

Cod. Ocunio: 124078

Reg: 14050636

Data: 04/05/2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

DULCE MARIA DE LUCENA AGUIAR

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DO ESCOLAR  
NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

D 613.0432

A 228a

Vol 01

FORTALEZA

2005

DULCE MARIA DE LUCENA AGUIAR



**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DO ESCOLAR  
NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Dissertação submetida à Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**Orientador:**

Dr. Ricardo José Soares Pontes

FORTALEZA  
2005

A228a Aguiar, Dulce Maria de Lucena

Avaliação do programa de saúde do escolar no município de Fortaleza/ Dulce Maria de Lucena Aguiar. – Fortaleza, 2005.

94f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.

Dissertação (Mestrado): Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina.

1.Avaliação de Programas. 2.Saúde Escolar. 3.Avaliação de Ações de Saúde Pública (Processos e Resultados) I. Pontes, Ricardo José Soares (orient.) II. Título

CDD 613.0432

DULCE MARIA DE LUCENA AGUIAR



**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DO ESCOLAR  
NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Mestrado em Saúde Pública  
Universidade Federal do Ceará

Aprovada em 29/07/05

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes

Dra. Anamaria Cavalcante e Silva

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda

Dr. Luis Odorico Monteiro de Andrade

Às crianças e adolescentes desse estudo, sou-lhes grata pela oportunidade de conhecer suas “inúmeras faltas”, suas necessidades mais básicas. Desejo-lhes um amanhã promissor, onde seus direitos sejam assegurados e sua saúde seja priorizada e acompanhada, pois a própria idéia de prevenção implica num olhar para o futuro, no qual estas crianças e adolescentes serão os condutores desta nação.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, o Mestre do Amor, que me ensinou que é preciso ter objetivos e me encorajou a sonhar com eles. Com esse maestro da vida, que utilizou as adversidades e os problemas para aperfeiçoar nossa inteligência e emoção, aprendi que podemos vencer as dificuldades e não devemos desistir, nem desanimar nunca, pois a vida é um *show* imperdível...

À minha mãe, exemplo de determinação e fé inabalável, obrigada por tudo!

Ao Edmilson, esposo, amigo e companheiro de todas as horas, pelo apoio e incentivo constantes...

Ao Daniel e à Larissa, razões de todas as lutas, sem os quais essa vida não teria sentido. Companheiros constantes nas lutas travadas com o computador.

À Regina, irmã e hoje colega de trabalho, pela ajuda e olhar criterioso.

Ao meu orientador, professor Dr. Ricardo Pontes pela paciência e incentivo nas horas de aflição.

Ao ex-prefeito de Fortaleza, Dr. Juraci Magalhães, por ter-me dado a oportunidade de vivenciar a gestão de serviços e programas de saúde e de poder aprender com essa experiência.

À professora Valdelice Mota, colaboradora, amiga das horas difíceis, a quem devo muito...

Ao professor Marcelo Nogueira, pela objetividade das sugestões, dadas desde os primeiros passos, incentivando-me a continuar essa trajetória.

A Rosa Livia, pela serenidade de suas palavras e vontade de ajudar, sem poupar sequer seus domingos, minha gratidão.

A Rosa Said, pela disponibilidade em transmitir seus conhecimentos sobre o tema, adquiridos através de experiências vivenciadas por esse mundo afora...

A Isabel e à Nathalia, sempre solícitas ao computador, jamais poderia deixar de lembrá-las!

Aos funcionários do Departamento de Saúde Comunitária, em especial a Zenaide, pela compreensão e profissionalismo constantes.

A Rosiane, funcionária da Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde, pela solicitude e presteza durante a revisão final.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Giovana, Lourdinha, Vivi e Mirela, pela amizade, carinho e solidariedade sempre presentes, quando a luta e as cobranças do dia-a-dia nos impeliam a desistir.

Aos colegas da minha recém-adquirida família, Escola de Saúde Pública do Ceará, colaboradores recentes no tempo, mas verdadeiros incentivadores dessa luta.

## RESUMO

A avaliação em sistemas e serviços de saúde, focada em vários momentos de discussão das políticas de saúde e práticas em serviços, é considerada ainda incipiente no Brasil. O Programa Saúde do Escolar (PSE), implantado em Fortaleza em 2002, oportunizou a realização de uma pesquisa com o objetivo de avaliar a sua implantação efetiva, tomando por referência as diretrizes técnicas estabelecidas pelo mesmo. O estudo constituiu-se de uma avaliação normativa, incluindo a análise dos dados gerados no ano de 2003, com informações colhidas de relatórios e outros documentos institucionais. Utilizou-se como referencial teórico para a avaliação a concepção sistêmica de Donabedian. As dificuldades apontadas concentraram-se nas áreas de infraestrutura e de processo, denunciando um mau planejamento da implantação do mesmo. A cobertura do programa foi de apenas 31,9%, embora tenha contribuído para promover o acesso da população-alvo aos serviços de saúde. Não houve intervenções, por parte das equipes, que produzissem modificações substanciais no quadro de morbidade identificado. Enfatiza-se a necessidade de um atendimento voltado para os escolares de 1 a 14 anos. Os resultados contribuem para a compreensão de fatores complexos inerentes ao desempenho adequado de um programa de saúde e da importância da avaliação sistemática de um programa, que apóie os gestores na tomada de decisões, possibilitando identificar possíveis dificuldades e obstáculos e elaborar recomendações para correção das práticas com disseminação de conhecimento.

