconiza deverão ser orientadas para determinantes da saúde, como a alimentação, a actividade física e a gestão do stress e os factores de risco como o tabaco e o álcool, entre outros, a abordar de forma integrada, intersectorial e multidisciplinar, onde a articulação com o setor da educação é indispensável. (PNSE, Despacho nº 12.045/2006).”

Então podemos afirmar que, a saúde escolar é uma grande conquista da Educação e da Saúde, pois unidos poderão transformar nossa sociedade em pessoas mais informadas e com um conhecimento crítico sobre a qualidade de vida. O Programa Saúde na Escola visa um retorno satisfatório, no que se diz respeito à formação das futuras gerações no processo saúde/doença.

Para Demarzo & Aquilante (2008), a escola é considerada um espaço de grande relevância para as práticas de promoção da saúde já que a mesma exerce função na formação de “um cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida”.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) propõe que as práticas promotoras de saúde utilizem técnicas e métodos participativos que ultrapassem a delimitação da estrutura física da escola. Orienta que haja um envolvimento dos pais, professores e comunidades, desenvolvendo uma metodologia que possa diagnosticar as necessidades de saúde da população escolar. Destaca ainda que exista um:

“Desenvolvimento curricular de forma integrada; preparação de material didático; formação permanente de professores e funcionários; investigação, seguimento e avaliação das atividades desenvolvidas e difusão de informações sobre os avanços e desafios encontrados (BRASIL, 2006a).”

Talvez aumentando a amplitude de visão no sentido de sensibilizar os profissionais da saúde e da educação sobre as práticas de promoção de saúde desenvolvidas no âmbito escolar se consiga atingir suas metas. Para isso é preciso que essas práticas estejam condizentes com as questões relacionadas com a vida dos alunos, ou seja, com o seu cotidiano. Os métodos de promoção da saúde só terão êxito se houver uma integração de todos os profissionais. Por este motivo é importante que a educação permanente em saúde seja trabalhada com todos os profissionais que estejam envolvidos com essa política.

A portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em

Saúde, considera a Educação Permanente em Saúde como sendo um “conceito pedagógico no setor de saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde” (MS, 2009).

Freire (1996, p. 39), pontua em relação à formação permanente dos professores, que o “fundamental é a reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática”.

Então, para obtermos qualidade das práticas educativas em saúde nas diversas dimensões, é preciso uma integralidade entre as ações, o sujeito e a instituição escolar, onde possa haver uma contínua interação entre os novos saberes e as práticas aplicadas. Na verdade não existe valorização de qualidade quando se trabalha apenas um indicador, com certeza nos leva para um falso resultado.

4.2 A inserção da Equipe da Estratégia Saúde da Família no Programa Saúde na Escola (PSE).

O PSE será implantado por meio da adesão dos municípios que tiveram implantado equipes de Saúde da Família (ESF), conforme as normas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica. A Estratégia Saúde da Família conta com 27.324 equipes em todo país em 5.125 municípios (BRASIL, 2007). O município de Caxias possui atualmente 55 ESF, atendendo uma cobertura populacional de 100% para 148.072 habitantes (Caxias, 2007).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 tendo como propósito a promoção de saúde na família, incorporando os princípios e diretrizes do SUS. Visando a reorganização do modelo das práticas de atenção básica à saúde em novas bases para substituir o modelo tradicional de assistência à saúde, que dava mais ênfase à cura a prevenção das doenças. A partir dessa estratégia de reorganização, a assistência à saúde ficou mais próxima para a família¹⁰ e conseqüentemente melhorando a saúde individual e coletiva dos brasileiros.

Fleury (1985) apud Figueiredo (2005, p. 271), define saúde coletiva como “área de produção de conhecimentos que tem como objeto as práticas e os saberes em saúde, referido ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais em que a

¹⁰ A família é o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social. (ANDRADE & MATIAS 2009, p. 219).

doença adquiriu significação”.

A equipe de saúde da família (ESF) é composta por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares e técnicos de higiene bucal e agentes comunitários de saúde. Exercem suas atividades profissionais em Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma área da comunidade. Essa equipe tem como objetivo prestar saúde a toda população que pertence a sua área de referência, dentro do território determinado. Cada equipe se responsabiliza pelo o acompanhamento de 3 mil a 4.500 mil famílias. (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2004, p. 2).

A unidade básica de saúde caracteriza-se como a porta principal do sistema primário de saúde. Sendo determinada a sua área de abrangência na prestação de atendimento sob sua responsabilidade. No momento que se expande a sua cobertura de assistência em saúde para outras áreas circunvizinhas, impossibilita a equipe de cobrir sua clientela. O atendimento em saúde desse programa não se restringe apenas na prestação de serviço na unidade de saúde, mas sim em toda comunidade numa perspectiva de ação integral, tomando como foco a família no seu espaço físico e social.

Compete à equipe multiprofissional mapear o território de abrangência e identificar os problemas de saúde e as situações de risco da comunidade. Traçando estratégias de ação no processo saúde/doença possibilitando desenvolver ações educativas intersetoriais. Neste sentido, Figueiredo (2005), pontua que:

“Esse programa tem dado aos profissionais engajados a possibilidade de desenvolver uma ação interdisciplinar que vincula o saber das ciências sociais (antropologia, sociologia e epidemiologia, entre outras (FIGUEIREDO, 2005, p. 299).”

Com a implantação do programa saúde na escola, os alunos que antes apresentavam alguma alteração no seu estado de saúde e apenas eram assistidos na unidade básica de saúde pela equipe multiprofissional, passaram a receber hoje informações sobre a promoção da saúde, prevenção das doenças e monitoramento das condições de saúde dentro da escola, proporcionando assim um melhor estilo de vida aos alunos.

Diante do contexto, o programa saúde na escola é uma inserção dos diversos integrantes da comunidade educativa e dos profissionais de saúde, proporcionando práticas pedagógicas em relação ao processo saúde-doença. Sendo assim, as atribuições dos profissionais devem ser bem definidas e incorporadas no Projeto Político Pedagógico e no Plano de Ação do Grupo de Trabalho Intersetorial.

O caderno de atenção básica “Saúde na Escola” (MS, 2009) destaca as atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica do Programa Saúde na Escola:

“Agir de forma planejada e dentro do espírito do trabalho em equipe, de acordo com o que está disposto na Política Nacional de Atenção Básica, particularmente em relação aos papéis específicos dos vários membros dessa equipe;
Conhecer as diretrizes técnicas e ações do programa saúde na escola, estabelecidas pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007;
Conhecer o Projeto Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE), quando houver;
Estabelecer em parceria com os profissionais da educação estratégias comuns de operacionalização do Programa Saúde na Escola, considerando nesse planejamento as diretrizes e os princípios preconizados pela política Nacional da Atenção Básica e o Projeto Político Pedagógico da escola;
Contribuir no debate para a inserção transversal dos temas da saúde no currículo escolar;
Participar de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas;
Participar do processo de educação permanente em saúde;
Realizar ações de promoção de saúde alimentar e trabalhos com grupos no ambiente escolar, dirigidos aos alunos, professores, funcionários e pais dos alunos;
Desenvolver ações que abordem temas como a obesidade, diabetes, sedentarismo, prática de atividade física, hábitos alimentares e estilos de vida, mudanças de comportamento e cuidados em relação à higiene bucal;
Contribuir para o desenvolvimento de políticas locais que assegurem e fortaleçam ambientes escolares saudáveis, que considerem a oferta de alimentação saudável e adequada, a proibição do uso de drogas lícitas ou ilícitas, o estímulo às atividades físicas e esportivas, o acesso à água tratada e potável, medidas que diminuam a poluição ambiental, visual e sonora, que permitam acesso adequado a escolares deficientes e a segurança dos escolares, entre outros
Identificar as famílias de escolares que estejam inseridas no Programa Bolsa-Família, bem como acompanhar suas condicionalidades, de forma articulada com o setor educação e de desenvolvimento Social/Assistência Social” (MS, 2009, p.67).”

Então, conforme visto nas atribuições comuns dos profissionais responsáveis pelo desenvolvimento das práticas do programa saúde escola considerou que as ações fazem parte de um envolvimento de todos, ou seja, buscou a interface entre comunidade educativa e multiprofissional da saúde.

É necessário compreender que todo programa destinado à educação, saúde e o bem-estar social do indivíduo, as normas e atribuições dos membros responsáveis pela execução das atividades devem ser bem definidas por profissões, mesmo obedecendo às atribuições comuns a todos.

O Ministério da Saúde (MS, 2009, p. 67), define as atribuições do médico

generalista do programa saúde na escola no Caderno de Atenção Básica. Podemos conferir:

“Realizar avaliação clínica, psicossocial e indicar exames complementares quando necessário;
Encaminhar para o médico oftalmologista os escolares com alterações da acuidade visual detectadas em avaliação médica pessoal ou nas realizadas pelos demais profissionais da equipe e pelos professores, nesse último caso, conforme preconizado no projeto Olhar Brasil;
Realizar aferição da pressão arterial dos escolares e iniciar investigação de hipertensão arterial secundária e encaminhar para o serviço de referência, quando necessário;
Monitorar e orientar diante de efeitos adversos vacinais;
Indicar os imunobiológicos especiais para situações específicas;
Realizar avaliação da acuidade auditiva dos escolares e, quando necessário, solicitar exames complementares;
Encaminhar os escolares com alterações na acuidade auditiva para serviço de referência, para continuidade da investigação diagnóstica e/ou serviço de reabilitação;
Exercer as atribuições que lhes são conferidas na PNAB.”

Assim como o profissional médico, o programa saúde na escola conta com a equipe de enfermagem, que é formada pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e pelo auxiliar de enfermagem. Eles fazem parte de um grupo de profissionais atuantes nas práticas promotoras de saúde no ambiente escolar e suas atribuições foram bem definidas pelo Ministério da Saúde, tais como:

“Realizar avaliação clínica e psicossocial;
Realizar aferição da pressão arterial dos escolares e encaminhar ao médico da equipe quando o exame estiver alterado;
Monitorar, notificar e orientar escolares, pais e professores diante de efeitos adversos vacinais;
Aferir dados antropométricos de peso e altura, avaliar o IMC de alunos, professores e funcionários;
Exercer as atribuições que lhes são conferidas na PNAB.
Realizar aferição da pressão arterial dos escolares e encaminhar ao médico da equipe quando o exame estiver alterado;
Realizar aplicação da dose vacinal;
Aferir dados antropométricos de peso e altura dos escolares e repassar essas informações para o planejamento da equipe;
Exercer as atribuições que lhes são conferidas na PNAB. (MS, 2009, p.68).”

Com a implantação da saúde bucal na escola, o profissional cirurgião-dentista, juntamente com auxiliar de consultório dentário/técnico em higiene dental têm contribuído com a saúde bucal dos educandos. Para melhor desenvolvimento das suas ações no âmbito escolar, o Ministério da Saúde preconizou suas atribuições no Programa Saúde na Escola, definido no caderno de atenção básica, as atribuições foram:

“Realizar avaliação clínica;
Identificar as necessidades dos escolares em saúde bucal, bem como o tratamento e monitoramento das condições que exijam intervenção;
Realizar ações de apoio;
Identificar as necessidades dos escolares em saúde bucal, bem como o tratamento e monitoramento das condições que exijam intervenção, sob supervisão do cirurgião-dentista;
Exercer as atribuições que lhes são conferidas na PNAB. (MS, 2009, p.69).”

Sabemos que o programa saúde da família, prioriza ações de promoção e proteção à saúde tanto a nível individual como coletiva. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é membro da própria comunidade. Ele tem por finalidade fazer uma ligação do usuário aos meios de atendimento à saúde. O programa saúde na escola incorporou este profissional nas suas ações. Assim como foi preconizada as atribuições dos demais profissionais, o agente comunitário de saúde, também teve suas atribuições definidas pelo o Ministério da Saúde, destacada como:

“Acompanhar os demais profissionais da equipe de Saúde da Família nas atividades e ações direcionadas aos escolares;
Ser articulador da comunidade junto às instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e da educação, visando a sensibilizar a comunidade na busca de respostas aos problemas mais frequentes apresentados pela população escolar;
Contribuir em atividades de mobilização social e participar de censos escolares quando necessário;
Exercer as atribuições que lhes são conferidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (MS, 2009, p. 68).”

Com a definição das atribuições individuais dos multiprofissionais, facilitará para cada profissional traçar seu plano de ação, permitindo sair de uma assistência prática curativa para uma assistência prática preventiva. Deixando de lado o sistema tradicional que dava enfoque à cura das doenças e não ao processo de produção da saúde.

O Programa Saúde na Escola preconiza que a avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que fazem parte da escola inserida na área de mapeamento da equipe saúde da família, deve ser periodicamente, pois permite a identificação dos agravos e fatores de risco¹¹, contribuindo para prevenção e controle das morbidades e mortalidades desta população. Podendo afirmar ainda que, as avaliações periódicas promovem a adoção de bons hábitos e um estilo de vida mais

¹¹ Riscos são parâmetros ambientais circunstanciais, constitucionais e genéticos que são presentes no corpo e no modo de viver. Quando identificados, podem indicar suscetibilidade de a pessoa desenvolver doenças. (FIGUEIREDO et al., 2007:, p. 76)

saudável (MS, 2009).

Nesse sentido, a equipe saúde da família juntamente com a comunidade educativa e família dos educandos necessitam de uma integralidade na aplicação das práticas metodológicas para que possam atingir as políticas e ações voltadas ao bem-estar das crianças, adolescentes e jovens.

4.3 A avaliação das práticas de educação em saúde do Programa Saúde na Escola (PSE)

O processo de monitoramento e avaliação do Programa Saúde na Escola é executado pelo Sistema Integrado de Planejamento Orçamento e Finanças do MEC (SIMEC/PSE) e pelo Sistema de Monitoramento do Ministério da Saúde. Através desses sistemas é possível o acompanhamento das ações desenvolvidas pelo PSE em todo território Nacional. Para que esse sistema tenha êxito e as secretarias sejam contempladas financeiramente, se faz necessária alimentação do sistema com as informações exigidas pelo programa. Fica a disposição dos secretários de educação e saúde senha de acesso ao SIMEC/PSE. As senhas são de responsabilidade exclusiva dos secretários e de seus representantes e de diretores das instituições escolares. A senha MEC é disponibilizada para os gestores federais que são encarregados pela coordenação do PSE e pelo Ministério da Educação, dando o direito apenas de visualizar todo o sistema, porém, não permite o manuseio para alterações de dados.

Os gestores da educação e da saúde acompanham as ações desenvolvidas no PSE através deste programa mencionada no parágrafo anterior. Talvez seja necessária uma avaliação no intuito de melhorar a eficiência e a efetividade da atenção à saúde. Temos que desenvolver meios de avaliação e monitoramento da satisfação da clientela trabalhada, como também da família e da comunidade com o objetivo de alcançar a melhoria na qualidade de vida.

Para Silva & Formigli (1994), a avaliação tem relevância quando está associada à possibilidade de intervenções capazes de alterar um quadro sanitário, como também averiguar as dificuldades enfrentadas nas práticas que alterem indicadores de morbidade e mortalidade.

Segundo Tanaka & Melo (2000, p. 113), o método de avaliação é “uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão visando torná-lo o mais racional e efetivo possível”. Dentro desse mesmo pensamento ele afirma que,

“Para que isso aconteça é necessário que se defina claramente o para quem se está fazendo a avaliação. Isto significa ter claro qual a decisão em jogo e quem tem o poder para decidir. Para que a decisão a ser tomada seja realmente efetiva e não se torne apenas uma medida racionalizadora de recursos será necessário que se tenha sempre em mente que a avaliação deverá ser feita tendo como beneficiário final o cliente/usuário do serviço programa ou projeto e não exclusivamente quem solicitou a avaliação. (TANAKA & MELO, 2000, p. 113).”

Tenório & Garcia (2009), diz,

“O processo de avaliação sendo compreendida como um pacto social necessita, por sua vez, de um jogo estratégico entre os diferentes sujeitos que fazem parte de um contexto específico, que pode envolver, interesses distintos, às vezes até mesmo oposto entre as partes (TENÓRIO & GARCIA, 2000, p. 133).”

Para o Ministério da Saúde, avaliação em saúde é definida como um “processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde” (BRASIL, 2005, p.18).

No momento que se avalia um programa, independente da sua natureza, é com o interesse de se fazer um julgamento sobre seu funcionamento, ou seja, se as metas traçadas estão sendo cumpridas e os resultados estão sendo satisfatórios.

Por fim, podemos concluir com o pensamento de Contandriopoulus et al (2000, p. 37), o qual relata o seguinte: “avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”.