## ABSTRACT

The health systems and services' evaluation, focused in many of the health politics and services practices' discussion moments, is considered still incipient in Brazil. The Scholar Health Programme (PSE), introduced in Fortaleza in 2002, allowed a research to be held with the aim of evaluating its effective implantation, having as reference the technical rules established by it. The study consisted of a normative evaluation which included the 2003 data analyses, by means of informations gathered from written reports and other institutional documents. The Donabedian Systemic Conception was used as theoretical referential for the evaluation. The difficulties pointed out centred themselves in the infrastructure and the process areas, thus denouncing the programme implantation's bad planning. The programme covered only 31.9% of the population, although it contributed to promote their access to the health services. There were none interventions, by the health teams, that produced substantial changes in the morbidity scenery. The need for an attendance directed to the scholars from 1 to 14 years old is emphasized. The results contribute to the understanding of the complex factors inherent to the adequate performance of a health programme, as well as the importance of a programme's systematic evaluation, which supports managers and politicians in decision-making and enable to identify possible difficulties and barriers and to develop recommendations for the practices' correction with knowledge diffusion.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Roteiro para metodologia.....	56
--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 .....	77
Gráfico 2 .....	78
Gráfico 3 .....	79
Gráfico 4 .....	79
Gráfico 5 .....	80

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de Escolas/Creches e Centros de Saúde vinculados ao PSE, no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003.....	59
Tabela 2 - Distribuição de Escolas vinculadas ao PSE, conforme a Dependência Administrativa, no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003 .....	60
Tabela 3 - Infraestrutura de Escolas e Creches para o Atendimento do PSE no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003 .....	61
Tabela 4 - Total de Equipes e Categorias Profissionais de Nível Superior Existentes no PSE no Município de Fortaleza-Ce, Distribuídos por SER, no Ano de 2003 .....	62
Tabela 5 - Capacitação Técnica dos Profissionais do PSE/MAIS no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003 .....	63
Tabela 6 - Relação entre Carga Horária e Produção dos Profissionais Médicos do PSE no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003 .....	64
Tabela 7 - Percentual de Primeiras Consultas com Preenchimento de Dados Estandarizados pelo PSE no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003 .....	65
Tabela 8 - Relação entre o Número de Crianças/Escolares que participaram de Sessões Educativas e o Número de Crianças/Escolares com o Primeiro Atendimento no PSE no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003 .....	66
Tabela 9 - Relação entre o Número de Escolas vinculadas ao PSE, Número de Crianças/Escolares Participantes do Programa e Percentuais de Atendimento realizados no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003 .....	67
Tabela 10 - Indicadores Operacionais de Acompanhamento da Clientela atendida pelo PSE no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003 .....	68
Tabela 11 - atendimentos do PSE e do PSF no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003 .....	68
Tabela 12 - Problemas apresentados pelas Crianças/Escolares atendidos no PSE no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003 .....	70
Tabela 13 - Situação Nutricional apresentada pelas Crianças/Escolares do PSE no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003, conforme Níveis de Ensino .....	71

**Tabela 14 - Situação Vacinal apresentada pelas Crianças/Alunos do PSE no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003 ..... 71**

**Tabela 15 – Situação de Higiene Oral apresentada pelas Crianças/Escolares do PSE no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003 ..... 72**

**Tabela 16 - Problemas Psicológicos por Nível de Ensino das Crianças/Escolares do PSE no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003 ..... 73**

**Tabela 17 - Distúrbios de Aprendizagem, por Nível de Ensino, em Crianças/Escolares do PSE no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003 ..... 74**

**Tabela 18 – Distribuição de DST, Gravidez e Drogas, por Nível de Ensino, em Crianças/Escolares do PSE no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003 ..... 75**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DS	Distrito de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de diretrizes e Bases da educação Nacional
MAIS	Modelo de Atenção Integral à Saúde
MEC	Ministério da Educação
NCHS	<i>National Center for Health Statistics</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PSE	Programa Saúde do Escolar
PSF	Programa Saúde da Família
SEDAS	Secretaria Municipal de Educação e Assistência Social
SER	Secretaria Executiva Regional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família

UNAIDS

*The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

UNICEF

*The United Nations Children's Fund*

WHO

*World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1 Avaliação de Programas de Saúde.....	16
1.2 A Promoção da Saúde .....	24
1.3 Estratégias para a Promoção da Saúde de Crianças e Adolescentes no Brasil.....	28
1.3.1 Promoção da Saúde do Escolar .....	30
1.4 Modelo Assistencial x Vigilância à Saúde. ....	35
1.5 O PSE de Fortaleza-Ceará.....	41
1.6 Marco Referencial Teórico .....	48
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>52</b>
2.1 Objetivo Geral .....	52
2.2 Objetivos Específicos.....	52
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>53</b>
3.1 Local de Estudo.....	54
3.2 População de Estudo .....	54
3.4 Coleta dos Dados.....	54
3.5 Instrumentos .....	58
3.6 Análise dos Dados .....	58
3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	58
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>59</b>
4.1 Componente Estrutura .....	59
4.2 Interface Estrutura x Processo.....	63
4.3 Componente Processo.....	64
4.4 Componente Resultado.....	67

4.5 Perfil Nosológico da Clientela Atendida.....	70
5 CONCLUSÕES.....	82
6 RECOMENDAÇÕES.....	85
REFERÊNCIAS.....	86
ANEXOS.....	94

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Avaliação de programas de saúde

A avaliação de programas de educação e saúde pública existe desde o início do século XX. No entanto, a moderna avaliação de programas começou nos Estados Unidos durante a grande depressão dos anos 30 e após a Segunda Guerra Mundial. Com o crescimento dos gastos governamentais em programas sociais, políticos e autoridades de governo pressionaram para que se utilizassem as técnicas de “gerenciamento científico”, empregadas pela indústria americana e pelos militares com a finalidade de planejar e tomar decisões (ROSSI et al., 1993).

Ao substituir o mercado, o Estado deveria buscar meios que favorecessem a aplicação dos recursos da maneira mais eficaz possível. Para que isso ocorresse, foram desenvolvidos pelos economistas métodos para análise das vantagens e dos custos desses programas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Conceitos e métodos empregados na área da economia, da ciência política, da sociologia e de outras ciências foram utilizados para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de métodos de pesquisa social, transformando os departamentos de ciência social das universidades em verdadeiros centros do trabalho inicial em avaliação de programas (ROSSI et al., 1993).

Segundo Nemes (2000), a década de 50 pode ser considerada o marco inicial da consolidação da avaliação em saúde, enquanto objeto de investigação científica, inserida no movimento que instituiu as intervenções em saúde como campo científico.

Ao final dessa década, programas de avaliação estavam sendo realizados não

somente nos Estados Unidos e na Europa, mas também em países menos desenvolvidos. Programas de planejamento familiar, nutrição, assistência médica, todos incluíam componentes de avaliação. Aliado a isso, houve um aumento de produção de literatura sobre a prática da pesquisa de avaliação e os métodos de pesquisa com coleta e análise de dados foram sendo sofisticados, especialmente com a introdução da informática (ROSSI et al., 1993).