CAPÍTULO II

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Iniciaremos a apresentação dos resultados deste estudo com um consolidado de ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família no programa saúde na escola. Essas informações foram recolhidas no Núcleo de Educação em Saúde, onde se encontra o grupo de trabalho intersetorial (GTI). É formado por membros que foram indicados pelo Secretário de Educação e Secretário da Saúde para serem responsáveis pelo o acompanhamento do funcionamento do programa saúde na escola. Eles fazem um levantamento de todas as ações promotoras de saúde que foram executadas pela comunidade educativa e equipes do PSF em todas as unidades escolares que são inseridas no programa. Este mesmo grupo tem a responsabilidade de preencher o cadastrado SIMEC/PSE que é o sistema de monitoramento do Ministério da Saúde, através desse sistema é possível acompanhar o desenvolvimento das ações do PSE em todo território nacional.

O consolidado das ações aqui apresentadas corresponde o somatório das ações desenvolvidas em 88 escolas tanto da zona urbana como zona rural que possuem o programa saúde na escola. A coleta destes dados foi apenas com intuito de averiguar quais as ações estavam sendo desenvolvidas de forma global no programa saúde na escola em todo município. No quadro a seguir estão descritas as práticas de saúde desenvolvidas pela equipe saúde da família. Vejamos:

Quadro 1- Ações realizadas sobre as condições de saúde dos educandos.

Ações Realizadas	Total de Educandos
Ação de atualização do Calendário Vacinal	9.346
Ação de avaliação das condições sócio-culturais	13.182
Ações educativas nutricionais e pesagem do escolar	7.245
Ação educativa sobre segurança alimentar	15.052
Ação educativa em saúde bucal e triagem para necessidade de encaminhamento para UBS	3.197
Ação educativa de identificação da primeira consulta odontológica	1.875
Ação educativa de higiene bucal	19.341

Fonte: SEMEDUC/SMS ANO- 2010 CAXIAS – MA

Quadro 2- Ações de Prevenção e Promoção da Saúde.

Ações Realizadas	Total de Educandos
Ações de Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável	7.245
Ação Educativa Saúde Bucal	19.341
Ações de Promoção das Práticas Corporais e Atividades Físicas nas Escolas	3.130
Ações de Educação para Saúde Sexual Reprodutiva e Prevenção de DSTs/AIDS	11.483

Fonte: SEMEDUC/SMS ANO- 2010. CAXIAS – MA

Portanto, através destes dados, vimos que as ações promotoras de saúde estão sendo executadas no âmbito escolar do município de Caxias, Maranhão.

5.1 Caracterização dos sujeitos

Para caracterizar os 52 sujeitos envolvidos neste estudo de investigação, que representam a comunidade educativa e a equipe de saúde da família que atuam no programa de saúde na escola, relacionamos algumas principais características que estão expostas na tabela que se segue:

TABELA 1: Características sociodemográficas da população do estudo, Programa Saúde na Escola, Caxias- MA, Brasil, 2010.

(N=52)		
CARACTERÍSTICAS	F(A)	F(R)
GÊNERO		
Masculino	17	32,7
Feminino	35	67,3
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental*	29	55,8
Ensino Médio	08	15,4
Ensino Superior	15	28,8
FAIXA ETÁRIA		
10-19	29	55,8
20-29	06	11,5
30-39	11	21,2
40-49	04	7,7
50-59	02	3,8
PROFISSÃO		
Estudante	29	55,8
Professores	09	17,3
Agente Comunitário	08	15,3

TABELA 1: Características sociodemográficas da população do estudo, Programa Saúde na Escola, Caxias- MA, Brasil, 2010.

PROFISSÃO		
Aux. de Saúde Dental	01	2,0
Enfermeiros	02	3,8
Dentistas	02	3,8
Médico	01	2,0

Fonte: Pesquisa de Campo, 2010.

Verifica-se na tabela 1, que as características dos sujeitos com relação ao gênero, houve uma predominância do gênero feminino, correspondendo a 67,3% (35). No quesito escolaridade, o ensino fundamental predominou com 55,8% (29), isso devido, a maioria da população do estudo ser os alunos. Porém, dos 28,8% (15) do ensino superior, 17,28% (9) corresponde à classe de professores e 11,52% (6) são os profissionais da equipe de saúde. Observou-se que 55,8% (29) da população alvo encontram-se na faixa etária de 10 a 19 anos e 21,2% (11) de 30 a 39 anos. A categoria profissional com maior número dos sujeitos foram os alunos com um total de 29 adolescentes e Jovens, representando 55,8% e em seguida com 17,3% (9) os professores.

A importância da participação dos demais profissionais no estudo de investigação sobre o programa saúde na escola foi com intuito de complementar a opinião dos adolescentes e jovens sobre as práticas promotoras executadas no programa saúde na escola. Assim, envolvendo todos os sujeitos que participam nesse programa, não se restringindo apenas opinião dos alunos, assim, obtendo uma maior veracidade. Para o Programa Saúde na Escola venha obter total êxito, exigem uma divisão de esforços, ou seja, uma integração de esforços por parte de todos os sujeitos e de todos os membros da sociedade. Requer uma assistência participativa para o envolvimento dos adolescentes e de toda comunidade educativa. A integração só acontece com coordenação e cooperação, assim, o programa funciona adequadamente se todos os sujeitos inseridos desenvolverem uma visão sistêmica, tida como a capacidade de observar a totalidade dos aspectos de um problema gerado e não apenas focar um único objeto. Podemos exemplificar com o funcionamento do corpo humano. O homem só é eficaz quando todo sistema e órgãos funcionam de forma coordenada, se um órgão falhar, os sistemas ficam comprometidos.

5.2 Análise de dados da pesquisa direcionada aos Adolescentes e Jovens do Programa Saúde na Escola.

As questões direcionadas aos adolescentes e jovens foram desenvolvidas como um referencial para obter uma avaliação sobre a aceitação do programa saúde na escola, pois eles são os autores protagonistas do referido programa. Para alcançar os objetivos traçados pela política pública do Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação para as escolas promotoras de saúde, é pertinente conhecer o interesse da classe que vai ser trabalhada. Tivemos a curiosidade de investigar alguns itens que vem contribuir para uma reflexão no sentido de aprimorar e incentivar a participação de todos, pois a razão de manter educação em saúde na escola é de uma relevância para o futuro da sociedade em relação à qualidade de vida. Podemos observar nas tabelas 2, 3, 4 e gráficos 1, 2, e 3.

TABELA 2: Distribuição da amostra do estudo sobre as práticas pedagógicas de promoção e prevenção da saúde, segundo alunos do ensino fundamental, 8ª série da Unidade Integrada Municipal José Castro, Caxias- MA, 2010.

(N=29)		
VARIÁVEL	F(A)	F(R)
Importância do PSE		
Sim	29	100
Não	00	0,0
Participação em ação educativas do PSE		
Sim	25	86,2
Não	04	13,8
Satisfação com atividades executadas pelo PSE		
Sim	27	93,1
Não	02	6,9
Temas trabalhados pelo PSE		
Alimentação Saudável	13	44,8
Práticas Corporais e Atividades Físicas	12	41,3
Alcoolismo, Tabagismo e outras drogas	20	68,9
Cultura de Paz	07	24,1
Educação sexual, saúde reprodutiva e DST/AIDS	22	75,8
Saúde Bucal	21	72,4
Sugestão de alteração no Conteúdo Programático do PSE		
Sim	01	3,4
Não	28	96,6
Metodologia mais apreciada no PSE		
Aulas Expositivas/ palestras	19	65,5
Aulas participativas	10	34,4
Leitura em grupo	01	3,4
Feiras de ciências	11	37,9
Outros	01	3,4

Fonte: Pesquisa de Campo, 2010.

Percebe-se na tabela 2, que 100% (29) dos adolescentes e Jovens acham importante o programa saúde na escola. Mas, no entanto, 86,2% (25) afirmam ter participado de ações educativas deste programa. Seria importante relacionar os faltosos, para se fazer um questionamento sobre a não participação das práticas pedagógicas. Muitas vezes descobrimos pontos relevantes que necessitem mudança no conteúdo programático.

Evidencia-se que 93,1% (27) encontram-se satisfeitos com as ações promotoras de saúde executadas pelos profissionais do programa saúde na escola. Segundo a opinião dos alunos os temas mais trabalhados pelo PSE, foram a educação sexual, saúde reprodutiva e DST/AIDS, representando 75,8% (22); ficando em segundo lugar, a saúde bucal com 72,4% (21); e em seguida, o alcoolismo, tabagismo e outras drogas com 68,9% (20), alimentação saudável com 44,8% (12); práticas corporais e atividades físicas com 41,3% (12). Nesta questão, o número de resposta ultrapassa a quantidade de sujeitos da pesquisa, devido os alunos terem optado por mais de uma opção.

Pode-se perceber que a maioria dos alunos relacionou as DST/AIDS e a saúde bucal como os temas mais trabalhados no contexto escolar. Isto demonstra que o programa deu mais ênfase a estes temas. Isto devido serem temas mais preconizados pelo Ministério da Saúde, por conta do número de casos notificados pelas unidades básicas de saúde.

Os adolescentes e jovens concordam com o conteúdo programático do programa de saúde na escola, 96,6% (28) sugerem ainda, que não há necessidade de alteração deste conteúdo.

A metodologia mais apreciada pelos adolescentes e jovens do PSE, foram aulas expositivas e palestras com 65,5% (19), sendo que as feiras de ciências também são bem aceitas, apresentando 37,9% (11). Neste item, houve mais de uma resposta por entrevistado. Apesar das palestras conseguirem prender mais o aluno para as práticas promotoras de saúde, o programa está incentivando também as feiras de ciências, para que o aluno tenha uma maior participação e as práticas sejam mais motivadoras, permitindo que eles sejam ativos e dinâmicos, contribuindo na construção do seu próprio conhecimento.

TABELA 3: Distribuição da amostra do estudo conforme a avaliação de saúde dos adolescentes e jovens da 8ª série da Unidade Integrada Municipal José Castro, Caxias- MA, 2010. (N=29)

VARIÁVEL	F (A)	F (R)
Uso de cigarro, bebidas alcoólicas e drogas		
Sim	01	3,4
Não	28	96,6
Realização do exame físico na escola		
Sim	21	72,4
Não	08	27,6
Avaliação de saúde submetido pelo PSE		
Avaliação Clínica Psicossocial	02	6,8
Avaliação Oftalmológica	08	27,5
Avaliação Auditiva	03	10,3
Avaliação Nutricional	12	41,3
Avaliação da Saúde Bucal	23	79,3
Ocorrência de gravidez		
Não é do sexo feminino	09	31
Sim	00	0,0
Não	20	69
Doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS)		
Sim	00	0,0
Não	29	100
Solicitação de caderneta de vacinação durante a consulta		
Sim	19	65,5
Não	10	34,5
Mudanças de hábitos originadas pelo PSE		
Sim	20	69
Não	09	31
Mudanças de hábitos nos participantes originadas pelo PSE		
Higiene bucal	21	72,4
Higiene das mãos	11	37,9
Higiene corporal	13	44,8
Hábitos alimentares	20	68,9
Prevenção das DST/AIDS e gravidez precoce	13	44,8
Prevenção ao álcool, tabaco e outras drogas	11	37,9
Práticas corpóreas e atividades físicas	06	20,6
VARIÁVEL	F (A)	F (R)
Mudanças de hábitos nos participantes originadas pelo PSE		
Promoção da cultura de paz	05	17,2

Fonte: Pesquisa de Campo, 2010.

Observa-se na tabela 3, que 96,6 (28) dos alunos não fazem uso de cigarro, bebidas alcoólicas e drogas. Podemos considerar um dado relevante para a saúde dos alunos desta instituição escolar. Nota-se em dado anterior, que esse assunto ficou como

o terceiro assunto discutido nas práticas promotoras de saúde vivenciadas pelos adolescentes do PSE. Podemos considerar um grande avanço dessa escola no aspecto ao consumo de cigarro, bebidas alcoólicas e drogas. No decorrer do estudo de investigação, durante um diálogo com a gestora escola, ela declarou que fez uma campanha contra o uso de cigarro com os funcionários da escola, com intuito de incentivar os alunos a não fazerem uso deste produto.

Verifica-se que 72,4% (21) dos adolescentes e jovens desta comunidade educativa, participaram dos exames físicos realizados pelo PSE nessa escola. Sendo que avaliação bucal foi um dos exames clínicos mais utilizados pelos os adolescentes e jovens e posteriormente, a avaliação nutricional e oftalmológica. A prática educativa de higiene bucal é bem desenvolvida na escola no sentido de manter um baixo índice de perda prematura de dentes na população infantil, porém, os casos clínicos são encaminhados para a Unidade Básica de Saúde. Gerando assim, um desconforto nos alunos em decorrência da demora no atendimento por causa da demanda dos outros usuários da comunidade da área de abrangência. Neste estudo, os profissionais dentistas afirmam a dificuldade de atendimento ao programa saúde na escola quanto à saúde bucal. Isto porque as instituições não possuem estruturas físicas para realizar atendimento mais complexo no âmbito escolar. As diretrizes nacionais do programa preconizam que na escola seja apenas realizado atendimento de ação preventiva como aplicação de flúor, práticas de escovação e exame clínico para detecção de problemas bucais. Em seguida, os adolescentes e jovens são encaminhados para as Unidades Básicas de saúde para procedimentos mais complexos.

Podemos afirmar que não ocorreu gravidez na adolescência neste grupo de estudo. 69% (20) relataram que não ficaram grávidas e 31% (9) não são do sexo feminino. Afirmaram ainda, que não foram acometidos de DSTS/AIDS. Os temas desenvolvidos na escola em relação das DSTS/AIDS englobam também os temas sobre gravidez na adolescência, como já vimos anteriormente, foi um dos temas mais praticados no decorrer do ano letivo, talvez seja por este motivo, que obtivemos um bom resultado, isto observado nos dados neste estudo.

A caderneta de vacinação é um documento que controla os imunobiológicos administrados nos indivíduos durante a infância, adolescência e na fase adulta. Nota-se que 65,5% (19) desta população afirmaram a solicitação da caderneta de imunobiológicos durante a consulta pelo PSE. A solicitação da caderneta foi um dos métodos que o Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação,

encontrou para manter um maior controle sobre aplicação dos imunobiológicos, no sentido de prevenir algumas doenças transmissíveis.

Em relação às mudanças de hábitos, 69% (20) dos adolescentes confirmam alterações no seu estilo de vida em consequência do programa saúde na escola. Dentre alterações de hábitos, a mais freqüente foi à higiene bucal com 72,4% (21), hábitos alimentares com 68,9% (20), higiene corporal e prevenção das DST/AIDS e gravidez precoce 44,8% (13), higiene das mãos e prevenção ao álcool, tabaco e outras drogas com 37,9% (11). Neste item, houve mais de uma resposta por entrevistado. Estes dados revelam que através das práticas promotoras de saúde na escola, obtivemos mudanças de hábitos no seu cotidiano. Apesar do questionamento na abordagem qualitativa ter comprovado que alguns profissionais de saúde apresentam desmotivação em relação ao desenvolvimento das práticas educativas em saúde, pela mesma equipe que prestam assistência na Unidade Básica de Saúde, vimos que o educando bem orientado, saberá discernir quais os pontos fortes, o que construir na sua aprendizagem, e o que ainda precisa melhorar.

TABELA 4: Distribuição da amostra do estudo conforme relacionamento interpessoal com seus pares, Caxias- MA, 2010.

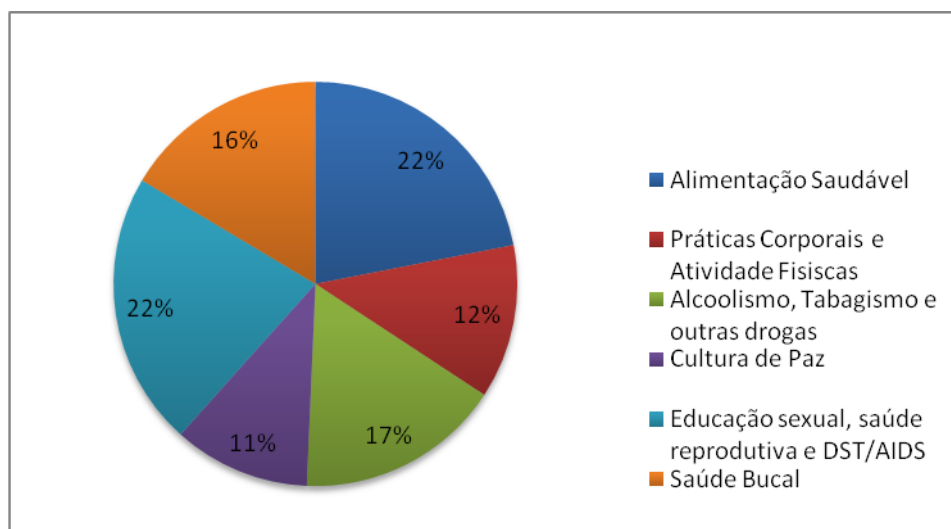
(N=29)		
VARIÁVEL	N	%
Bom relacionamento com seus amigos		
Sim	25	86,2
Não	04	13,8
Situações de violência enfrentadas na escola		
Constrangimento	08	28,0
Preconceito	02	7,0
Discriminação	00	0,0
Agressão	05	17,0
Sem resposta	14	48,0
Principais autores de violência		
Professores	00	0,0
Direção da escola	01	3,4
Alunos	10	34,4
Familiares de alunos	00	0,0
Funcionário da escola	00	0,0
Outras pessoas da comunidade educativa	05	17,2
Sem resposta	13	45

Fonte: Pesquisa de Campo, 2010.

Na tabela 4, observa-se que 93,1% (27) dos adolescentes e jovens mantêm um bom relacionamento com sua família. 86,2% (25) possuem laços de amizades. Sobre violência na escola, evidencia-se que 48% (14) não responderam sobre esse assunto. 28% (8) relatam ter sofrido constrangimento e 17% (5) foram agredidos no seu ambiente escolar. 45% (13) dos adolescentes não responderam quem era o responsável pelo tipo de violência. Os autores responsáveis pelos os demais tipos de violências ficaram com 34,4% (10) para os próprios alunos, 17,2% para outras pessoas da comunidade educativa e 3,4% (1) pela direção da escola.

Estes dados encontrados foram importantes, pois permitiram avaliar sobre o aspecto de violência tanto no lar como na ambiente escolar. Hoje a sociedade vem sofrendo com índice elevado de violência em todos os aspectos. A violência dentro da escola tem crescido em toda parte do mundo. Cada dia ouvimos noticiários sobre esse tipo de violência. O ser humano está perdendo a condição ser livre, a confiança de estar com segurança em qualquer ambiente que deseja. As crianças estão ficando desmotivada em freqüentar as escolas devido às tragédias que acontecem no dia-a-dia. A escola era um ambiente tranqüilo, prazeroso, local de viver situações de aprendizagem para formar um bom cidadão com visão crítica, reflexiva e capaz de desenvolver suas habilidades e competências pessoais. Concordamos com o pensamento de Demarzo & Aquilante (2008), que diz que a escola é considerada um espaço de grande relevância para as práticas de promoção da saúde já que a mesma exerce função na formação de “um cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida”.

GRÁFICO 1: Tema de maior interesse para os alunos no Programa Saúde na Escola. Caxias- MA. (N=29)

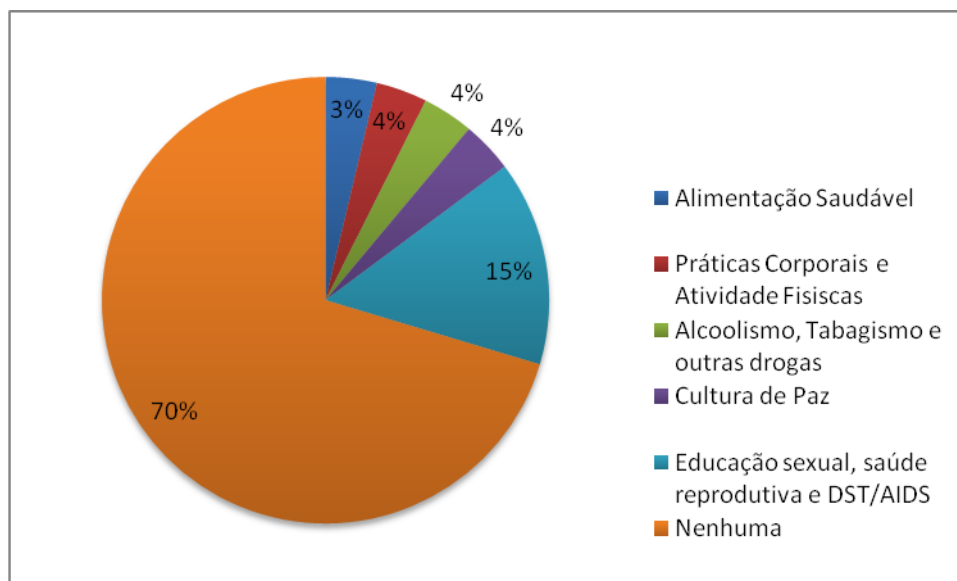


Fonte: Pesquisa de Campo, 2010.

Conforme o gráfico 1, analisamos que os temas de maior interesse pelos os adolescentes e jovens da 8ª série do ensino fundamental, foram alimentação saudável e educação sexual, saúde reprodutiva e DST/AIDS, que obtiveram o mesmo percentual que corresponde a 22%, em seguida com 17% para alcoolismo, tabagismo e outras drogas. 16% saúde bucal, 12% para práticas corporais e atividades físicas e 11% para cultura de paz.

O estudo revela que os adolescentes e jovens optaram pelo temas que o Ministério da Saúde destacou nas suas metas para o Programa Saúde na Escola. Isso devido os elevados indicadores de morbidade e mortalidade da população, ocasionando despesas elevadas para os cofres públicos. Essa conduta nos faz lembrar do início do século XX, onde o processo saúde-doença foi marcado pela sistematização das práticas sanitárias que tinha como foco solucionar os problemas gerados pela a industrialização e pela expansão comercial. (AMORIM et al, 2009). A partir dessa época é que os governantes passaram a se preocupar com as condições de vida de saúde das pessoas que viviam nas capitais e nas cidades portuárias. (MELO, CUNHA & TONINI, 2005). O Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde mudaram seu olhar para promoção, prevenção e atenção à saúde da população, sancionaram a lei 5.692/71 que estabelece nas diretrizes e bases da educação nacional, a introdução no currículo escolar de conteúdos sobre a saúde.

GRÁFICO 2: Tema de menor interesse para os alunos no Programa Saúde na Escola. Caxias- MA. (N=29)

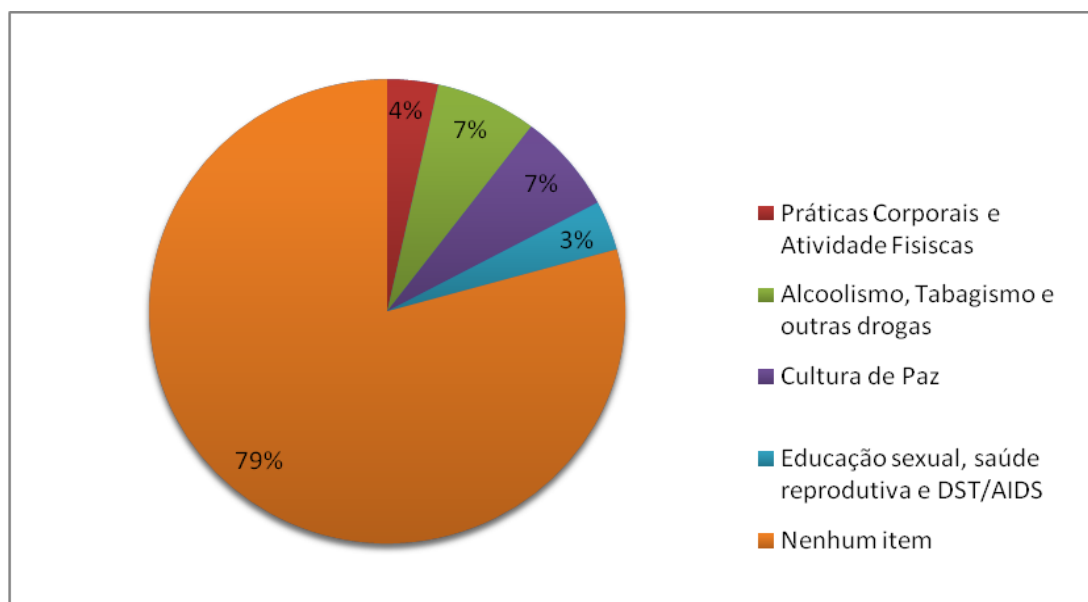


Fonte: Pesquisa de Campo, 2010.

Verifica-se no gráfico 2, que 70% dos adolescentes e jovens não acham que os temas apresentados não sejam de menor interesse. 15% relatam que seja a educação sexual, saúde reprodutiva e DST/AIDS, 4% afirmam que seja cultura de paz, alcoolismo, tabagismo e outras drogas, práticas corporais e atividades físicas e 3% optaram por alimentação saudável.

Em relação a estes dados, o questionamento foi gerado para obter opiniões dos adolescentes sobre os temas aplicados no desenvolvimento das práticas pedagógicas da promoção em saúde. Pois um fator importante no decorrer das ações promotoras de saúde durante ano letivo é dar oportunidade de questionar sobre os interesses dos alunos e de toda comunidade educativa. Percebe-se que a maioria dos alunos deu importância aos temas abordados no programa. Este tipo de avaliação é de suma importância, porque gera uma interação entre os protagonistas responsáveis pela execução das atividades. Isso vai acarretar sucesso na aprendizagem dos sujeitos envolvidos.

GRÁFICO 3: Temas excluídos pelos alunos do conteúdo programático do Programa Saúde na Escola. Caxias- MA. (N=29)



Fonte: Pesquisa de Campo, 2010.

Os dados do gráfico 3, expressam que 79% (23) dos os adolescentes e jovens do programa saúde na escola não excluíam nenhum item do conteúdo programático do programa saúde na escola. Os temas alcoolismo, tabagismo e outras drogas seriam excluídos com 7% (2); cultura de paz com 7% (2); as práticas corporais com 4% (1); educação sexual, saúde reprodutiva e DST/AIDS com 3% (1).

Estes dados denotam-se a importância dos temas trabalhados. Na maioria deles são temas vivenciados na realidade situacional dos adolescentes, principalmente nos que vivem em área de risco, como é o caso desses alunos. Mas, para aqueles assuntos que foram escolhidos pela minoria dos alunos para serem excluídos do conteúdo programático, deverão continuar no projeto pedagógico e trabalhados de formas diferentes.

Estes dados foram importantes, pois permitiram analisar a percepção dos adolescentes e jovens sobre as práticas vivenciadas no programa saúde na escola, dando a oportunidade de expressar suas necessidades e fazer suas reivindicações, demonstrando seus pontos de vista sobre essas práticas.

Portanto, com base neste questionamento, foi realizada a análise do conteúdo, correspondendo à abordagem quantitativa desta investigação com os adolescentes e jovens.

5.2.1 - Análise das categorias encontradas no questionário aplicado aos Adolescentes e Jovens do PSE. (Grupo A).

Esses dados permitiram a organização de sete categorias de análise as quais foram elaboradas a partir das respostas do questionário, por convergência de idéias, têm-se:

Categoria 1: A importância do programa saúde na escola para os adolescentes e jovens;

Esta categoria surgiu a partir do questionamento com os 29 sujeitos sobre a importância do programa saúde na escola. Foram coletadas as seguintes subcategorias:

➤ Subcategoria 1 - Qualidade de Vida:

Percebe-se através dos depoimentos colhidos, que os adolescentes têm consciência da importância do programa saúde na escola em relação à qualidade de vida, valorizando as informações sobre educação em saúde para que assim, possam obter uma boa saúde e manter uma vida saudável.

“Porque nos ajuda a se manter informado sobre a nossa saúde”.

(A-11)

“O programa saúde na escola nos ensina como devemos ter uma vida saudável” **(A-13)**

“Porque vai melhorar nossa vida” **(A-9)**

Nos dias atuais o termo qualidade de vida é bastante utilizado na sociedade, principalmente no âmbito da saúde, apesar de não ser um termo novo. A preocupação da população em manter sua qualidade de vida, talvez esteja relacionada com os elevados índices de doenças crônicas e não transmissíveis a nível mundial.

Na carta de Ottawa constava a definição da promoção da saúde como “um processo de capacitação para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde incluindo uma melhor participação no controle deste processo” (WHO, 1986 apud

MUNK MÁRCIA, 2005, p. 4).

Segundo Nadanovsky apud Dias et al., (200, p. 1), ressalta que a promoção da saúde é uma ação global que tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida das pessoas, levando em consideração a prevenção como uma grande parcela deste movimento.

Demarzo & Aquilante (2006), afirmava que no ano de 2006 o Ministério da Saúde possuía metas para a política nacional de promoção da saúde, com o objetivo de promover qualidade de vida e diminuir a vulnerabilidade e risco à saúde.

Para Minayo, Hartz & Buss (2000, p. 8),

“Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considerada seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e história diferentes, sendo, portanto uma construção social com marca da relatividade.”

Segundo Auquier et al apud Campos & Neto (2008, p. 234), conceitua qualidade de vida como sendo “[...] é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos”.

Demarzo & Aquilante (2008), consideram a escola como um espaço relevante para o desenvolvimento das práticas promotoras de saúde, pois exerce a formação de “um cidadão crítico”, podemos controlar as condições de saúde e sua qualidade de vida.

➤ **Subcategoria 2 - Acesso a saúde:**

Analisando esta subcategoria, os adolescentes e jovens acham que o programa saúde na escola é importante porque facilita o acesso ao serviço de saúde para algumas famílias, principalmente para os alunos cujos pais moram no interior do município, lugar este a qual na maioria das vezes não possui quase nenhum tipo de assistência à saúde. Os depoimentos mostram isso claramente:

“Ele ajuda algumas mães que não tem muito tempo para ir ao hospital ou posto de saúde”(A-27)

“Porque muita gente mora no interior e lá não tem posto de saúde”

(A-1)

“Porque isso facilita a saúde e a vida de muitas crianças” (A-22).

“Através das informações vai facilitar nossa vida” (A-23)

A primeira Conferência Internacional sobre promoção da Saúde gerou a carta de Ottawa que assegurava saúde para todos no ano de 2000. Mas isto ainda não faz parte da nossa realidade e podemos constatar que através das falas dos sujeitos, onde eles expressam uma preocupação com os alunos que moram principalmente em zona rural. Porém, o Sistema Único de Saúde do Brasil preconiza a igualdade no atendimento, onde a universalidade seja de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis.

Noronha & Andrade (2002, p. 6), relatam que “os estudos empíricos existentes para o Brasil sugerem a presença de desigualdade social no acesso aos serviços de saúde”.

Almeida et al (2000), apud Noronha & Andrade (2002, p. 6), afirma que:

“A utilização dos serviços de saúde é bastante desigual entre as classes socioeconômicas, favorecendo as camadas de renda mais elevada. Cerca de 45% dos indivíduos pertencentes ao primeiro quintil e que tem atividades restritas por motivo de doença utilizam os serviços de saúde. (ALMEIDA et al (2000, p. 6).”

Garcia et al 2000, apud Medeiros, Medeiros, Almeida & Padilha, (2004) explica que os programas voltados para prevenção em saúde, são mais efetivos por possuírem baixo custo operacional, favorecendo uma população que tem dificuldade de acesso ao serviço odontológico, tanto público como privado.

➤ **Subcategoria 3 - Mudanças de hábitos:**

Analisando as falas dos sujeitos, constatamos que os alunos afirmam que as ações de promoção da saúde interferem nas mudanças de hábitos deles, pois consideram que as informações sejam importantes para o seu dia-a-dia e fazem com que eles mesmos mantenham uma boa higiene e sejam educados, como também os deixam atentos sobre a prevenção das doenças. Como é observado nos seguintes discursos:

“É muito importante para os jovens no seu dia-a-dia” (A-19)

“Faz com que os alunos tenham uma boa higiene e educação” (A-21)

“O programa alerta os alunos sobre as doenças” (A-17)

Para Batista (2010, p.14), na década de 70 alguns autores já debatiam temas sobre a saúde na escola que favoreciam para os indivíduos adquirir uma vida mais saudável. A lei 5.692/71 das diretrizes e bases da educação nacional introduziu no currículo escolar os conteúdos relacionados à saúde e as questões que deveriam ser trabalhadas com as crianças e adolescentes sobre hábitos saudáveis.

Segundo Iervolino (2000), apud Batista (2010), dentro de uma visão educacional, a promoção à saúde nos leva a refletir sobre a construção de práticas que influenciam na “construção e no desenvolvimento de hábitos saudáveis, de cidadãos responsáveis e conhecedores do direito à saúde, no âmbito político, econômico e social”.

Wanderley et al (1999), apud Dias et al (2004), afirma que a educação é considerada como instrumento de transformação social, isso não levando apenas a educação formal, mas tudo que esteja relacionada com ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e estimule a criatividade.

Segundo Batista (2010), o educador deve participar na orientação das crianças no período escolar sobre os cuidados com higiene corporal e também incentivar o auto cuidado, para com isso manterem uma boa qualidade de vida.

Categoria 2: Parte do programa de maior interesse para os adolescentes e jovens;

Esta categoria teve intuito de levantar um questionamento sobre a parte do programa que os adolescentes e jovens demonstraram maior interesse.

Adotando por base as falas dos adolescentes, originaram-se as subcategorias, que serão apresentadas na análise e interpretadas nas frases temáticas.