*Com o passar do tempo, as abordagens realizadas pelos economistas tornaram-se insuficientes, principalmente quando utilizadas em programas sociais. A avaliação foi “profissionalizada, adotando-se uma perspectiva interdisciplinar e persistindo nos aspectos metodológicos” (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).*

A partir dos anos 60, o planejamento na América Latina passou a ocupar um papel de destaque, qual seja, o de instituir mudanças, sempre ligado às determinações políticas. Para cumprir esse papel, a avaliação deveria tornar-se parte integrante do planejamento. Contudo, a avaliação em saúde tem sido executada de forma autônoma, isolada do processo de planejamento e decisão, definida por opções que pretendem destacar seu enfoque metodológico e não seu papel de instrumento a ser utilizado no processo de reorganização do modelo assistencial (FIGUEIREDO et al., 1999).

Durante os anos 70 a redução do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornaram obrigatório o controle dos custos em saúde, impondo assim a necessidade de avaliação das ações sanitárias (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997). Esses mesmos determinantes influíram na emergência do campo da avaliação em nosso país, embora esse conhecimento seja mais recente (NEMES, 2000).

Desde então, os esforços de avaliação centraram-se na finalidade de demonstrar a efetividade dos programas sociais para garantir a financiadores, autoridades governamentais e

à população em geral que os investimentos nesse ou naquele programa valiam a pena (EVALUATION HANDBOOK, 1997).

Esta tendência permanece até hoje. Contudo, houve um considerável aumento do reconhecimento, por parte dos gerentes de programas e responsáveis por políticas, dos benefícios da boa prática da avaliação, com a finalidade de não somente demonstrar a efetividade e resultados alcançados, mas também para disponibilizar outros tipos de informação que possam colaborar com a melhoria da qualidade dos serviços dos programas sociais (SESSIONS, 2000).

Guba et al (1990) identificaram quatro estágios na história da avaliação. Passa-se de um estágio para outro através do desenvolvimento de conceitos e da acumulação de conhecimentos. No primeiro estágio, baseado na medida (de resultados, de produtividade, dentre outros), o avaliador é um técnico que deve saber construir e usar os instrumentos utilizados para medir os fenômenos estudados. O segundo estágio, fortalecido nos anos 20 e 30, é aquele que busca identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. O terceiro estágio tem sua fundamentação no julgamento. No quarto estágio, que está surgindo, a avaliação consiste num processo de negociação entre atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

A importância da avaliação em sistemas e serviços de saúde, para a realidade brasileira, vem sendo ressaltada em diversos momentos da discussão das políticas de saúde e práticas em serviços, evidenciada pelo crescente volume de publicações sobre o assunto e presença nos encontros científicos de saúde pública, e objetivada ao se traduzir em movimentos institucionais dirigidos a inserir a prática da mesma no planejamento e implementação de programas e ações na área da saúde. Essa tendência se repete no contexto mundial, e em alguns países a avaliação de sistemas e serviços de saúde já se institucionalizou

e seus resultados contribuem para as decisões em suas políticas e práticas de saúde (NOVAES, 1996; HARTZ, 1999).

No Brasil, a prática da avaliação, embora considerada mais desenvolvida com relação à utilização de indicadores gerais de monitoramento no SUS, ainda é considerada incipiente nos serviços de saúde. Elas acontecem, mais freqüentemente, em situações pontuais quando a necessidade e a oportunidade de se compreender o que ocorre no exercício do cotidiano da atenção à saúde permitem a realização de pesquisas, habitualmente com participação da academia, com o objetivo de estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados (NOVAES, 2000).

No entanto, a implementação de mudanças nas práticas apresenta-se dependente de condições que extrapolam a realização das pesquisas, havendo um distanciamento e descontinuidade entre o momento da produção do conhecimento e as condições para a sua utilização no redirecionamento dessas práticas (NOVAES, 2000).

Segundo Aguilar et al (1994) é possível limitar as avaliações em três grandes grupos mais reconhecíveis na literatura internacional: a avaliação tecnológica (centrada na segurança, efetividade e custo de tecnologias de produto ou de processo); avaliação de qualidade (com foco nos serviços assistenciais de saúde, especialmente os médicos) e avaliação de programas (evidenciada em conjuntos articulados de atividades voltadas para uma população -alvo).

De acordo com o momento que se avalia, as avaliações podem ser *ex-ante*, durante e *ex-post* (AGUILAR et al., 1994). A avaliação *ex-ante* é realizada na fase de planejamento do projeto, observando três aspectos: pertinência do projeto com a realidade, coerência e congruência interna e rentabilidade econômica das diversas ações para alcançar os objetivos propostos. A avaliação durante realizada como o próprio nome indica, durante a fase

de execução, tem como objetivo básico avaliar as mudanças situacionais, estabelecendo até que ponto o programa está sendo realizado em conformidade com a proposta inicial. Avaliação ex-post é aquela que se realiza quando o programa ou projeto chegou ao fim.

A avaliação formativa é um tipo especial de avaliação antecipada que ocorre durante e após um programa ter sido desenvolvido, mas antes de sua total implementação. É utilizada para compreender a real necessidade de um programa ou intervenção, para tomar decisões experimentais sobre como implementar a intervenção ou aperfeiçoá-la (HERMAN et al., 1987). Para Aguilar et al (1994), este tipo de avaliação tem por finalidade básica colaborar para pôr em prosseguimento um programa ou para melhorar seu funcionamento.

Contandriopoulos et al (1997) afirmam que a avaliação normativa consiste em realizar um julgamento sobre uma intervenção, através da comparação dos recursos utilizados e sua organização (estrutura), dos serviços ou bens produzidos (processo) e dos resultados alcançados, com critérios e normas pré-definidos. Este tipo de avaliação é comum em uma organização ou programa, correspondendo às funções de controle e de acompanhamento, bem como a programas de garantia de qualidade (CLEMENHAGEN et al., 1986).