➤ Subcategoria 1 - DST/AIDS:

Os depoimentos apresentados nesta subcategoria ressaltam que os adolescentes e jovens consideram que a parte do programa de maior interesse está relacionada com ações que apresentaram temas como prevenção das DST/AIDS, educação sexual, saúde reprodutivas, alimentação saudável e bebidas alcoólicas. Estes temas são preconizados

nos parâmetros curriculares nacionais como temas transversais. O interesse por estes tema pode ser evidenciado nas falas dos sujeitos a seguir:

“Prevenção das DSTs” (A-3)

“... prevenção de DST/AIDS e como usar camisinha” (A-18)

“Ações de educação sexual, saúde reprodutiva e prevenção de DST/AIDS” (A-13)

“Todos são importantes, mas o que se destaca são as doenças sexualmente transmissíveis” (A-16)

“Sexualidade na adolescência, gravidez, alimentação saudável, bebidas alcoólicas e HIV” (A-2)

A escola tem um papel fundamental na transmissão de conhecimento sobre o desenvolvimento da sexualidade dos jovens. Ela deve abrir espaço para discutir temas ligados à sexualidade e à reprodução.

Através da educação sexual é de se esperar uma considerável redução no número de casos de adolescentes e jovens portadores do vírus da AIDS, doenças sexualmente transmissíveis, como também diminuir os casos de gravidez na adolescência.

Estudos demonstram que numa cidade do interior do Estado de São Paulo, quase 1% da população local está infectada com o vírus HIV. São 400 casos notificados numa população de 44 mil habitantes (Ministério de Saúde, 2008).

Santos Júnior (1999, p.223), ressalta que o ambiente escolar seria um local que poderia ser explorado no sentido de dar uma orientação adequada sobre a sexualidade e métodos contraceptivos para os adolescentes. Afirmo ainda que,

“Muitas adolescentes abandonam a escola devido à gravidez, sendo que poucas retornam aos estudos. Dentre as que ainda continuam estudando, a maioria está cursando séries atrasadas, em relação à idade cronológica e muitas abandonam o curso, mesmo antes da gravidez, tendo a 6ª série como limítrofe para o abandono (SANTOS JÚNIOR, 1999, p. 223).”

Para Silva & Tonete, (2006) apud Lage, (2008), afirma que é na “adolescência que o desenvolvimento da sexualidade reveste-se de fundamental importância para o crescimento do indivíduo em direção a sua identidade, determinando sua auto-estima, suas relações afetivas e sua inserção na estrutura social”.

➤ **Subcategoria 2 - Nutrição:**

Nesta subcategoria os alunos enfatizam a importância da nutrição no programa saúde na escola, pois este assunto ensina aos adolescentes e jovens a terem uma contínua e saudável alimentação no dia-a-dia. Conforme se percebe pelos os relatos abaixo:

“Nutrição, porque ensina a ter uma boa alimentação” (A-5)

“Nutrição, pois ensina sobre uma alimentação balanceada, que é importante para o nosso desenvolvimento” (A-21)

Para Batista (2010),

“Prática alimentares e hábitos saudáveis são construídos pelos indivíduos nas relações sociais que se estabelecem em diferentes espaços de convivência e troca de informações. Na infância e adolescência além da família, que é o núcleo privilegiado para a estruturação do comportamento, o ambiente escolar é um espaço extremamente significativo de socialização e, portanto, de práticas alimentares saudáveis (BATISTA, 2010, p.7).”

Para Loureiro (1999), apud Santos (2004, p.1). “Uma dieta saudável, só por si, não dá garantias de boa saúde, mas constitui um contributo fundamental para prolongar a vida, evitar inúmeras doenças e o sofrimento humano que as acompanha”.

A avaliação nutricional é um importante meio para determinar a necessidade de uma conduta alimentar na idade escolar como também em qualquer faixa etária. “A nutrição é reconhecidamente um fator crítico na promoção da saúde e prevenção das doenças. Mesma a má nutrição moderada pode trazer conseqüências tardias no desenvolvimento cognitivo das crianças e no seu rendimento escolar” (MS. 2009).

Observando o estudo de Pelicioni & Pelicioni (2007), relatava que na Idade Média, no Continente Europeu, já salientava sobre a importância da educação em saúde, enfatizando os temas como alimentação adequada, práticas de higiene e prolongadas horas de sono, como medidas para viver mais.

Talvez para que possamos atingir os objetivos da educação em saúde na escola, possamos ouvir os alunos sobre suas convicções sobre as práticas promotoras de saúde e questionar sua importância na vida cotidiana.

Para Toral & Santos (2006), apud Tomasi & Spazzianni (2008, p.2) Vários estudos no Estado de São Paulo afirmam que,

“Crianças e adolescentes têm demonstrado alta prevalência de excesso de peso, associada a uma freqüente inadequação das práticas alimentares. Dessa forma, torna-se urgente à necessidade de intervenções nutricionais direcionadas a essa população. Para isso, as principais estratégias incluem a promoção de um estilo de vida ativo e o estímulo para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, promovendo maior consumo de frutas e hortaliças, restringindo a ingestão de alimentos de alta densidade energéticas ou pobre em nutrientes e fornecendo as informações necessárias para que as próprias crianças e adolescentes sejam capazes de realizar escolhas alimentares saudáveis.”

➤ **Subcategoria 3 - Drogas:**

Nos relatos que seguem, alguns adolescentes e jovens consideram que o tema de maior interesse desenvolvido pelo PSE é a prevenção do uso das drogas, álcool e tabaco. Sabemos que as drogas e o uso de bebidas alcoólicas acompanham a humanidade em toda sua história, porém não existia tanta facilidade ao acesso como existe nos dias atuais, contribuindo assim, para um grave problema de saúde pública, envolvendo toda sociedade. Vejamos:

“... mas o de maior interesse é a prevenção do uso de drogas” (A-9)

“Dois assuntos são importantes: drogas ...” (A-15)

“Prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas” (A-1)

Para Goldfatart (1998), o consumo de tabaco é considerado a porta de entrada para as drogas ilícitas e muitas vezes o uso dele é acompanhado pelo o álcool.

A esse assunto, Marques & Cruz (2000), enfatizam que os métodos tradicionais de abordagem em relação às drogas não diminuem a demanda do seu uso. Na verdade, constatamos que estes métodos educativos relacionados com a intimidação e no princípio que o mundo será livre de drogas, “só fazem afastar-nos das pessoas mais vulnerabilizadas pelo uso de drogas, que são os jovens e as pessoas socialmente excluídas”.

Marques & Cruz (2000, p. 1), afirmam que estudos epidemiológicos “sobre o consumo de álcool e outras drogas entre jovens no mundo e no Brasil mostram que é na passagem da infância para a adolescência que se inicia esse uso”.

Marques & Cruz apontam,

“Estudo realizado em 1997 pelo núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, avaliou 3.139 estudantes da quinta série do primeiro grau à terceira série do segundo grau de escolas públicas, possibilitando comparar as taxas de uso experimental ao longo da vida e nos últimos 30 dias respectivamente, de 77,7% e 19,5% para álcool; 34,9% e 4,6% para tabaco; 9,2% e 2,8% para inalantes; 7,1% e 1,6% para tranqüilizantes; 6,3% e 2,0 para maconha; e 1,9% e 0,6% para cocaína (MARQUES & CRUZ, 2000, p. 2)”.

➤ **Subcategoria 4 - Saúde Bucal:**

Nesta subcategoria destacam-se os depoimentos sobre saúde bucal que foi também, um dos temas escolhidos pelos os adolescentes. O PSE tem valorizado muito as ações preventivas voltadas para higiene bucal no sentido de manter um baixo índice de perda prematura de dentes na população infantil.

“Higiene bucal e proteção contra carie” (A-4)

“Higiene bucal” (A-19)

O programa saúde na escola preconiza que a equipe de saúde bucal realize visitas periódicas às escolas para supervisionar o método de escovação e aplicação de flúor, como também fazer agendamento para atendimento ambulatorial.

Pesquisa publicada pelo o Ministério da Saúde- MS relata que na região do Bico de Papagaio, no norte de Tocantins, na cidade Buriti do Tocantins no ano de 2003, o índice de dentes cariados perdidos e obturados, era de 4,56%, sendo considerado alto em relação à média brasileira e aos padrões estabelecidos pela OMS. Diante dessa problemática, a equipe de Saúde Bucal (ESB) da equipe saúde da família dessa cidade, vem desenvolvendo um trabalho para viabilizar ações voltadas à população de cinco a quatorze anos (MS, 2008).

Morais (1999), apud Dias et al (2004), afirma que é importante a capacitação de professores para atuar como multiplicadores nas ações de saúde em sala de aula. Tendo como finalidade prestar informações corretas e eficientes às crianças sobre educação em saúde e higiene bucal, fazendo com elas sejam aliadas no desenvolvimento dessas ações.

Para Dinelli et al apud Pauleto & Pereira (2003) relata que,

“Desenvolveram programa educativo em saúde bucal, com 90 alunos do ensino fundamental da rede particular da cidade de Araraquara, apoiado na informação e uso de recurso didático-pedagógico: o Robô-Sorriso que transmitia, por gravação em fita cassete, mensagens educacionais às crianças. Pelo estudo, concluíram que houve motivação, assimilação e retenção do conhecimento. Ressaltaram que o bom nível das respostas obtidas nas avaliações realizadas deveu-se, principalmente, às condições socioeconômico-culturais do grupo de estudantes, que pertencia à rede particular de ensino (PAULETO & PEREIRA, 2003, p. 127).”

➤ **Subcategoria 5 - Todos os temas:**

Denota-se frente aos depoimentos selecionados que os sujeitos reconhecem a importância de todos os temas trabalhados pelo o programa saúde na escola. Isto demonstra o nível de entendimento sobre as ações de promoção de saúde que devem ser executadas em toda coletividade para que possamos adquirir e manter um padrão de qualidade de vida em relação à saúde. Como se vê nas falas dos sujeitos:

“Todos, porque são educativos” (A-10)

“Todos, porque agente fica informado sobre a nossa saúde” (A-11)

“... todos são de interesse para o nosso dia-a-dia” (A-5)

“... todos foram de grande interesse, pois nos mantêm bem informados” (A-7)

Para Stefani (2000), apud Santos & Bógus (2007, p. 125),

“Os Temas Transversais assumidos pelos PCNs dão sentido aos procedimentos e aos conceitos próprios das áreas convencionais, superando, assim, o aprender apenas pela necessidade escolar de passar de ano (MEC/SEF,1998)¹¹. O trabalho com esses temas permite a complementação da interdisciplinaridade horizontal do currículo, isto é, a equipe de cada série deve construir seus projetos pedagógicos conjuntamente e com esse novo ânimo. É só por meio do trabalho coletivo que essa desejada integração de conhecimento e atitudes pode ser concretizada na escola.”

Categoria 3: Parte do programa de menor interesse para os adolescentes e jovens.

Nesta categoria obtivemos quatro subcategorias que os alunos destacaram como de menor interesse para serem desenvolvidas como ações promotoras na escola. Constatamos algumas contradições de opiniões entre alguns alunos. Pois na questão anterior alguns deles afirmam que os temas como uso de bebidas alcoólicas e saúde

reprodutiva seriam de maior interesse para serem executados no plano de ação do PSE. Segue relacionados às subcategorias:

“Promoção das práticas corporais e atividades físicas” (A-25)

“Cultura de paz” (A-24)

“Uso de álcool e etc.” (A-4)

“Gravidez na adolescência” (A-6)

“... sobre a gravidez, as mulheres que deveriam ser informada sobre isso” (A-11)

Os temas como promoção das práticas corporais físicas e cultura de paz são importantes na vida dos adolescentes. Diante desses depoimentos, o PSE deve criar estratégias para sensibilizar os alunos sobre os valores desses assuntos na vida cotidiana do cidadão e como a utilização desses temas no decorrer dos dias pode gerar mudanças no seu estilo de vida para melhor.

A prática de atividades físicas regulamentada está comprovada em alguns estudos que é responsável pelo equilíbrio das condições de saúde de um indivíduo. Farias Júnior & Lopes (2004), realizaram um estudo no município de Florianópolis (SC) com 1.107 adolescentes do ensino médio em escolas públicas e privadas. Estudo destinava a descrever a prevalência de comportamentos de risco relacionados com a saúde (CRS). Constatou que 65,7% os adolescentes com faixa etária de 15 a 18 anos apresentaram níveis insuficientes de atividade física.

Segundo Brasil (2007d) apud Viana (2010, p.75),

“A promoção da atividade física também é uma das importantes ações propostas no Programa Saúde na Escola como forma de promover uma prática inclusiva e não competitiva no ambiente escolar, esclarecendo os educandos não apenas a respeito da relevância de adotar hábitos saudáveis, mas também da importância da reflexão sobre a lealdade, determinação, respeito às regras e o trabalho em equipe. O Programa Saúde na Escola refere-se à necessidade de que esta linha de ação esteja articulada aos demais programas de governo a ele relacionados como a Escola Aberta, o Mais Educação, Segundo Tempo e Esportes e Lazer na Cidade.”

Em relação à cultura de paz deve ser enfatizada dentro da escola não procurando mostrar a violência em que a sociedade enfrenta nos dias atuais, mas assim trabalhar ações que valorize cada vez mais a promoção de cultura de paz em nossas vidas.

Para Meiguins [s.d] apud Costa (2009, p.76), define paz como sendo:

“A paz não é uma atitude passiva, nem estagnada, que tudo aceita sem reclamar. Ao mesmo tempo em que é definida pela ausência da violência, a paz necessita de condições objetivas e subjetivas para existir. Se por um lado a paz nasce dentro de cada pessoa, a mesma paz precisa ser construída e estendida para todas as relações sociais de modo a garantir uma vida com dignidade para todos. A paz de “dentro se articula com a paz de fora”. A partir da união entre as pessoas organizações, governo, empresas vão se formando as tramas. E a paz se transforma em rede.”

Categoria 4: Tema de inclusão no conteúdo programático do programa saúde na escola:

Nesta categoria foram relacionadas quatro subcategorias. Na primeira subcategoria relata que um grupo de alunos não optou por nenhum tema na inclusão para o conteúdo programático do projeto político pedagógico do PSE. Eles afirmam que o conteúdo programático contém todos os assuntos importantes para promoção da saúde. Na segunda, eles solicitam que o tema gravidez na adolescência seja mais enfatizado, devido, o número elevado de gravidez na adolescência, como também, o início precoce da sexualidade. Apesar de alguns considerarem este assunto como de menor interesse. Já a terceira sugere que sejam implantadas ações que discutam a problemática de leis de trânsito. Esse assunto é extremamente importante nos dias atuais, por conta da elevada mortalidade por acidentes relacionados ao trânsito. Na última subcategoria os alunos desejam que seja discutida a questão da higiene escolar. Assim, estão abaixo discriminadas as quatro subcategorias e as falas dos sujeitos.

➤ Subcategoria 1- Nenhum tema:

“Nenhum tema, porque o conteúdo programático está muito bom”

(A-7)

“Nenhum, porque todos os assuntos estão no programa da saúde”

(A-8)

“... todos os conteúdos importantes para saúde já estão no programa”

(A-23)

Como vimos nas falas dos sujeitos, eles demonstram satisfação com os temas abordados no conteúdo programático utilizado pelo o programa saúde na escola.

➤ **Subcategoria 2- Gravidez na adolescência e puberdade:**

“Falar mais de gravidez na adolescência, pois é um fato que está sendo cada vez mais difícil de lidar. Os jovens fazem relação sexual mais cedo e pode ter uma gravidez indesejável” (A-22)

“A gravidez na adolescência, pois é uma realidade que estamos vivendo, muitas meninas estão engravidando na juventude, por isso é um tema de grande polêmica” (A-22)

“O tema puberdade, porque tem muitos jovens desenhados”
(A-24)

Alencar et al., (2008), afirma que a sexualidade é um assunto comum entre os estudiosos, porém tanto os educadores como os pais dos alunos sentem dificuldade em trabalhar esse assunto. Sabemos que é um tema bastante difícil, mas os multiprofissionais devem encontrar estratégias de trabalhar sem causar constrangimento para ambos. Observando as falas dos sujeitos eles querem que esse assunto seja mais discutido na escola.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais recomendam que a sexualidade seja desenvolvida na escola no sentido de cumprir sua função social, envolvendo os problemas sociais. Nas falas dos alunos percebem suas preocupações com as consequências da falta de informação sobre esse tema.

Para Ballone [s.d],

“No Brasil a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, número que representa três vezes mais garotas com menos de 15 anos grávidas que na década de 70, engravidam hoje em dia. A grande maioria dessas adolescentes não tem condições financeiras nem emocionais para assumir a maternidade e, por causa de repressão familiar, muitas delas fogem de casa e quase todas abandonam os estudos (BALLONE, [s.d], p.1).”

Segundo Ballone (s.d), a puberdade é a fase que inicia a vida reprodutiva da mulher. Tendo como características as mudanças fisiológicas corporais e também as psicológicas das adolescências.

➤ **Subcategoria 3- Leis de trânsito:**

Nessa subcategoria, destaca-se um depoimento sobre as leis de trânsito. Esse tema deveria ser incluído no conteúdo do projeto político pedagógico. Pois algumas

peessoas não levam muito a sério esse assunto, que é extremamente importante no nosso dia-a-dia. Atualmente, os índices de acidentes de trânsito são bastante elevados, provocando mortalidade na sua maioria das vezes que os mesmos ocorrem.

“Leis de trânsito” (A-17);

Para Mello Jorge; Gawryszewski; Latorre, (1997, apud Ramos, 2008, p.16), observa-se que nos últimos anos, “os acidentes de transportes estão sendo responsáveis por um número cada vez maior de mortes, bem como pelo aumento da mortalidade entre as vítimas, em praticamente todos os países de mundo”.

➤ **Subcategoria 4- Higiene Escolar:**

A fala sugere que seja incluído no conteúdo programático do PSE o tema higiene escolar. Realmente esse assunto deveria ser bem trabalhado nas ações de promoção da saúde do programa. Pois os alunos iriam compreender melhor os preceitos sobre a higiene ambiental pública, privada, como seu próprio domicílio e a sua higiene corporal, e com isso prevenir algumas doenças relacionada com a falta de higiene no cotidiano.

“Eu acho que seria importante mais sobre higiene na escola” (A-23)

Para Pykosz,

“Higienizar por meio da educação, essa era a palavra de ordem desde meados do século XIX para a educação no Brasil. A higiene passava a fazer parte das falas de diferentes intelectuais, fossem médicos, educadores, sanitaristas, higienistas, engenheiros, religiosos, que centravam esforços em difundir as idéias médicas para o interior das escolas (PYKOSZ, 2007, p.16).”

Categoria 5: Tema de exclusão do conteúdo programático do programa saúde na escola:

Nesta categoria as falas dos alunos apontam os temas que deveriam ser excluídos do conteúdo programático do PSE. Segundo eles, são: a prevenção do uso de álcool, tabaco e drogas, ações de educação sexual e promoção das práticas corporais.

Alguns destes temas, como educação sexual, drogas e uso de álcool, foram escolhidos também, como temas de maior interesse do conteúdo das ações de promoção do PSE na categoria 3. Enquanto, outros grupos afirmam que não excluiria nenhum tema, pois todos são importantes e abordados de acordo com suas vivências. Estas falas devem ser consideradas pelo PSE, como uma ação reflexiva e críticas de como esses temas estão sendo e ao mesmo tempo deverão ser trabalhados.

“Prevenção do uso de álcool, tabaco e drogas” (A-1)

“O conteúdo sobre as drogas e bebidas alcoólicas” (A-4)

“Ações de educação sexual” (A-17)

“Promoção das práticas corporais” (A-13)

“Nenhum, porque todos ensinam informações que irão nos ajudar no futuro” (A-5)

“Eu não excluiria nenhum, pois todos eles são importantes” (A-9)

“Nenhum, todos são abordados de acordo com o que estamos vivenciando hoje na nossa vida” (A-22)

Para Oliveira (2003); Pedroso (2003) apud Carvalho (2008, p.19), os temas de promoção de saúde trabalhados na escola, “significa abordar questões relevantes à qualidade de vida e criar debates sobre fatores desfavoráveis à saúde existentes na realidade dos alunos e da comunidade escolar”.

Categoria 6: Opinião dos adolescentes e jovens sobre os materiais didáticos utilizados pelo programa saúde na escola;

Observando os relatos nesta categoria, constatamos que os alunos estão bastante satisfeitos com o material didático utilizado nas ações de promoção da saúde pelo o PSE. Na opinião deles, o material facilita a aprendizagem como também, visualiza imagens de pessoas que foram acometidos por algum tipo de alteração no estado de saúde. Outro fato, bastante vantajoso do material didático é que os alunos podem ser multiplicadores na promoção da saúde através do material adquirido. Conforme esse contexto, temos as seguintes opiniões.

“Estou satisfeito, porque usaram vários materiais, inclusive filme”

(A-25)

“Usaram materiais que chamaram nossa atenção” **(A-24)**

“Gostei, porque ajudou a entender o assunto” **(A-17)**

“Achei muito bom, porque podemos visualizar as imagens de pessoas que não cuidou da sua saúde” **(A-16)**

“Os cartazes demonstram melhor” **(A-13)**

“São de boa qualidade” **(A-19)**

“Porque agente pode aguardar o folheto e passar para alguém” **(A-8)**

“Eu gostei, pois facilita ainda mais o nosso entendimento” **(A-22)**

“Porque podemos vê o que acontece com a nossa sociedade” **(A-18)**

Pelas as opiniões expressas, observamos que os alunos tiveram opiniões unânimes sobre o material didático utilizados nas práticas promotoras de saúde na escola. Porque facilitam tanto a aprendizagem, como eles podem ser multiplicadores das informações de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Categoria 7: Participação da família em atividades pelo programa saúde na escola:

Analisando as falas dos sujeitos nesta categoria, observa-se que a família teve pouca participação nas atividades desenvolvidas no programa saúde na escola. Segundo eles a família não tem tempo para participar de atividades no âmbito escolar, devido à falta de tempo. Outros alegam que faltou convite aos pais para que houvesse essa interação entre o ambiente escolar e a família. Conforme esse contexto segue os depoimentos:

“Não participou porque estavam trabalhando e não tem tempo” **(A-5)**

“Porque não deu pra eles irem” **(A-8)**

“Porque não tiveram oportunidades” **(A-14)**

“Porque nunca chamaram” **(A-18)**

“Não ouvir nenhuma propaganda para família” **(A-23)**

Do ponto de vista de Comer & Haynes (1991), apud Fraiman (1997, p. 33), afirmam que,

“A participação dos pais na educação é essencial para o desenvolvimento escolar de seus filhos. Para estes autores, é a família que promove o suporte social, cultural e emocional das crianças. Assim sendo, as escolas deveriam criar condições e oportunidades para que os alunos tenham interações positivas com os adultos que os criam de forma a melhorar suas experiências em casa, o que beneficiaria as atividades realizadas na escola.”

5.3 - Análise das categorias encontradas no questionário aplicado aos professores da 8ª série do ensino fundamental sobre o PSE, que corresponde ao grupo B da comunidade educativa.

A escolha deste grupo da comunidade educativa para a mostra deste estudo teve uma participação relevante para fundamentar a opinião dos adolescentes e jovens sobre o funcionamento do programa saúde na escola. Pois sem a participação deste grupo o resultado desta avaliação talvez não fosse tão precisa. Assim, ouvindo todos os sujeitos envolvidos neste programa, possamos concluir uma avaliação onde se identifique os fatores que impliquem nas vantagens e desvantagens do programa.

Através do questionamento realizado com este grupo, foram obtidas seis categorias, que assim se segue:

Categoria 1: Formação em educação permanente em saúde para execução das políticas públicas do programa saúde na escola.

Observando os depoimentos dos sujeitos abaixo, constatamos que a maioria dos professores não participou na formação de educação permanente em saúde para a implantação do programa saúde na escola. A formação em saúde foi apenas para alguns professores.

“Não, mas tive informação da existência dessa formação” **(P-1)**

“O núcleo do projeto programa saúde na escola, não inseriu todos os professores” **(P-4)**

“Não, sei da grande importância que tem essa formação, mas espero que um dia isso venha acontecer” **(P-5)**

Como foi evidenciado nas falas dos sujeitos, vimos que eles não participaram, mas demonstram interesse.

Para Abegg & Calíde (1999) apud Dias et al (2004), ressaltam que a forma mais eficiente de trabalhar a educação em saúde na escola é através do trabalho em equipe, professores juntamente com os profissionais de saúde.

Segundo Freire (1996), em relação à formação permanente dos professores, ressalta que o fundamental é a reflexão crítica sobre a prática, pois é pensando criticamente que melhora a prática de amanhã.

Categoria 2: Conhecimento sobre as estratégias gerais de operacionalização das ações de promoção do programa saúde na escola.

Nesta categoria, aponta que os professores não obtiveram conhecimentos sobre as estratégias de operacionalização das ações do programa saúde na escola. Segundo eles, as informações foram repassadas apenas para um único professor e para o diretor da instituição escolar. Podemos observar nas falas que se seguem.

“Não tive nenhum conhecimento à respeito do programa, foi escolhido apenas um professor da escola para receber as informações necessárias, o mesmo não repassou porque mudou de município”(P-4)

“Não, as informações referentes às ações de promoção do programa saúde na escola, couberam apenas a direção da escola” (P-6)

Categoria 3: Opinião dos profissionais sobre concordar total ou parcialmente com as estratégias preconizadas pelas políticas públicas do PSE.

Observando os depoimentos dos professores, vimos que eles concordam parcialmente com as estratégias do programa saúde na escola implantada na instituição em que eles executam suas atividades profissionais. Eles afirmam que não receberam informações sobre essas estratégias e também, falta o envolvimento ativo do professor nas ações de promoção da saúde.

“Concordo parcialmente, o que falta é trazer essas informações para mais próximo do professor...” (P-2)

“Concordo parcialmente, pois ainda não existe uma participação ativa do professor” (P-3)

No ponto de vista para Pereira, Penteado, Bydlowski, Elmor & Grazzelli, (2003, p. 30-31),

“Na escola, o professor é um trabalhador que assume um papel de destaque e bastante complexidade, pois exerce uma atividade de natureza pública de dimensão coletiva e pessoal. O professor é quem estabelece relações sociais e vínculos diretos com os alunos, as famílias e a comunidade. É um agente formador que contribui para o desenvolvimento das pessoas e dos grupos sociais, sendo, portanto, um ator social importante para promoção da saúde na escola. Sua função implica confronto de diferenças, autonomia e responsabilidade num trabalho teórico-prático, intelectual, técnico, administrativo e político, que demanda desenvolvimento pessoal e profissional permanente, docência e produção de conhecimento com a participação na comunidade”.

Categoria 4: Dificuldades enfrentadas para execução das práticas promotoras de saúde pelo programa saúde na escola e avaliação das condições de saúde dos adolescentes e jovens.

Percebe-se nas falas dos sujeitos, que a dificuldade enfrentada para execução das práticas promotoras e avaliação das condições de saúde dos alunos, deve-se à ausência de informação sobre o educando por parte da família. Os professores concordam que a família deveria ser incluída na execução de algumas ações promotoras de saúde realizada na escola.

“A falta de colaboração da família na execução das ações sugeridas pelo o projeto” **(P-1)**

“Acesso as informações pertinentes a saúde dos alunos que devem ser fornecidas pela família” **(P-3)**

“A falta da avaliação periódica dos jovens e adolescentes bem como a falta de informação da família” **(P-7)**

“Ausência da família como acompanhamento e compromisso para o fortalecimento do programa” **(P-9)**

Sobre este assunto, os autores Chechia & Andrade (2002),

“A importância da participação dos pais na vida escolar dos filhos tem apresentado um papel importante no desempenho escolar. O diálogo entre a família e a escola, tende a colaborar para um equilíbrio no desempenho escolar, o que é possível considerar que a criança e os pais trazem consigo uma ligação íntima com o desempenho. O tema sobre participação dos pais na vida escolar dos filhos tem sido tratado sob um enfoque multidisciplinar (CHECHIA, V.A; ANDRADE, A. S. 2002, p.1).”

Categoria 5: Espaço Escolar.

Os professores relatam nesta categoria, que o espaço escolar deixa a desejar. Pois falta espaço físico para execução de atividade de saúde tipo consultas. Afirmam que está adequado apenas para desenvolver atividades como palestras.

“A escola não tem um espaço específico para o desenvolvimento das ações de saúde” (P-1)

“Precisa-se de um espaço mais adequado para e realização das consultas” (P-9)

“A escola possui espaço físico adequado apenas para oferecer palestras” (P-7)

Matos ([s.d]), afirma que o espaço físico é muito importante para o corpo discente, pois será “cenário diário de estudo, discussões, debates, reflexões, convívios sociais e lazer”.

Segundo o mesmo autor, refere que no espaço físico,

“Há um potencial para criar vínculos afetivos e possibilitar um ambiente facilitador para o desenvolvimento social, além de estabelecer ou restabelecer valores como preservação e valorização de um espaço público (MATOS, [s.d]).”

Categoria 6: Satisfação com o programa.

Os sujeitos demonstraram em suas respostas, que estão satisfeitos com o programa saúde na escola, implantado na Instituição que trabalha. Pois a partir de sua implantação tiveram algumas mudanças na saúde dos educandos. Porém, dizem que falta uma maior integração do programa com os discentes e docentes em relação às ações de promoção em saúde.

“Sim, porque a partir da implantação do PSE, a escola sente-se amparada e com mais segurança acerca do bem-estar dos seus educandos” (P-1)

“Sim, porque tem contribuído para o esclarecimento dos alunos em relação a alguns temas sobre saúde, de modo tem ajudado na melhoria da saúde dos alunos” (P-4)

“... Faltam mais integrações, ou seja, uma parceria entre o programa, alunos e docentes, pois o docente está ligado diretamente com os alunos em sala de aula” (P-2)

5.4 - Análise das categorias encontradas no questionário aplicado aos profissionais da saúde sobre o PSE, que corresponde ao grupo C.

Esta categoria corresponde às falas dos sujeitos da equipe saúde da família que são responsáveis diretamente pela execução das ações promotoras de saúde dentro do âmbito escolar e na unidade básica de saúde (UBS) do bairro da instituição escolar. Têm-se as seguintes categorias:

Categoria 1: Formação em educação permanente em saúde para execução das políticas públicas do programa saúde na escola.

Nesta categoria, destacam-se alguns depoimentos dos profissionais de saúde sobre a formação em educação permanente em saúde para execução das políticas públicas do programa saúde na escola.

“Recebemos algumas explicações dadas pela enfermeira” (ACS-1)

Até agora não foi executada nenhuma formação ou treinamento do programa saúde na escola” (ACS-3)

“Houve só um mini-curso de orientação por parte do enfermeiro”(ACS-5)

“Participei de uma capacitação oferecida pela Secretaria de Saúde Estadual, só que o PSE já havia sido implantado no município e algumas ações desenvolvidas” (E-2)

“Estou aguardando iniciativa por parte dos gestores e outros órgãos em oferecer essa formação” (E-2)

Categoria 2: Conhecimento sobre as estratégias gerais de operacionalização das ações de promoção do programa saúde na escola.

Observamos nesta categoria que os profissionais não receberam informações sobre as estratégias de operacionalização das ações de promoção de saúde para o programa saúde na escola por parte dos responsáveis pela implantação do programa. Os relatos demonstram que os ACS e o médico foram informados pela enfermeira. Um dos dentistas obteve conhecimento através de informações repassadas na universidade quando era acadêmica e uma enfermeira teve conhecimento através da internet. Apenas uma enfermeira do PSE recebeu treinamento sobre as estratégias gerais de

operacionalização do programa saúde na escola, através do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Podemos constatar nas seguintes falas:

“A enfermeira nos repassou as ações que seriam executadas na escola”
(ACS-3)

“Fomos orientados como operar as balanças, aparelhos de pressão e ficha de cadastro” (ACS-5)

“Desde quando fazia o curso de odontologia no ano de 2005” (D-2)

“Através de pesquisa na internet e de material fornecido pelo Ministério da Saúde - MS e reuniões locais de divulgação e implantação desse programa” (E-1)

“Obtive através da participação do I seminário em Teresina-PI, desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (ME)” (E-2)

“Fui informado pela enfermeira que participou do seminário sobre o PSE” (M-1)

Categoria 3: Opinião dos profissionais sobre concordar total ou parcialmente com as estratégias preconizadas pelas políticas públicas do PSE.

Analisando estas falas, podemos averiguar que alguns profissionais concordam parcialmente com as estratégias preconizadas pelas políticas públicas do PSE. Na opinião de alguns profissionais da saúde, as equipes destinadas a desenvolver as ações de promoção de saúde pelo PSE deveriam ser específicas para isso. Segundo eles, a equipe de estratégia da família não tem condições de prestar assistência na UBS e prestar educação em saúde no âmbito escolar. Enquanto, outros profissionais acham que é da responsabilidade deles prestar assistência na escola, porque faz parte da sua área de abrangência para o atendimento com a comunidade.

“Concordo totalmente, pois as estratégias se encaixam dentro das políticas de saúde que a escola precisa” (ACS-5)

“Totalmente, pois o programa nos permite o acesso à escola, assim tem maior conhecimento do problema existente” (ACS-6)

“Concordo parcialmente, pois as necessidades dos alunos vão além de consulta de enfermagem e odontológica” (ACS-8)

“Parcialmente, acho que deveria ter uma equipe específica para a saúde na escola, pois não iremos atingir os objetivos dessa forma, pois nem a comunidade do bairro consegue atingir o objetivo que é prevenir e tratar” (D-2)

“Concordo parcialmente, o PSE merece mais envolvimento de profissionais e motivação desses profissionais em trabalhar e fornecimento de recursos para a realização das ações. O que seria bom fosse criado equipe isolada que atendesse apenas o programa...”(E-1)

“.... totalmente, pois sabemos que as estratégias preconizadas pelo PSE, não é nada mais do que a nossa obrigação como profissionais da saúde....” (E-2)

“Acho que deveria ter uma equipe própria para atender somente na escola” (ASB-1)

Figueiredo (2005), diz que compete aos multiprofissionais mapear o território de abrangência e identificar os problemas relacionados com a saúde e os riscos da comunidade. Desenvolvendo estratégias no processo saúde/doença englobando ações educativas intersetoriais.