Entenda-se intervenção como um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, dentre outros), organizados em um determinado contexto, em um dado momento, destinados a produzir bens ou serviços com a finalidade de modificar uma situação problemática. Ela pode se constituir numa técnica, num tratamento, numa prática, numa organização, num programa, numa política. É importante falar que os diversos atores envolvidos em uma intervenção dão à mesma sua forma particular, dependendo do contexto, do momento. Cada um destes atores pode traçar seus próprios objetivos com relação à intervenção e a sua avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

As definições da avaliação são numerosas e poder-se-ia até chegar a dizer que cada avaliador constrói a sua definição. Seria vaidade propor uma definição universal de avaliação. Porém, apresenta-se uma que é objeto de amplo consenso, qual seja: “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. O referido julgamento pode resultar da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa), onde são apreciados a estrutura, o processo e os resultados ou surgir a partir de um procedimento científico, caracterizando uma pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

A determinação de valor envolve um juízo com características subjetivas, ou cada vez mais objetivo, à medida que este represente unanimidade entre um maior número de avaliadores. O “órgão vital” da avaliação, do juízo de valor, é o julgamento. Para se realizar um julgamento é preciso traçar parâmetros, que servirão de modelo para cada objeto a ser avaliado (CARVALHO et al., 2000).

Shaefer (1975) define que a avaliação consiste no levantamento, na análise e na interpretação da informação necessária para identificar as opções que se apresentam entre aquelas que se há de escolher, agregando ao conceito de avaliação, a possibilidade desta oferecer vários caminhos ou opções que levem ao objetivo desejado.

Para Figueiredo et al (1999) a avaliação com suas probabilidades instrumentais de largo alcance fica limitada quando não considera a determinação política; no entanto pode ser ampliada se levar em conta essa determinação, que na verdade, sempre a precede.

Dessa forma, a avaliação se constitui num processo técnico e político, considerado, portanto intencional, auxiliado por diversas áreas do conhecimento e que pode

ser empregado em qualquer prática profissional, organização, rede de serviços, programa ou atividade, incluindo a do setor saúde (ADAMI et al., 1995).

Para as pessoas que trabalham em programas e/ ou serviços de saúde, a avaliação é um processo técnico-administrativo direcionado para a tomada de decisão e que abrange momentos de medir, comparar e emitir juízo de valor. Portanto, a avaliação deve ser também entendida como uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas. Todas as pessoas têm capacidade para tomar decisões, independente de participarem de determinado programa ou serviço de saúde. O contexto e a organização do processo de trabalho é que determinarão o exercício dessa capacidade (TANAKA et al., 2001).

Para que a decisão tomada não almeje simplesmente a racionalização de recursos e seja realmente efetiva, é preciso ter em mente que a avaliação deve ser feita visando o beneficiário final, isto é, o cliente/usuário do serviço/programa ou projeto e não exclusivamente quem solicitou a avaliação (TANAKA et al., 2000).

Esta característica própria da avaliação faz com que ela se torne um campo de trabalho apropriado para a aplicação transdisciplinar dos conhecimentos existentes em áreas como a de Epidemiologia, Administração, Estatística, Ciências Sociais e outras. Isto porque, para que objetivos mais compreensivos sejam alcançados é necessário utilizar conceitos e técnicas abrangentes e mais adequadas ao que será avaliado e não simplesmente adotar modelos pré-concebidos e rígidos (TANAKA et al., 2000).

Os objetivos de uma avaliação são inúmeros, podendo ser oficiais ou oficiosos. Dentre os objetivos oficiais destacam-se: ajudar no planejamento e elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer informação que produza melhorias em uma intervenção no decorrer da mesma (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção para fins de decisão com relação a sua manutenção, interrupção ou transformação

(objetivo somativo); contribuir para o progresso dos conhecimentos, para elaboração teórica (objetivo fundamental) (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Objetivos mais imediatos podem ser impostos à avaliação, como identificar dificuldades e obstáculos e elaborar recomendações, que possibilitem, por exemplo, corrigir os rumos do programa ou difundir lições e aprendizagem (DRAIBE, 2001).

Para Carvalho et al (2000) o maior objetivo da avaliação em saúde deve ser a utilização prática da mesma nas várias fases do planejamento dos serviços de saúde.

Escudero (1989) afirma de maneira evidente que a verdadeira finalidade da avaliação, mesmo que se refira a resultados, é apoiar a tomada de decisão e ajudá-la com sua experiência e instrumentação.

Tanaka et al (2001) afirmam que o objetivo final de um processo de avaliação de um programa é abordar os três componentes: estrutura, processo e resultado. Independente de qual seja o componente inicial selecionado na avaliação é importante que se analise a inter-relação e interdependência entre esses componentes, de maneira que facilite as respostas às hipóteses formuladas e proporcione maior efetividade nas decisões a serem tomadas.

Todo e qualquer tipo de avaliação não pode encerrar-se em si mesmo. Ao mencionar deficiências, ao analisar a situação, ao medir o grau de eficiência, ao perceber o nível de satisfação do usuário, apenas tem início o seu principal objetivo e função, que é o de desencadear ações que reiterem a precisão do objeto da avaliação ou, por outro lado, alterem e transformem as estruturas ou ações que não estejam cumprindo sua finalidade. Ela estará sempre ponderando o acerto ou o erro do sistema, para confirmar ou reformular o processo de prestação de ações ou serviços de saúde (CARVALHO et al., 2000).

O objeto do presente estudo consiste em avaliar o Programa Saúde do Escolar no

município de Fortaleza, embasando-se nos diversos conceitos de promoção da saúde e de reorganização do modelo assistencial.

## 1.2 A promoção da saúde

Em 1946 Sigerist definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação de enfermos e a reabilitação. Na década de 50 Leavel e Clark (1965) ao estudarem o modelo da história natural da doença definiram promoção da saúde como nível de atenção da medicina preventiva. Ao desenvolverem o modelo da história natural da doença esses autores definiram cinco níveis de prevenção.

O primeiro nível seria a promoção da saúde, definida como uma atuação inespecífica, relacionada à melhoria das condições de vida em geral e do meio ambiente, incluindo alimentação, habitação e vestuários compatíveis com uma existência digna; o segundo nível seria o da proteção específica, através da implementação de métodos direcionados à prevenção específica de danos; o terceiro nível corresponderia ao diagnóstico precoce e tratamento imediato; o quarto nível seria a limitação de incapacidade e o quinto nível a reabilitação (Leavel e Clark, 1965).

Várias conferências desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (WHO) convocou, juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, antiga URSS, que considerou necessária e urgente uma ação de todos os governos, do pessoal da saúde e desenvolvimento e da comunidade mundial com a finalidade de proteger e de promover a saúde de todos os

povos (WHO, 1978).