Para Mattos (2000), a equipe que executa práticas promotoras de saúde na escola, deveria ser somente profissional de saúde, podendo incluir profissionais de outras áreas como o professor. Neste exemplo, seria educadores com visão de integralidade e que veja a escola como um coletivo. Nesse sentido, poderá ser grande parceiro no desenvolvimento das ações educativas.

Segundo Santos & Bógus (2007), relata no seu estudo, em relação à da assistência à saúde na escola que:

“Percebe-se certo saudosismo referente à época em que profissionais da saúde, principalmente médicos e dentistas, faziam parte do contexto escolar, com atendimento específico, mas, de acordo com VIII Conferência Nacional de Saúde, alguns rompimentos importantes aconteceram no setor saúde e um novo cenário surgiu: a Unidade Básica de Saúde passou a ser o local determinado e apropriado para a assistência à saúde de crianças e adolescentes (SANTOS & BÓGUS, 2007, p.130).”

Categoria 4: Dificuldades enfrentadas para execução das práticas promotoras de saúde pelo programa saúde na escola.

Para os profissionais de saúde as dificuldades enfrentadas para execução das práticas promotoras de saúde na escola são diversas, alguns relatam que o problema é devido à falta de frequência dos alunos na escola, assim dificultando o acompanhamento e a própria execução das atividades. Outros acham que o espaço escolar não está adequado para atender todas as necessidades dos alunos, principalmente o atendimento bucal. O profissional médico esclarece que ao sair da Unidade Básica de

Saúde (UBS) para atender os alunos na escola, as pessoas da comunidade não se beneficiam do atendimento médico na unidade.

“A dificuldade é devido à falta de presença dos alunos em freqüentar as aulas, com isso precisamos voltar mais vezes na escola” (ACS-)

“Na maioria nenhum problema foi encontrado, às vezes temos problemas com as faltas dos alunos” (ACS-6)

“No começo alguns alunos recusavam participar, outras vezes faltavam na escola” (ACS-7)

“A dificuldade é que avaliação das condições de saúde bucal dos educandos é realizada no ambiente escolar, porém após avaliação foi constatado que a grande maioria das crianças necessita de tratamento invasivo, que não pode ser realizado na escola, a falta do consultório dentro das escolas é uma dificuldade que deve ser avaliada pelo o projeto” (D-1)

“Além da questão de alguns alunos faltarem muito na escola, o que dificulta um pouco esse trabalho, é a questão de omissão por parte desses educando” (ACS-8)

“Falta de recursos e motivação dos profissionais” (E-1)

“A falta de compromisso por parte de alguns professores em colaborar com o processo” (E-2)

“A grande dificuldade é ter que sair da UBS para atender os alunos na escola, pois nesse momento deixo de atender a população, normalmente espero que os alunos sejam encaminhados para a unidade” (M-1)

Silva (2000), afirma que,

“Escolas Promotoras de Saúde se traduz, assim pelo compromisso e pela capacidade que a escola, a comunidade e os serviços de saúde têm de desenvolver parcerias e otimizar recursos locais em ação integrada e articulada para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a vida, o estímulo e atitudes e práticas de promoção da saúde e a construção de ambiente favoráveis à saúde. Essa postura deve estimular a participação de todos os atores e setores, com suas contribuições e conhecimentos, possibilitando estabelecer a escola como pólo irradiador das ações de promoção da saúde e educação na comunidade; deste modo, a relação saudável de interseção das políticas de saúde e educação valorizará a escola como cenário estratégico para uma cidade mais saudável (SILVA, 2000, p. 15)”.

Categoria 5: Espaço Escolar.

Nesta categoria, os sujeitos falam sobre adequação do espaço escolar para desenvolver as práticas promotoras de saúde. Segundo os ACS o espaço é adequado

para realizações das ações em saúde, porém sentem a necessidade de uma sala específica para o PSE. Enquanto os dentistas acham que o espaço não é suficiente para atendimento em saúde bucal. A enfermeira também concorda que o espaço é adequado para ações educativas tipo palestras, mas para outras atividades a escola não oferece um espaço ideal.

“O espaço contribui para realizações das ações de promoção à saúde”
(ACS-3)

“O espaço escolar permite desempenhar nosso trabalho com perfeição”
(ACS-6)

“O espaço é adequado, mais falta uma sala para o PSE” (ACS- 1)

“A escola disponibiliza as salas para a realização das ações....”(ACS-8)

“O espaço não é adequado para desenvolver ações em promoção de saúde bucal” (D-1)

“Acho que deveria ter planejado melhor o espaço para desenvolver ações de saúde bucal” (D-2)

“Está adequado para o desenvolvimento de ações educativas como palestras, para executar outras ações, não” (E-1)

Categoria 6: Temas abordados.

Os profissionais de saúde afirmam nos seus depoimentos que os temas trabalhados no programa saúde na escola, foram conforme as necessidades dos alunos e da comunidade, como também obedecido o conteúdo programático do projeto político pedagógico. Alguns apontam que na elaboração dos temas a serem trabalhados, tiveram a participação dos professores. Vejamos nos depoimentos:

“Os temas foram elaborados de acordo com a necessidade da escola e dos alunos”(ACS-1)

“Foram baseados conforme o projeto político pedagógico que trabalhou na comunidade e na escola tais temas: sexualidade, DST, gravidez na adolescência e outros” (ACS-2)

“Os tema foram elaborados junto com os professores e profissionais da saúde e com a comunidade” (ACS-3)

“Houve uma reunião com a comunidade educativa para saber os temas que deveriam ser abordados” (ACS-5)

“Cada tema até agora, visa corrigir os problemas enfrentados na escola” (ACS-6)

“... não sei afirmar 100%, mas sei que o grupo de trabalho intersetorial participou desse processo” **(E-2)**

“Os temas foram ministrados conforme o projeto político pedagógico, mas existem situações que não sabemos como lidar” **(E-1)**

Categoria 7: Acolhimento do PSE pela comunidade escolar.

Esta categoria dispõe sobre o acolhimento do programa saúde na escola pela comunidade escolar. Os profissionais de saúde relatam que foram bem aceitos pela comunidade educativa. Porém, um dos dentistas afirma que algumas pessoas da comunidade escolar não acreditam que a Unidade Básica de Saúde (UBS) seja capaz de prestar assistências aos alunos. Podemos observar nas falas que se seguem:

“A comunidade escolar acolheu o programa de forma positiva”

(ACS-8)

“Fomos bem recepcionados por todos, não tivemos problemas”

(ACS-6)

“... porque todos estão trabalhando em função de atender os alunos, que precisam de ajuda e orientação em educação em saúde” **(ACS-3)**

“Fomos bem acolhidas, mas algumas pessoas não acreditam que a UBS não seja capaz de dar tratamento a essas crianças” **(D-2)**

“Até o momento fomos muito bem recebidos na unidade escolar” **(E-2)**

Para Neves & Rollo (2006),

“O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política construtiva dos modos de produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (NEVES & ROLLO, 2006, p.7).”

Dentro desse contexto, Merhy et al., (1994) apud Ramos & Lima (2003, p.28), diz que o “acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários”.

Categoria 8: Participação da família e da comunidade educativa nas ações do PSE.

Através das falas dos profissionais de saúde, podemos observar que os pais participam na maioria das vezes das atividades do programa saúde na escola, quando a enfermeira faz uma convocação. Eles participam principalmente nas ações como palestras sobre saúde bucal e alimentação, conforme foi dito pelo o agente comunitário de saúde.

“Sim, em todas as atividades em que é solicitada a presença da família e da comunidade, eles se fazem presentes” (ACS- 8)

“Todos abraçam essa grande ajuda” (ACS-7)

“A maioria das vezes, eles participam das atividades realizadas na escola” (ACS-3)

“Nas atividades como palestras sobre higiene bucal e alimentação” (ACS-2)

“Os pais participam, quando a enfermeira da UBS convoca para uma reunião explicando com são executadas as ações” (D-2)

Pedroso (2000), afirma que,

“O envolvimento das famílias é de fundamental importância, tanto no processo de ensino-aprendizagem como na busca de soluções para os problemas sociais urgentes com os quais a escola se depara (sexualidade, saúde mental, uso e abuso de drogas, violência e outros). Esse envolvimento precisa se entender ao entorno da escola, não apenas para resolver problemas, mas também para que a escola e o serviço de saúde se integrem à comunidade (PEDROSO, 2000, p. 30)”.

Categoria 9: Participação dos profissionais na avaliação das condições de saúde dos adolescentes e jovens.

Analisando as falas desta categoria, constatamos que os profissionais de saúde realizam periodicamente diversas práticas promotoras de saúde no âmbito escolar. Apenas o profissional médico é que executa seus atendimentos na Unidade Básica de Saúde conforme os encaminhamentos pelos outros profissionais.

“Verificamos peso, pressão arterial, mensuração, atendimento odontológico, enfermagem e médico” (ACS-1)

“Participamos dessa ação verificando a pressão arterial, encaminhando os alunos para a consulta de enfermagem, odontológica e também para palestras educativas” **(ACS-6)**

“Realizamos palestras sobre higiene dental e aplicação tópica de flúor” **(ASB-1)**

“Periodicamente, fazemos avaliação da saúde dos adolescentes e jovens na escola, realizando exames clínicos bucais e registrando na ficha escolar de cada aluno” **(D-1)**

“Executamos preenchimento da ficha clínica, levantamento da necessidade de saúde bucal e palestras” **(D-2)**

“A nossa equipe realiza avaliação através do peso, medidas antropométricas, escovação dental, aplicação de flúor, consultas de enfermagem, consultas odontológicas, encaminhamento, solicitação de exames, imunização e atividades educativas” **(E-2)**

“Atendo os alunos do PSE na unidade básica de saúde que necessitam de atendimento médico e que foram encaminhados pelos os profissionais que fazem atendimento na escola” **(M-1)**

Conforme as ações de promoção da saúde escolar para avaliação das condições de saúde da criança, adolescentes e jovens que freqüentam a escola, devem ser estruturadas de tal forma que realize um levantamento da história clínica e também exame físico completo com intuito de identificar problemas agudos e crônicos. Estas avaliações devem ser realizadas preferencialmente pelos os profissionais de nível superior da equipe saúde da família, sendo realizadas em ambientes adequados com privacidade, garantido os princípios de bioética em saúde. Sempre que houver necessidade, o escolar deve ser encaminhado para uma avaliação médica, que tomará as devidas providências necessárias para adequar o seu estado de saúde (MS, 2009).

Assim, com base nas falas dos sujeitos, foi realizada a análise de conteúdo dos discursos produzidos e agrupadas as principais ideias e sentimentos sobre as práticas pedagógicas vivenciadas pela comunidade educativa e pela equipe saúde da família do programa saúde na escola da unidade integrada José Castro do município de Caxias, Maranhão.

CONCLUSÃO

A escola promotora de saúde é considerada como um processo que facilitará para estudantes, professores, funcionários, família e comunidade, obterem informações sobre promoção em saúde com a finalidade de melhorar a qualidade de vida.

A escola deve priorizar a atenção voltada para promoção da saúde, prevenção e detecção precoce dos problemas existentes, de modo global, envolvendo questões coletivas e individuais, através de estratégias elaboradas por multiprofissionais de tal maneira que articule problemas de saúde com a realidade social.

De acordo com os dados apresentados, esta investigação nos permitiu avaliar as práticas pedagógicas vivenciadas pela comunidade educativa e pela equipe de saúde da família do programa saúde na escola no ensino fundamental II (8ª série) implantado na Unidade Integrada Municipal “José Castro” no município de Caxias – Maranhão. Este estudo não teve a pretensão de querer intervir na conduta implantada no desenvolvimento das práticas promotoras de saúde do programa saúde na escola da referida instituição escolar, mas sim, tem o propósito de oferecer uma contribuição para uma reflexão crítica, que contribuirá como subsídio para que os gestores da educação, saúde e para que o grupo de trabalho intersetorial responsável pela coordenação e organização do programa saúde na escola do município, possam tomar conhecimentos sobre os anseios dos alunos e dos multiprofissionais que executam as práticas promotoras de saúde na escola “José Castro”.

Podemos perceber através deste estudo de investigação, que existem algumas implicações que devem ser avaliadas para que o programa saúde na escola venha ter total êxito no seu funcionamento.

A pesquisa nos revelou que os alunos estão bastante receptivos com o programa saúde na escola, pois quando perguntamos sobre a sua importância, obtivemos as seguintes falas: - *“Porque nos ajuda a se manter informado sobre a nossa saúde”* (A-11); - *“O programa saúde na escola nos ensina como devemos ter uma vida saudável”* (A-13); - *“Através das informações vai facilitar nossa vida”* (A-23), assim, fica evidente, que eles sabem bem da importância das práticas promotoras de saúde na escola. Quando se questionou sobre inclusão de temas no conteúdo programático, um adolescente (A-17) fez referência sobre as leis de trânsito. Fiquei imensamente surpresa pela visão deste aluno, pois o não cumprimento dessas leis é um dos grandes problemas

vivenciados pela sociedade nos dias atuais. Sabemos que as autoridades ainda não encontraram uma política decisiva para esse problema. Outro ponto relevante que chamou atenção nas falas dos alunos nesta pesquisa foi quando eles afirmaram que o programa é importante porque facilita para as mães que não tem tempo de levar as crianças ao posto de saúde ou aos hospitais. Apontaram também, a questão de algumas famílias morarem na zona rural, tendo dificuldade da assistência à saúde. Na verdade, isso não era para existir nos dias atuais, pois a Constituição de 1988 já preconizava universalidade de cobertura e do atendimento, tendo como princípio a equidade da assistência.

A pesquisa leva-nos a refletir, que diante da complexidade da temática, talvez um dos entraves no desenvolvimento das práticas promotoras de saúde na escola, seja a equipe multiprofissional, tanto da educação como da saúde. Observando as falas dos docentes, constatamos que eles sentem uma insatisfação pelo fato de não terem participado de uma formação em educação permanente em saúde, nem sequer terem obtido conhecimentos sobre as estratégias de operacionalização do programa saúde na escola. Talvez seja por esse motivo que não participem ativamente das execuções dessas práticas, conforme citações em suas falas. Ao mesmo tempo, relatam que através deste programa eles passaram a ter mais segurança com as condições de saúde dos seus alunos. Outro fator relevante referido por eles é a dificuldade de informações sobre a saúde dos alunos adquirida pelos os pais. Pois sugerem que os pais participassem mais da vida de seus filhos na escola. No que diz respeito aos profissionais da equipe saúde da família, que são responsáveis pela execução das práticas promotoras de saúde na escola, questionaram, sobre a falta de conhecimento da política de implantação do programa e da formação em educação permanente em saúde na escolar. Ressaltaram também, que a escola não possui estrutura física para o desenvolvimento de todas as atividades de saúde. Outro fato destacado por eles nesta pesquisa, é que a equipe de saúde da família, fosse específica para o desenvolvimento das ações educativas na escola. Pois eles acham que o tempo é insuficiente para realizar atendimento tanto na Unidade Básica de Saúde como na Escola. Fica evidente no parágrafo único do artigo 4º do decreto nº 6.286 de 05 de Dezembro de 2007, que a equipe de saúde da família deve realizar visitas periódicas e permanentes às escolas, como também avaliar as condições de saúde dos educandos e prestar atendimento de saúde ao longo do ano letivo. Para respaldar o que relata o decreto citado, vamos destacar alguns itens do caderno de atenção básica “saúde na escola” (MS, 2009, p. 27), sobre as atribuições comuns a todos

os profissionais de atenção básica do programa saúde na escola. Vejamos: [...] 7- *participar do processo de educação permanente*; 8- *realizar ações de promoção de saúde alimentar e trabalhos com grupos no ambiente escolar, dirigidos aos alunos, professores, funcionários e pais dos alunos*; 9- *desenvolver ações que abordem temas como: obesidade, diabetes, sedentarismo, prática de atividade física, hábitos alimentares e estilos de vida, mudanças de comportamento e cuidados em relação à higiene bucal*; 10- Contribuir para o desenvolvimento de políticas locais que assegurem e fortaleçam ambientes escolares saudáveis, que considerem a oferta de alimentação saudável e adequada, a proibição do uso de drogas lícitas ou ilícitas, o estímulo às atividades físicas e esportivas, o acesso à água tratada e potável, medidas que diminuam a poluição ambiental, visual e sonora, que permitam acesso adequado a escolares deficientes e a segurança dos escolares, entre outros. [...]. *Podemos destacar que cada equipe de saúde da família se responsabiliza pelo o acompanhamento de cerca de 3 mil a 4,5 mil pessoas ou mil famílias de determinada área (MS, 2007)*. Talvez sejam por estas razões aqui apresentadas, que a equipe saúde da família sugira que a equipe de saúde que desenvolve as práticas promotoras no âmbito escolar seja específica para essa atividade.

Não temos dúvidas que através desta pesquisa, revelamos a contradição existente entre as estratégias operacionais sobre o programa saúde da família, preconizado pelo o Sistema Único de Saúde e o entendimento dos profissionais de saúde sobre as práticas promotoras de saúde executadas no programa saúde na escola.

Procuramos destacar propositalmente mais uma vez as falas dos sujeitos (alunos, professores e profissionais de saúde), porque eles são os protagonistas principais do funcionamento do Programa Saúde na Escola. Porém, com o resultado desta pesquisa, vimos que eles foram inseridos no contexto da implantação do programa, sem terem sido preparados sobre as estratégias operacionais o programa saúde na escola. Por este motivo nos deparamos com várias situações de insatisfação, desmotivação e descontentamento.

As políticas públicas em educação e saúde estabelecem metas e diretrizes para implantações de programas com intuito de solucionar problemas existentes no meio social, voltados ao atendimento do homem quanto às normalidades de causas de morbidade e mortalidade. O programa saúde na escola foi inserido para educar o cidadão a adquirir pensamento crítico, reflexivo no processo de ensino-aprendizagem para desenvolver habilidades do autocuidado e fortalecer o seu estilo de vida. Porém, os

multiprofissionais que são os sujeitos de ação, não foram tão valorizados com relação aos parâmetros de implantação do programa, conforme percebido neste estudo de investigação. O indivíduo é a essência do sucesso em qualquer projeto. Conscientizá-lo e motivá-lo fará que ele desenvolva todo seu potencial em benefício dos resultados desejados alcançados.

Talvez para atingir eficiência e eficácia do programa saúde na escola a solução não esteja somente na equipe de saúde da família, mas sim na participação de toda comunidade educativa e órgãos competentes de primeira instância. Este estudo revelou a vontade dos docentes em participar do programa como também a aceitação dos alunos em adquirir informações de promoção em saúde, enquanto para alguns profissionais de saúde apresentam uma resistência sobre o desenvolvimento das práticas de saúde na escola. . “A forma mais eficiente de desenvolver programas de educação em saúde nas escolas é por meio do trabalho conjunto dos professores com os profissionais de saúde” (ABEGG, CALIDE, 1999 apud DIAS et al., 2004, p. 1). Com a valorização do trabalho em equipe, pode-se conseguir melhor eficiência na solução dos problemas, principalmente quando existem ramificações interdisciplinares.

Uma das queixas dos multiprofissionais foi em relação educação permanente em saúde. Sabemos que capacitação é um elemento fundamental no desenvolvimento científico-tecnológico na atuação de qualquer exercício profissional. Os gestores devem investir em políticas públicas de formação e educação permanente de recursos humanos para garantir uma sustentabilidade na articulação ensino/aprendizagem, como também, estruturar melhor o espaço físico para que possam desenvolver as atividades preconizadas pelo o programa saúde na escola e oferecer conforto e segurança à comunidade educativa e aos profissionais responsáveis pela execução das práticas promotoras de saúde.

Queremos ressaltar, que este estudo apesar de não ter sido realizado avaliações mais profundas sobre a temática abordada, revelou um olhar crítico sobre as estratégias de operacionalização do programa saúde na escola no município de Caxias-Maranhão, por parte da comunidade educativa e da equipe de saúde da família. Sabemos que o processo de avaliação contribui efetivamente para um aperfeiçoamento gradual, identificando as reais necessidades dos participantes. Esta dissertação poderá ser aprofundada futuramente, com estudo de outras unidades escolares que estejam inseridas no programa saúde na escola do município de Caxias.

De modo geral, através deste estudo, a comunidade educativa e equipe de saúde

da família tiveram a oportunidade de expressar seus sentimentos sobre as práticas vivenciadas pelo o programa saúde na escola.

Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi alcançado porque possibilitou o conhecimento das necessidades de cada sujeito envolvido no programa saúde na escola e proporcionou momentos de contentamento por vivenciar novas experiências na vida profissional por constatar que os adolescentes e jovens estão receptivos às informações relacionadas com os vários aspectos de sua saúde.

Concluiu-se que avaliação de um estudo empírico não deve priorizar apenas o resultado ou o seu processo, mas deve como prática de investigação, interrogar a relação ensino-aprendizagem e buscar identificar os conhecimentos construídos e as dificuldades de uma forma dialógica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, Adriana Cavalcante., et. al., (1998). ***Vigilância Epidemiológica da AIDS.*** textos de apoio em vigilância Epidemiológica. (Org.). Escola Politécnico de Saúde. Rio de Janeiro: Fio Cruz.

Alencar, Rúbia de Aguiar., et. al., (2008). ***Desenvolvimento de uma proposta de educação sexual para adolescentes.*** Ciências & Educação, v. 14, n.1 p. 159-168. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=51516-73132008000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 07/11/2010.

Andrade, P Maia., & Matias M. López., (2009) ***Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil.*** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO.

Andrade, Luis O. M., Pontes, R. J. S & Martins, T. Júnior. (2000) ***A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil.*** Revista Panamericana de Salud Pública vol.8 n,1-2 Washington July/Aug. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700026>. Acesso em: 21/04/2011.

(Ayres, JRCM *et al.*), (2006). *Apud* BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. ***Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas/*** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde.

Amorim, W. M., et. al., (2009). ***Saúde Pública.*** “Quimo” Enfermagem. 2. ed. Editora Águia Dourada. Rio de Janeiro.

Ballone, G. J., (2011). ***Gravidez na adolescência- 1*** IN. PsiqWeb, Internet. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/adolesc3.htm>>. Acesso em: 06/01/2011.

Brasil. (1990) ***Estatuto da Criança e do Adolescente.*** Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. (2006). ***Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas***/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde. 24p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. (1999) ***Carta de Ottawa para a promoção da Saúde***. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. (1999). ***Escola Promotora da Saúde***. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. (2000). Unidades de Epidemiologia e Assistência da CN-DST/AIDS. ***Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Manual de Bolso***. 1. ed. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. (2000). ***Doenças Sexualmente Transmissíveis. Manual de bolso***. 1. ed. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. (2006). ***Programa Nacional de DST e AIDS*** – Brasília.

_____. Ministério da Saúde. (2006a). ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ***Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil***. Brasília: ed. do Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. (2008). Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. ***Revista Brasileira SAÚDE DA FAMÍLIA***. n. 20. Brasília: ed. do Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. (2008a). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. ***Hepatites virais: O Brasil está atento***. 3. ed. Brasília: MS.

_____. Ministério da Saúde. (2008). ***Temático Saúde da Família***. V.II Ministério da

Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde; Departamento de Gestão da Educação em saúde. ***Política Nacional de Educação Permanente em Saúde***. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Educação. (2001). Secretaria da Educação Fundamental. ***Parâmetros Curriculares Nacionais: Introdução aos parâmetros curriculares nacionais***. 3. ed. Brasília, 1 v.

_____. Ministério da Educação. (2001a). Secretaria da Educação Fundamental. ***Parâmetros Curriculares Nacionais***. Pluralidade cultural: orientação sexual 3. Ed. Brasília. 10 v.

BR/2003/PI/H4. ***Lidando com a violência nas escolas. O papel da UNESCO/BRASIL***. (online). Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001322/132251por.pdf>>. acesso em: 08 /07/ 2009.

Batista, G. A. P. ***Nutrição, higiene e saúde na educação infantil***. Curitiba: editora Fael, 2010. Disponível em: <http://www.eadcon.com.br/Eadcon/download/Apostilas2010_01/FL.PEDA_NutrHigieSaude.pdf>. Acesso em: 30/03/2011.

Buss, Paulo M. ***Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública***. Caderno de Saúde pública vol. 15 suupl. 2 Rio de Janeiro: 1999 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600018>. Acesso em: 23/04/2011.

Carvalho, F. F. (2008). ***Acidentes infantis: Relatos de diretores e professores de ensino fundamental e análise do material didático***. 103f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Marília - SP: 2008.

Disponível em:

<http://www.marilia.unesp.br/Home/PosGraduacao/Educacao/Dissertacoes/carvalho_ff_me_mar.pdf>. Acesso em: 22/03/2011.

Castellanos, PL. (1997). *Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida*. In: BARATA RB. *Saúde e Movimento – Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO.

Campos, M. O., & Neto, J. F. R. (2008). *Qualidade de vida: Instrumento para promoção de saúde*. [Artigo], Revista Baiana de Saúde Pública. V.32, n.2, p. 232-240 maio/ago. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude.pdf>>. Acesso em: 13/03/2011.

Caxias(MA). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação do PACS/PSF. (2010). *Plano Municipal de Saúde*. Caxias. MA: SMS.

Caxias(MA), Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Caxias_\(Maranh%C3%A3o\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Caxias_(Maranh%C3%A3o))>. Acesso em: 05/03/2009.

Chechia, V. A; Andrade, A. S. *Representação dos pais sobre o desempenho escolar dos filhos*. IN: SEMINÁRIO DE PESQUISA, V. Ribeirão Preto. SP, Disponível em: <http://stoa.usp.br/antandras/files/318/1470/represent_pais.pdf>. Acesso em: 04/04/2011.

Contandriopoulos, A. P. et. al., (2000). *Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos*. In: HARTZA, Z.M.A (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fio cruz.

Costa, M. S. M. *Cultura de paz nas escolas públicas “Professor Moaci Madeira Campos” e “Santa Fé” em Teresina*. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Educação. Centro de Ciências da educação. Universidade Federal do Piauí. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/.../maria_socorro_moura.pdf>. Acesso em:

24/03/20011

Dias, A. F. et al. ***Papel social da escola na construção de hábitos saudáveis por meio do programa de promoção da saúde bucal.*** (Monografia), Associação Brasileira de Odontologia – DF. 2004. Disponível em: <<http://vsites.unb.br/fs/sbc/htms/mon1/anguimar.pdf>>. Acesso em: 16/03/2011

Demarzo, Marcelo M Paiva., & Aquilante, Aline Guerra. (2006). ***Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde.*** Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF). Ed. Panamericana. Porto Alegre: Armed.

Demarzo, Marcelo M Paiva., & Aquilante, Aline Guerra.(2008). ***Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde.*** Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF). Ed. Panamericana. Porto Alegre: Armed.

Duncan, Bruce B., Schmidt, Maria Inês Giugliani., & Elsa R.J. (2004) ***Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.*** 3. ed. R.J: Armed.

Ecos., (2004). ***Estudos e Comunicação em Sexualidade. Promover a Educação Sexual nas Escolas.*** São Paulo (SP): Instituto Polis; 2004. [citado em 12 jun 2005]. Disponível em: URL: <<http://www.ecos.org.br/boletins.asp>>. Acesso em: 02/03/2010.

Farias, Junior J.C., & Lopes, A. S. (2004). ***Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes.*** Rev. Bras Ci Mov; 12(1):7-12. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/535/559>> Acesso em: 18/03/2011

Fraiman, Leonardo de Perwin., (2007). ***A importância da participação dos pais na educação escolar.*** Dissertação (Mestrado). Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo. Disponível em: <<http://www.opee.com.br/pdf/familias/familias-pais.pdf>>.

Acesso em: 28/01/2011.

Figueiredo, Nêbia Maria Almeida., & Tonini, Teresa.(2007). **SUS e PSF para Enfermagem: Práticas para o cuidado em Saúde Coletiva**. São Caetano do Sul, SP: Ed. Yendis.

Gadotti, Moacir., et. al., (2000). **Perspectivas atuais da Educação**. Porto Alegre: Ed. Artmed.

Goldfarb, Luisa. (1998). Texto: “**Estilo de vida e os fatores de risco**”. Saber Saúde - Prevenção do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: O Instituto.

Gonçalves, F. D., et. al. (2008). **A promoção da saúde na educação infantil**. Interface comunicação saúde educação. V.12, n. 24.p.181-92, jan./mar. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/13.pdf>>. Acesso em: 25/04/2011.

González, Rey Fernando.Tradução de Flor Maria Viadaurre Lenz da Silva. (2004). **Personalidade, saúde e modo de vida**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.

Guolart, R. M. M. (2006). **Promoção de saúde e o programa escolas promotoras da saúde**. Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde, v. I, nº 1. Disponível em:<http://www.uscs.edu.br/revistasacademicas/caderno/caderno_sau01.pdf>. Acesso em: 30/04/2011.

Iervolino, S. A. (2000). **Escola promotora da saúde: um projeto de qualidade de vida. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública**, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01072006-211720/pt-br.php>>. Acesso em: 10/01/2011.

Jenkins, C. David. (2007). **Construindo uma saúde melhor**. Porto Alegre: Artmed.

Lage, A. M. D. (2008). **Vivências da gravidez de adolescentes**. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/AngelaMDLage.pdf>>. Acesso em:

15/02/2011.

Levy, S. N., Silva, J. J., Cardoso, I. F., Werberich, P. M., Moreira, L. L., Montiani, H., et al., (2002). **Educação em Saúde. Histórico, conceitos e propostas.**

Disponível: em:
<<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>>. Acesso em: 19/04/2011.

Lores, José Frómeta. **A gravidez precoce e sua implicação sociopsicologia e educativa para os adolescentes.** (online). Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos/a-gravidez-precoce/a-gravidezprecoce3.shtml>>. Acesso em: 12/14/2010.

Marconi, Marina de Andrade., Lakatos, Eva Maria.(2007). **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas.

Mattos, Paulo C. A. (2000). **Ação Interdisciplinar em Saúde Escolar.** Cadernos de escolas promotoras de saúde I. Sociedade Brasileira de Pediatria- Departamento Científico de Saúde Escolar. Disponível em:
<<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 29/03/2011.

Matos, Marcelo da Cunha. **Espaço Físico Escolar: Objeto Indispensável para a Educação Física?.** Disponível em: <<http://cev.org.br/biblioteca/espaco-fisico-escolar-objeto-indispensavel-para-educacao-fisica>>. Acesso em: 30/03/2011.

Marques, R. A. C. P., & Cruz, M. S. (2000). **O adolescente e o uso de drogas.** Revista Brasileira de Psiquiatria. V.22, s.2, São Paulo. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600009>. Acesso em: 15/03/2011.

Medeiros, M I., Medeiros, L., Almeida, R. & Padilha, W. (2004). **Conhecimentos e Atitudes de Professores de Ensino Fundamental sobre Saúde Bucal: Um Estudo Qualitativo.** Pesq Brás Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.4, n.2, p. 131-136. Disponível em: <<http://eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo7v42.pdf>>. Acesso em:

06/05/2011.

Melo, E. C. P., et. al. (2005). **Políticas de Saúde Pública**. Ensinando a cuidar em Saúde Pública. (Org.). Nébia Maria Almeida de Figueiredo. Ed. Yendis. São Caetano do Sul.

Meneghel, S. N., et. al. (2008). **Ouvindo os Desejos da Comunidade**. Sementes do SUS. (Org.). José Eri Medeiros, Cristian Fabiano Guimarães. 2. ed. Sapucaia do Sul.

Minayo, Maria Cecília de Sousa. (1994). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes.

Minayo, M C., Hartz, Z M & Buss, P.M. (2000). **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência &Saúde Coletiva, 5(1):7-18. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 13/02/2011.

Minayo, M. C. S. (2008). **Saúde e Ambiente: Uma relação necessária**. Tratado de Saúde Coletiva. Ed. Hucitec. 2. ed. Rio de Janeiro.

Munk, Márcia. (2005). **Promoção da Saúde**. Disponível em: <http://www.cgabeg.aer.mil.br/docs/aula_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 24/04/2011.

Neves, Cláudia. A. B. & Rollo, Adail. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. [online]. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/textos/textos82.pdf>>. Acesso em: 03 de Abril de 2011.

Noronha, K. V. M. de Sousa., & Andrade, M. V. (2002). **Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde na região sudeste do Brasil**. (Artigo). X Seminário sobre a Economia Mineira. MG.

OPS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. (1995). **Educación para La salud: um enfoque integral**. Washington: OPS. (Série HSS/SILOS, n. 37).

Pauleto, A. R. C., & Pereira, M. L. T. (2004). **Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre**

programações educativas para escolares. Ciência & Saúde Coletiva, 9(1):121-130.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19829.pdf>>. Acesso em: 28/03/2011.

Pedroso, G. C. (2000). **A participação comunitária na Escola Promotora de Saúde.**

Cadernos de escolas promotoras de saúde I. Sociedade Brasileira de Pediatria- Departamento Científico de Saúde Escolar. Disponível em:

<<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 29/03/2011.

Pelicioni, M. Cecília Focesi., & Pelicioni, A. Focesi.(2007). **Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica.** O mundo da Saúde. São Paulo. Disponível em:

<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf>.

Acesso em: 18/04/2011.