Nessa conferência considerou-se saúde um direito humano fundamental. As conclusões e recomendações de Alma Ata representaram um importante apoio para os defensores da estratégia da promoção da saúde, culminando com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá em 1986 (BUSS, 1998).

A Carta de Ottawa definiu que promover saúde significaria realizar um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma participação maior no controle desse processo. Este documento ampliou o significado da concepção de promoção, como um conjunto de ações voltadas para a prevenção das doenças e riscos individuais, para uma visão que considera a influência dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais sobre as condições de vida e saúde (WHO, 1986).

A promoção da saúde passou a ser vista como uma estratégia mediadora entre pessoas e ambiente, com a finalidade de aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde-doença, como emprego, renda, educação, cultura, lazer e hábitos de vida, buscando ofertar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e atribuindo ao Estado a responsabilidade de reduzir as diferenças, assegurar a igualdade de oportunidades e promover os meios que permitam a todos desenvolver um melhor controle sobre ela (BUSS, 2000).

Na Carta de Ottawa conclui-se que uma vez que o conceito de saúde como bem-estar ultrapassa a idéia de formas sadias de vida, a promoção da saúde transcende o setor saúde, opondo-se a conceitos anteriores a esta conferência, que identificava a promoção da saúde com a correção de comportamentos individuais, os quais seriam os principais, se não

fossem os únicos, responsáveis pela saúde (WHO, 1986).

Outros encontros e conferências foram organizados no sentido de aprofundar a discussão da promoção da saúde, incluindo estratégias importantes como as políticas públicas saudáveis, enfocadas na II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, Austrália (WHO, 1988). Nessa conferência foram assinalados o interesse e preocupação de todas as áreas das políticas públicas para com a saúde e a equidade, introduzindo, aqui, a idéia de intersectorialidade, que desde então se insere nas falas sobre promoção da saúde (BUSS, 2000).

A interdependência direta entre saúde e ambiente foi falada pela primeira vez na III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, Suécia, em 1991 (WHO, 1991). Na América Latina, as condições que assegurassem o bem-estar geral como deliberação fundamental do desenvolvimento, foram enfocadas na Conferência Internacional de Promoção da Saúde na Região das Américas, realizada em Santa Fé de Bogotá, em 1992 (OPAS, 1992).

Na Declaração de Santa Fé de Bogotá, documento que lançou a promoção da saúde na América Latina, o movimento dos municípios saudáveis focou a participação comunitária, a educação sanitária, comunicação para a saúde, voltadas para a ampliação das atitudes e da capacidade da população para melhorar as condições físicas e psicossociais nos espaços onde vivem, estudam, trabalham e se divertem (OPAS, 1998).

A IV Conferência de Promoção da Saúde realizada em Jacarta (WHO, 1997), a primeira a acontecer em um país em desenvolvimento, reconheceu que os métodos de promoção da saúde que usavam combinações baseadas nas cinco estratégias de Ottawa, a saber: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e

reorientação do sistema de saúde, enfocadas na II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, Austrália eram mais eficazes que aqueles que focavam um único campo (WHO, 1988).

A Conferência de Jacarta procurou ainda avançar nas discussões dos fatores que impediam a concretização do novo conceito de saúde e colocou como principal ameaça para sua execução o aumento da pobreza, propondo novas ações frente a essa ameaça: a cooperação internacional e a criação de novas parcerias (WHO, 1997).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) promover saúde significa tocar nas diferentes dimensões humanas, considerar importantes e indissociáveis das outras dimensões a afetividade, a capacidade criadora e a busca da felicidade. Relaciona ainda a promoção da saúde ao sentido de viver e aos saberes acumulados pela ciência e pelos costumes culturais locais e universais.

A Reforma Sanitária recomendou a articulação de duas práticas, ambas necessárias. Uma, a prática clínico-assistencial voltada para os efeitos dos problemas dos indivíduos, identificados por eles, de caráter assistencial ou destinada à reabilitação. Outra, a vigilância à saúde, voltada para o enfrentamento dos problemas, os verdadeiros determinantes da saúde, nos diferentes períodos do processo saúde-doença (BUSS, 1996).

Segundo esse autor a vigilância à saúde admite diferentes níveis de controle, quais sejam: de danos, de riscos e de causas, isto é, o controle de condicionantes e determinantes da saúde, que na maioria das vezes são “não-biológicos e externos ao sistema de saúde”. A vigilância à saúde desenvolve-se por meio das atividades de promoção da saúde, de prevenção de enfermidades e acidentes e de atenção curativa. A promoção da saúde distingue-se através de uma composição inter e intra-setorial e é composta por ações de ampliação da consciência sanitária, direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida saudáveis,

aspectos comportamentais, dentre outros.

As ações de prevenção de enfermidades e acidentes podem orientar-se a problemas específicos ou a grupos de problemas e a grupos de risco. As ações de atenção curativas são aquelas dirigidas para a cura de doentes, para o prolongamento da vida, para o alívio da dor e a reabilitação de seqüelas.

Desta maneira, uma nova prática sanitária interdisciplinar deverá integrar saberes e práticas intra e extra-setoriais variados, que obterão nova qualidade ao se unirem constituídas pelo paradigma da promoção da saúde para enfrentar os problemas existentes em um território.

### **1.3 Estratégias para a promoção da saúde de crianças e adolescentes no**

#### **Brasil**

A preocupação do Brasil com a proteção à infância e à maternidade oficialmente teve início em 1921, quando, na ocasião em que reorganizava os serviços de saúde, conhecida como Reforma Carlos Chagas, o governo assumiu a responsabilidade de executar ações na área de higiene infantil. Contudo, somente em 1975, através da promulgação da lei n. 6229, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde é que foram introduzidas medidas concretas que visavam articular o atendimento à saúde da mulher e da criança entre as três esferas de governo (YUNES et al., 1987).

A deflagração do processo de construção das políticas públicas na década de 80 fez crescer a preocupação social e pública com a infância e a adolescência, processo esse que

especificamente culminou na promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, que se instituiu com o propósito inovador de estabelecer a criança e o adolescente como sujeitos de direito (BRASIL, 1991).

A Constituição Federal de 1988 sinalizou na direção de um modelo de promoção de políticas públicas que permitisse à população vulnerável socialmente em decorrência da posição ocupada nas relações entre capital e trabalho, a garantia de direitos acordados, fugindo do paradigma assistencialista e universalizando direitos sociais (SOARES et al., 2003).

A promoção da saúde dividida em três áreas de ação, quais sejam: a educação para a saúde, os ambientes saudáveis e os serviços de saúde e alimentação só poderá atingir seus objetivos mediante o desenvolvimento de políticas setoriais conjuntas de educação e saúde, a criação de mecanismos de coordenação intersetorial e a implementação de programas que incluam o diagnóstico de necessidades, a formulação de planos de ação, desenho curricular, capacitação de professores e produção de material educativo, assim como a criação de atividades nas escolas e na comunidade que facilitem sua execução (OPAS, 1997).

A educação para a saúde é uma proposta concebida com a finalidade de fortalecer a capacidade dos estudantes para tomada de decisões fundamentadas e instituir práticas e estilos de vida saudáveis (OPAS, 1997). Crianças e jovens frequentadores de escolas vivenciam momentos em que seus costumes e suas atitudes estão sendo criados e, dependendo da idade ou da abordagem, estão sendo revistos (BRASIL, 2002a).

Afirma Candeias (1997) que os princípios e conceitos que alicerçam a prática da educação em saúde e da promoção em saúde são muitos. Sem cair em armadilhas que simplifiquem a questão, a educação em saúde visa desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto a promoção de saúde, embora inclua sempre educação em saúde,

objetiva mudanças de comportamento organizacional, que atinjam camadas mais amplas da população.

Ao adotar a promoção da saúde como conceito reorientador de suas políticas, o Ministério da Saúde considera necessária a sistematização, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, de propostas intersetoriais que estimulem ou reforcem o envolvimento de ações com os mais diversos setores (BRASIL, 2002a).

A atuação conjunta desses setores visando a um objetivo comum oferece uma série de vantagens: aumenta o conhecimento e a compreensão entre os mesmos, diminuindo as rivalidades e esclarecendo o papel de cada um; assegura o planejamento de ações de saúde baseadas no conhecimento mais amplo das necessidades da população; e garante a uniformidade das informações sobre saúde repassadas para o público (NAIDOO, 1996).

Nessa estratégia intersetorial, a saúde e a educação devem ser pensadas de maneira mais integradora. Em maio de 2001 foi assinada uma portaria interministerial que elaborou os Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação (BRASIL, 2002), os quais sinalizaram para a construção de uma nova cultura, na qual a saúde e a educação trabalhassem com temas transversais como: pluralidade cultural, ética, orientação sexual, cidadania, meio ambiente, trabalho, consumo, dentre outros, fundamentadas em situações vividas no dia-a-dia das populações. Dessa forma, o conhecimento deve ser encarado como algo que é construído e apropriado, fruto da interação e cooperação entre diferentes sujeitos (BRASIL, 2002a).

### **1.3.1 Promoção da saúde do escolar**

Observou-se que devido especialmente à descoberta das vacinas e a melhorias nas condições de vida, a morbidade e a mortalidade infantil obtiveram redução significativa nos últimos anos. Contudo, saúde não pode ser tratada apenas como uma questão orgânica, pois depende da interação permanente das dimensões biológicas, psicológicas e sócio-ambientais, numa dinâmica de extrema complexidade (CASTRO et al., 2001).

Desse modo, a vida nas ruas, os acidentes, os homicídios, o alcoolismo, a dependência química, a delinqüência, constituem agravos que atualmente atingem e até levam à morte milhares de adolescentes e jovens todos os dias (CASTRO et al., 2001).

Entre as jovens do sexo feminino de 15 a 19 anos, as complicações relacionadas à gravidez, ao parto e aos abortos em condições de risco são a principal causa de morte em muitos países. Por outro lado, não se pode deixar de citar as elevadas taxas de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo HIV (GELVEBER et al., 1999). De acordo com dados do DATASUS, dos 2.856.255 partos realizados em 1993, 26.505 ocorreram em meninas de 10 a 14 anos e 611.618 em jovens entre 15 e 19 anos. Em 2000, segundo a mesma fonte, dos 2.504.654 partos realizados, 32.486 foram em meninas entre 10 e 14 anos e 646.801 em jovens entre 15 e 19 anos de idade (BRASIL, 1993, 2000). Com relação a AIDS, do total de infectados no Brasil, 24.261 estão entre 10 e 24 anos. Os casos da doença nessa faixa etária apontam para um índice de 11,7% do total de casos para os jovens e de 16,2% para as jovens (BRASIL, 1999, 2000).

Atualmente, existe no mundo mais de 1,7 bilhões de pessoas (mais do que a quarta parte dos habitantes do planeta) na faixa etária de 10 a 24 anos, sendo que 86% dos indivíduos deste grupo etário encontram-se em países em desenvolvimento (POPULATION REFERENCE BUREAU, 2000).

Segundo dados da Secretaria de Atenção à Saúde, mais da metade da população brasileira tem menos de 25 anos de idade, sendo que o total de pessoas na faixa etária de 10 a 24 anos representa um terço dessa população, o que significa mais de 51 milhões de jovens. Para que estratégias direcionadas a esse grupo populacional tenham alcance significativo é preciso que estejam associadas à escola, onde grande parte desse público encontra-se inserido (BRASIL, 2002a).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, lei de número 9344, de 20 de dezembro de 1996, reza em seu artigo 4º. Inciso VIII que:

O dever do Estado com a educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de atendimento ao educando, no ensino fundamental público, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde reconhece que além da função pedagógica específica, a escola tem ainda uma função social e política direcionada para a transformação da sociedade, relacionada ao exercício da cidadania e ao acesso às oportunidades de desenvolvimento e de aprendizagem, as quais justificam ações direcionadas para a comunidade escolar que objetivem concretizar propostas de promoção da saúde (BRASIL, 2002a).

A demanda pela rede pública vem crescendo a cada ano, inicialmente por ser uma obrigação do poder público a garantia do acesso universal à escola gratuita e de boa qualidade e também por refletir a crise econômica por que passa o país nos últimos trinta anos (FORTALEZA, 2002a).