Pereira, I. M., Penteado, R. Z., Bydlowski, C. R., Elmor, M. R. & Grazzelli, M. E. (2003). **Escolas Promotoras de Saúde: onde está o trabalhador professor?** (Artigo),

Saúde em revista, Piracicaba, 5(11):29-34. Disponível em:

<<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude11art04.pdf>>. Acesso em:

29/03/2011.

Pykosz, L. C. (2007). **A higiene nos grupos escolares curitibanos: Fragmentos da História de uma disciplina escolar (1917 – 1932).** 161f. Dissertação (Mestrado) –

Programa de Pós-Graduação em educação, Universidade Federal do Paraná, 2007.

Disponível em:

<<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/11592/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 20/03/2011.

Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1995). **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 3. ed.

Porto Alegre: Artes médicas.

Ramiro, Lúcia., & Matos, M. Gaspar. **Percepções de professores portugueses sobre educação sexual.** (online). Disponível na Internet via:

<<http://www.scielo.br/pdt/rsp/2008nahead/6685.pdf>>. Acesso em 02/05/2009.

Ramos, Cristiane da Silva. (2008). ***Caracterização do acidente de trânsito e gravidade do trauma: um estudo em vítimas de um hospital de urgência em Natal/RN.*** 117f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências Sociais da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2008. Disponível em: <<http://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/CristianeSR.pdf>>. Acesso em: 20/03/2011.

Ramos, D. D., & Lima, M. A. D. S. (2003). ***Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio grande do Sul, Brasil.*** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jan- fev. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 06/04/2011.

Santos, Maria Beatriz G. (2004). ***EDUCAÇÃO ALIMENTAR NA ESCOLA – avaliação de uma intervenção pedagógica dirigida a alunos da 8º ano de escolaridade.*** 208 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal. Disponível na Internet via <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/2634?mode=full&submit_simple=Mostrar+registo+em+formato+completo>. Acesso em: 02/01/2011.

Santos Jr., J. D. D. (1999). ***Fatores Etiológicos Relacionados à Gravidez na Adolescência: vulnerabilidade à maternidade.*** Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de Saúde. v.1. Brasília.

Santos, K. Ferreira., & Bógus, C. M. (2007). ***A percepção de educadores sobre escola promotora de saúde: Um estudo de caso.*** (Artigo baseado na dissertação de mestrado)- Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Rev. Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 17(3):123-133. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v17n3/12.pdf>>. Acesso em: 03/04/2011.

Silva, R. Anastácio. ***Promoção da Saúde: Dimensão coletiva.*** [online]. Disponível em: <<http://www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2001/se1/se1txt5.htm>>. Acessado em: 03/04/2009.

Silva, Ligia Maria V., & Formigli, Vera L. A. (1994). ***Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas***. Artigo. Caderno de Saúde Pública. v. 10. n.1. Rio de Janeiro. Jan/Mar. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1994000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 09/04/2009.

Silva, Carlos dos Santos. ***A inserção da Saúde no Projeto Político pedagógico da Escola***. (online). Disponível em: <http://escoladegestores.mec.gov.br/site/8-biblioteca/pdf/texto02_saude_na_escola.pdf>. Acesso em: 19/10/2010.

_____. (2000). A escola promotora de saúde: uma visão crítica de saúde escolar. Cadernos de escolas promotoras de saúde I. Sociedade Brasileira de Pediatria- Departamento Científico de Saúde Escolar. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 04/01/2011.

Tanaka, Yoshimi O., & Melo Cristina. ***Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde***. (Artigo). Revista Debate. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista7/debates1.pdf>>. Acesso em: 26/05/2009.

Tenório, Robinson M., & Vieira, Marcos A. (2009). ***Avaliação e sociedade: a negociação como caminho***. Salvador: EDUFBA.

Thiallent, M. (1994). ***Metodologia da pesquisa-ação***. 6. ed. São Paulo: Cortez.

Triviños, (1995). ***A Introdução à pesquisa em ciências sociais***. São Paulo: Atlas, ***Textos de apoio em vigilância Epidemiológica***. (Org.). Escola Politécnica de Saúde. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.

Tomasi, Loreta. C., & Spazziani, Maria de L. (2008). ***Construindo a atitudes para uma vida saudável: Uma experiência educativa com alunos do ensino fundamental***. Rev. Simbios-logias. V.1, n.2, Nov. Disponível em: <http://www.ibb.unesp.br/servicos/publicacoes/simbio_logias/documentos/v1n2/ARTIGO_EDU_construindo_atitudes_para_vida_saudavel.pdf>. Acesso em: 03/04/2011.

Viana, Luana Costa. (2010). ***Educação do campo e saúde: Refletindo sobre os parâmetros Curriculares Nacionais e sua relação com o currículo de uma escola multisseriada do Município de Marapanim, Pará.*** 195f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Ciências da Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Disponível em: <http://www.ppged.belemvirtual.com.br/arquivos/File/dissertacoes2010/disserta_luanaviana2010.pdf>. Acesso em 23/03/2011.

APÊNDICES

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA ADOLESCENTES E JOVENS DA 8ª SÉRIE DO ENSINO FUNDAMENTAL DA UNIDADE INTEGRADA MUNICIPAL JOSÉ CASTRO SOBRE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA. CAXIAS – MA. 2010

IDENTIFICAÇÃO
Idade:
Sexo:
Escolaridade:
Profissão:
PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE
1- Você considera importante o programa saúde na escola? () Sim. Por quê? _____ () Não Por quê? _____
2- Você tem participado das ações educativas realizadas pelo programa saúde na escola? () Sim. () Não Por quê? _____
3- Você está satisfeito com as atividades executadas pelo o programa saúde na escola? () Sim. Por quê? _____ () Não Por quê? _____
4- Em sua opinião, qual a parte do programa saúde na escola, você considera de maior interesse? _____ _____ _____ _____
5- Em sua opinião, qual a parte do programa saúde na escola, você considera de menor interesse? _____ _____ _____ _____
6- O programa saúde na escola trabalhou os temas abaixo relacionados? () Promoção da alimentação saudável () Promoção das práticas corporais e atividades físicas

() Prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas () Promoção da cultura de paz () Ações de educação sexual, saúde reprodutiva e prevenção de DST/AIDS () Atividades educativas em saúde bucal
7- Você faria alguma alteração no conteúdo programático do programa saúde Na escola? () Sim. Qual (is) _____ () Não
8- Que tema você gostaria de incluir no conteúdo programático do programa saúde na escola? _____ _____ _____ _____
9- Que tema você gostaria que fosse excluído do conteúdo programático do programa saúde na escola? _____ _____ _____ _____
10-Quais os métodos de aulas que você mais apreciou no programa saúde na () Aulas expositivas/palestras () Aulas participativas () Leitura em grupo () Feiras de ciências () Outros: _____ 11-Você gostou do material didático utilizado nas temáticas dinamizadas no programa saúde na escola? () Sim. Qual (is) _____ () Não

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS

12-Você faz uso de cigarro, bebidas alcoólicas e drogas?

- () Sim. Qual (is) _____
- () Não

13-Você participou de algum exame físico na escola?

- () Sim
- () Não Por quê? _____

14-Qual a avaliação de saúde a qual foi submetido?

- () Avaliação clínica psicossocial
- () Avaliação oftalmológica
- () Avaliação auditiva
- () Avaliação nutricional
- () Avaliação da saúde bucal

15-Se for do sexo feminino, teve ocorrência de gravidez?

- () Não é do sexo feminino
- () Sim
- () Não

16-Já foi acometido de doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS)?

- () Sim. Qual (is) _____
- () Não

17-Já foi solicitada a caderneta de vacinação durante a consulta com a equipe de saúde da família?

- () Sim
- () Não

18-Vocês tiveram mudanças de hábitos de vida após terem participado do programa saúde na escola?

- () Sim
- () Não

19-Em caso afirmativo, quais mudanças de hábitos de vida vocês tiveram originadas com o programa saúde na escola?

- ☐ Higiene bucal
- ☐ Higiene das mãos
- ☐ Higiene corporal
- ☐ Hábitos alimentares
- ☐ Prevenção das DST/AIDS e gravidez precoce
- ☐ Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas
- ☐ Práticas corpóreas e atividades físicas
- ☐ Promoção da cultura de paz

RELACIONAMENTO

20-Você tem um bom relacionamento com sua família?

- ☐ Sim
- ☐ Não

21-Você mantém um bom relacionamento com seus amigos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

22-Já enfrentou na escola situações de:

- ☐ Constrangimento
- ☐ Preconceito
- ☐ Discriminação
- ☐ Agressão
- ☐ Sem resposta

23-Por parte de quem sofreu violência?

- ☐ Professores
- ☐ Direção da escola
- ☐ Alunos
- ☐ Familiares de alunos
- ☐ Funcionário da escola
- ☐ Outras pessoas da comunidade
- ☐ Sem respostas

Obrigada pela sua colaboração, ela será de grande relevância para avaliação do Programa Saúde na Escola da Unidade Integrada Municipal José Castro.

Data____/____/2010

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO PARA DOCENTES QUE LECIONA NA 8ª SÉRIE DO ENSINO FUNDAMENTAL DA UNIDADE INTEGRADA MUNICIPAL JOSÉ CASTRO SOBRE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA. CAXIAS- MA. 2010

IDENTIFICAÇÃO
Idade:
Sexo:
Escolaridade:
Profissão:
1- Você participou de formação em educação permanente em saúde para execução das políticas públicas do programa saúde na escola? _____ _____ _____ _____
2- Você teve conhecimento das estratégias gerais de operacionalização das ações de promoção do programa saúde na escola? _____ _____ _____
3- Você concorda total ou parcialmente com as estratégias preconizadas pelas políticas públicas do programa saúde na escola? _____ _____ _____

4- Quais as dificuldades enfrentadas para execução das práticas promotoras e avaliação das condições de saúde dos adolescentes e jovens?

5- O espaço escolar contribui para a realização das ações promotoras de saúde?

6- Você tem realizado atividades de educação em saúde na sua escola?

() Sim

() Não

7- Em caso afirmativo, relate as atividades de educação em saúde trabalhadas na sua escola

8- Os temas abordados no projeto político pedagógico foram baseados na análise situacional da comunidade educativa?

() Sim

() Não

9- Você recebeu material didático suficiente para o desenvolvimento das ações promotoras de educação em saúde?

() Sim

() Não

10- Os temas transversais foram utilizados conforme indicação dos parâmetros curriculares nacionais?

() Sim

() Não

11-Em caso afirmativo, comente sobre os temas.

12-Os profissionais do programa saúde da família participaram do acompanhamento das condições de saúde dos estudantes?

() Sim

() Não

13-Em caso negativo especifique os motivos.

14-O programa saúde na escola é desenvolvido apenas por profissionais de saúde?

() Sim

() Não

15-Em caso negativo, especifique quais os profissionais participaram

16-Os alunos têm apresentado alterações no estado de saúde em sala de Aula?

() Sim. Quais (is)_____

() Não

17-A escola tem desenvolvido avaliação auditiva e visual com os adolescentes e jovens?

() Sim

() Não

18-Você está satisfeito com as atividades realizadas com o programa saúde na escola?

() Sim. Por quê?_____

() Não. Por quê?_____

Obrigada pela sua colaboração, ela será de grande relevância para avaliação do Programa Saúde na Escola da Unidade Integrada Municipal José Castro.

Data____/____/2010

APÊNDICE III

QUESTIONÁRIO PARA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE DE SAÚDE MUNICIPAL DO PONTE, RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA COM A 8ª SÉRIE DO ENSINO FUNDAMENTAL DA UNIDADE INTEGRADA MUNICIPAL JOSÉ CASTRO. CAXIAS- MA. 2010

IDENTIFICAÇÃO

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

01-Você participou de formação em educação permanente em saúde para execução das políticas públicas do programa saúde na escola?

02-Você teve conhecimento das estratégias gerais de operacionalização das ações de promoção do programa saúde na escola?

03-Você concorda total ou parcialmente com as estratégias preconizadas pelas políticas públicas do programa saúde na escola?

04-Quais as dificuldades enfrentadas para execução das práticas promotoras e avaliação das condições de saúde do educando?

05-O espaço escolar contribui para a realização das ações promotoras de saúde?

06-Os temas abordados no projeto político pedagógico foram baseados na análise situacional da comunidade educativa?

07-Você recebeu material didático suficiente para desenvolvimento das ações promotoras de educação em saúde?

08-Em sua opinião, o programa saúde na escola teve acolhimento pela população escolar (gestor, professor e alunos?)

09-A família e a comunidade participaram das ações realizadas no contexto escolar?

10-Você executou periodicamente avaliação das condições de saúde dos adolescentes e jovens da escola que pertence da sua área de abrangência. Em caso afirmativo, especifique os tipos de avaliação

Obrigada pela sua colaboração, ela será de grande relevância para avaliação do Programa Saúde na Escola da Unidade Integrada Municipal José Castro.

Data____/____/2010

APÊNDICE IV

QUADRO 3- Ideia principal, objetivos e principais questões do protocolo do questionário aplicado ao Gestor escolar e Professores

OBJETIVOS	IDEIA PRINCIPAL	QUESTÕES
1 – Analisar as dificuldades apontadas pela comunidade educativa e pela Equipe de Saúde da Família no cotidiano do Programa Saúde na Escola;	- As dificuldades enfrentadas na execução das práticas promotoras de saúde;	1;2;4;5
2 – Identificar as vantagens e desvantagens do Programa Saúde na Escola pela Comunidade Educativa e pela Equipe Saúde da Família;	- As vantagens e desvantagens do Programa Saúde na Escola;	5;6;8;9;11;15;19
3 – Identificar os temas trabalhados no Programa Saúde na Escola	- Temas transversais abordados no projeto político pedagógico;	8;11;
4 – Analisar atuação da Equipe Saúde da Família na avaliação clínica, psicossocial, nutricional e bucal dos educandos que estão em sala de aula.	- Avaliação do estado de saúde dos alunos.	13;17;18;

QUADRO 4 - Ideia principal, objetivos e principais questões do protocolo do questionário aplicado aos Adolescentes e Jovens da Comunidade Escolar.

OBJETIVOS	IDEIA PRINCIPAL	QUESTÕES
01 – Determinar a aceitação do Programa Saúde na Escola pelos os Adolescentes e Jovens da comunidade escolar;	- A importância do Programa Saúde na Escola;	01
	- Participação das ações educativas;	02
	- Se gostou das atividades do Programa Saúde na Escola;	03;10
	- O assunto de maior interesse do Programa Saúde na Escola;	04
	- O assunto de menor interesse do Programa Saúde na Escola;	05
2 – Identificar os temas trabalhados no Programa Saúde na Escola;	- Temas trabalhados: Promoção da alimentação saudável; Promoção das práticas corporais e atividades físicas; Prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas; Promoção da cultura de paz; Ações de educação sexual, saúde reprodutiva e prevenção de DST/AIDS;	06

QUADRO 4 - Ideia principal, objetivos e principais questões do protocolo do questionário aplicado aos Adolescentes e Jovens da Comunidade Escolar.

	Atividades educativas em saúde bucal. - Alteração no conteúdo programático do Programa Saúde na Escola;	06
3 – Analisar atuação da Equipe de Saúde da Família na avaliação clínica, psicossocial, nutricional e bucal dos educandos que estão em sala de aula.	- Uso de cigarro, bebidas alcoólicas e drogas;	11
	- Avaliação da saúde;	13
	- Participação de exame físico;	12
	- Mudança de hábito;	17;18
	- Relacionamento familiar e entre amigos;	13;19;20
	- Violência;	13;21;22
	- Ambiente escolar	22

QUADRO 5 - Ideia principal, objetivos e principais questões do protocolo do questionário aplicado a equipe de saúde da família (PSF).

OBJETIVOS	IDEIA PRINCIPAL	QUESTÕES
1 – Analisar as dificuldades apontadas pela Comunidade Educativa e pela Equipe de Saúde da Família no cotidiano do Programa Saúde na Escola;	- As dificuldades enfrentadas na execução das práticas promotoras de saúde;	4;
2 – Identificar as vantagens e desvantagens do Programa Saúde na Escola pela Comunidade Educativa e pela Equipe Saúde da Família;	- As vantagens e desvantagens do Programa Saúde na Escola;	5;6;7;8;9
3 – Identificar os temas trabalhados no Programa Saúde na Escola;	- Temas transversais abordados no projeto político pedagógico;	06
4 – Analisar atuação da Equipe Saúde da Família na avaliação clínica, psicossocial, nutricional e bucal dos educandos que estão em sala	- Avaliação do estado de saúde dos alunos.	10

ANEXOS

ANEXO I



Figura -1 Área Interna da Escola



Figura 2- Sala de Aula do Ensino Fundamental



Figura 3- Sala de Reunião dos Professores



Figura 4- Refeitório



Figura 5- Banheiro Masculino



Figura 6- Banheiro Feminino



Figura 7- Bebedouro



Figura 8- Pátio da Escola