Conforme dados preliminares do Censo Escolar (2003), no Brasil existem 57

milhões de estudantes na educação básica, o que corresponde a quase um terço da população brasileira, sendo que 87% estão em escolas públicas. Nessa rede de escolas a matrícula no ensino fundamental correspondeu a 31.445.336. Houve um aumento de 3% no número de alunos matriculados na Educação Infantil, que reúne Creche e Pré-escola, chegando a 6,4 milhões de matriculados. Somente nesse ano, 8.005.810 matrículas foram efetivadas no ensino médio e 3.957.644, na educação de jovens e adultos. Essa população de jovens carece de ações educativas em saúde e têm direito a ações integradas e coesas que resultem em sucessos e impacto (BRASIL, 2003).

No que se refere à implementação de políticas públicas, a Prefeitura de Fortaleza enfrentou grandes desafios, impostos pela condição de metrópole com cerca de 2,2 milhões de habitantes, onde 34% dessa população em 2003 encontrava-se na faixa etária de 1 a 14 anos (IBGE, 2000). No ano de 1992, em Fortaleza, foram matriculados na rede pública municipal de ensino nos níveis Educação Infantil e Ensino Fundamental 69.021 alunos; em 2002 foram matriculados 226.644 e em 2003 este número subiu para 238.450 alunos. De 1992 a 2003 houve um crescimento de 124,5% na matrícula da Educação Infantil e 282,5% na do Ensino Fundamental (FORTALEZA, 2002).

Analisando a evolução das taxas de abandono e reprovação da 1<sup>a</sup>. a 8<sup>a</sup>. séries do ensino público de Fortaleza, no período de 1998 pode-se observar que a taxa de abandono (%) que era de 10,3, passou a 9,5 em 1999, voltando a crescer para 9,9 em 2000 . A taxa de reprovação que era de 10,6, passou a 11,6 em 1999, voltando a crescer para 11,8 em 2000 (FORTALEZA, 2002a). Uma maneira de se evitar esses indicadores é lutar pela preservação do espaço escolar para o desenvolvimento de ações educativas, que destaquem a promoção da saúde e a prevenção e detecção precoce de problemas (UBEDA, 1986; RAMOS, 1990).

A educação para a saúde é uma proposta concebida visando o fortalecimento e a

habilidade dos alunos para tomar decisões fundamentadas e instituir práticas e estilos de vida saudáveis. Desta forma, a ênfase na metodologia educativa deve transferir-se do ensino para a aprendizagem (OPAS, 1997). Esse conteúdo que integra as metas ideais ditadas nos livros e o conhecimento adquirido pelas experiências do dia-a-dia das comunidades deve ser produzido pela escola (PEREGRINO, 2000).

Atualmente o que ocorre é o fato das organizações educativas basicamente se preocuparem em identificar as inúmeras “faltas” nas crianças das camadas populares: falta de inteligência, falta de embasamento anterior, falta de um ambiente familiar adequado, falta de maturidade para serem alfabetizadas, falta de condições nutricionais, falta de saúde, dentre outras. Dessa forma, reduzidos a seres de extrema carência, o destino dessas crianças já está traçado pela “profecia” de professores, de estudiosos do assunto e da sociedade, que antecipam, anunciam e acabam contribuindo para o fracasso dessa população (PATTO, 1990).

Segundo Peregrino (2000), o saber sobre saúde não deve ser a simples transposição para a escola, dos debates e problemas que se manifestam nos centros de saúde. As crianças devem saber sobre práticas indicadas para se ter uma boa saúde. Contudo, o fato de simplesmente listar essas práticas, de forma isolada da análise efetiva das condições de vida dessas crianças, poderá imprimir nas mesmas a “consciência” de sua inadequação para a vida saudável. A missão que se coloca tanto para a escola, quanto para o setor saúde, é a superação das práticas isoladas e a busca por um trabalho intersetorial (CYRINO et al., 1999).

Três fatores são necessários para que se desenvolva um programa de saúde do escolar: o desejo político, a infraestutura social existente e a educação em saúde. Esses três elementos integrados permitirão a promoção da saúde, a prevenção e o controle da doença (FOCESI, 1992).

Porém, somente a decisão política não é suficiente, pois a promoção da saúde do

escolar é uma tarefa simultânea da escola pública, dos centros de saúde e do movimento popular, entendendo promoção da saúde como o resultado das condições de vida num certo contexto econômico e político (OLIVEIRA et al., 1990).

Para que possa promover saúde é preciso que a escola seja segura e possua todos os serviços e instalações indispensáveis para que funcione de maneira adequada. Deve ainda promover o desenvolvimento humano sadio e relações construtivas entre seus integrantes, bem como apresentar-se livre de violência física, verbal e psicológica (OPAS, 1997).

#### **1.4 Modelo assistencial x vigilância à saúde**

Carvalho et al. (1998), definem modelo assistencial como a maneira como se organizam e combinam as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença; e Paim (1998) como:

[...] As combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços com distinta complexidade.

Mendes (1996) conceitua vigilância à saúde como uma maneira nova de resposta social organizada aos problemas de saúde, tomando por base o conceito positivo de saúde e o seu paradigma da produção social. Conseqüentemente, essa prática ao mesmo tempo em que busca recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, deve articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre todos os nós

críticos de um problema de saúde, tomando por base a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

O Modelo de Atenção através de suas práticas sanitárias deve basear-se na identificação, análise, compreensão do processo saúde-doença do município ou região e os determinantes das condições de saúde e doenças existentes, de modo a intervir nesse processo como um todo e não apenas em seus efeitos danos-doença, incapacidade e morte, com sua vertente de assistência médica predominantemente curativa (ALMEIDA et al., 2002).

Ou seja, a política e o sistema de saúde não podem apenas ficar seguindo os passos dos “prejuízos” do processo, com suas conseqüências em termos de doenças, seqüelas e mortes evitáveis, com elevação e desperdício de esforços e recursos sociais, devendo essa política e o sistema de saúde atuar de forma intersetorial, bem como desenvolver ações e serviços fora do seu campo de atuação (ALMEIDA et al., 2002).

Esse pensamento é respaldado pela Organização Mundial de Saúde quando esta afirma que, “já que o conceito de saúde como bem-estar transcende a idéia de formas sadias de vida, a promoção da saúde deve transcender o setor saúde” (WHO, 1986).

Buss (1996) concorda com os dois pensamentos expostos acima, ao afirmar que para isso é necessário utilizar e integrar saberes e práticas isolados, como: a atenção médico-hospitalar, os programas de saúde pública, as vigilâncias epidemiológica e sanitária, a educação para a saúde, com ações extra-setoriais, dentre elas: oferta de água, esgoto e também ações de educação, habitação e nutrição.

Desse modo, a ênfase do modelo deve ser o da produção social da saúde, que busca a inserção e manutenção do maior número possível de pessoas na condição de “sadio” do gradiente de saúde (ALMEIDA et al., 2002).

Assim, o grande desafio da saúde tem sido reorganizar os serviços, visando a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Observar seus princípios, quais sejam: a regionalização, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o acesso universal, o atendimento integral com prioridade para as ações preventivas e a participação da comunidade, significa, também, rever a questão da saúde da criança e adolescente (CYRINO et al., 1999).

Alguns segmentos da população, dentre eles a criança em idade escolar ou o adolescente alertam para a situação de marginalização com relação ao atendimento em saúde em que se encontram, para a necessidade de aumentar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços (CYRINO et al., 1999).

Concorda com eles Mascaretti (1999), ao afirmar que a abordagem clínica da criança em idade escolar não tem sido feita, geralmente, de forma abrangente, tanto na unidade de saúde, quanto nos consultórios particulares. A criança, nessa idade comparece com menor frequência aos consultórios pediátricos, deixando de usufruir dos benefícios da puericultura.

Estudos realizados a partir de 1985, no município de Botucatu, Estado de São Paulo, comprovaram que havia carência de serviços de saúde direcionados para atender às necessidades da criança em idade escolar, freqüentadora ou não da escola pública. Talvez, salvo algumas exceções, essa ausência aos serviços fosse devido à reduzida interpretação, por parte dos mesmos, das necessidades dessa clientela (AYRES, 1990).

O Programa de Saúde Escolar-PSE, de Botucatu, cidade do interior de São Paulo, concebido para atender à reivindicação de uma escola estadual da periferia da cidade, teve como objetivos iniciais realizar um diagnóstico da situação de saúde e do processo educacional dos escolares, identificar as necessidades do corpo docente da escola e traçar uma

proposta de ação com a participação de professores, alunos e familiares. Aos poucos se formou uma equipe de profissionais da saúde e da educação, preocupados em compreender os problemas que envolviam a saúde do escolar e em construir propostas que respondessem a esses problemas (CYRINO et al., 1999).

Os objetivos desse programa não se restringiram ao atendimento imediato dos problemas médicos do escolar, nem ao atendimento de demandas individuais e/ou espontâneas, mas atuaram de maneira a garantir o direito da criança de beneficiar-se de ações organizadas no plano coletivo, tornando assim possível, uma maior integração entre equipe de saúde, escola, criança e família. (CYRINO et al., 1999).

Esses autores afirmam ainda que durante a avaliação do trabalho inicial, observou-se que a presença da equipe do programa na escola, trazendo uma leitura crítica dos programas de saúde escolar já desenvolvidos, ao mesmo tempo em que sinalizava para uma nova proposta, gerou uma série de conflitos e insatisfações de ambas as partes, demonstrando que o trabalho conjunto não se desenvolveria num espaço harmonioso. (CYRINO et al., 1999).

Habitados à presença esporádica do setor saúde no ambiente escolar, exigindo soluções para questões médicas predominantemente curativas ou mesmo fora da área médica, direção e professores encontraram uma equipe disposta a repensar a saúde escolar com base na integração saúde e educação, buscando novas propostas que muitas vezes ultrapassavam os dois setores (CYRINO et al., 1999).

Essa equipe, composta por profissionais das áreas de saúde mental, educação e saúde pública, buscava uma proposta de parceria, com a participação ativa de todos, capaz de tornar conscientes os limites da equipe e da escola. Chamou a atenção desta equipe o fato da escola encaminhar para a consulta médica preferencialmente os escolares considerados

fracassados e crianças com problemas de pele, ou seja, dentro desse grupo, dez crianças (35%) repetentes ou com mau rendimento escolar foram encaminhadas para atendimento médico por terem sido consideradas pela escola com prioridade maior para esse tipo de atendimento (CYRINO, 1994).

As outras queixas se referiam principalmente a problemas de visão, de comportamento, dores, talvez a problemas mais relacionados com a aparência dos escolares (CYRINO, 1994). O programa foi aos poucos se ampliando e incorporando novas propostas, em meio a conflitos e dificuldades, mas abrindo e construindo novas áreas de atuação, definindo de forma mais clara os espaços de cada área, sem perder a probabilidade de um trabalho interdisciplinar (CYRINO et al., 1999).

Mais recentemente, novas demandas vêm-se concretizando por meio de outras parcerias com a comunidade e com estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) em projetos de extensão universitária. Hoje, o programa se constitui numa parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Botucatu e a Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), através do Departamento de Saúde Pública (CYRINO et al., 1999).

Em 1987 detectou-se em Ribeirão Preto, interior de São Paulo, que a cobertura de atendimento, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para a faixa etária de cinco a catorze anos era pequena, não sendo satisfatória. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), davam prioridade ao atendimento das crianças de zero a quatro anos, com ênfase nas de zero a dois anos. O programa surgiu em decorrência de um convênio firmado entre a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Fundação de Assistência ao Estudante do Ministério da Educação (FAE) e a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, tendo como intervenientes a Secretaria Municipal da Saúde (FERRIANI et al., 1999).

Formado por uma equipe multiprofissional (enfermeiro, pediatra, fonoaudiólogo,

psicólogo, dentre outros), tinha por finalidade a prevenção e a promoção da saúde integral do escolar. Inicialmente desenvolvido nas próprias escolas, com o passar do tempo, através da experiência e das discussões que foram surgindo no desenrolar do trabalho, passou a ter uma nova dimensão de suas atividades e saiu do espaço escolar, deixando aí apenas ações coletivas. As ações individuais e curativas deveriam estar centradas nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas Distritais de Saúde (FERRIANI et al., 1992).

Segundo os técnicos envolvidos no programa que não se deveria transformar as escolas em ambulatórios médicos, descaracterizando-as enquanto espaço pedagógico, apesar de se considerar que o desenvolvimento desse trabalho no espaço escolar, no primeiro momento, foi necessário e oportuno, possibilitando aos profissionais entenderem os reais problemas de caráter pedagógico, bem como saberem da existência de crianças com necessidade de atendimentos especializados, que se encontravam desassistidas (FERRIANI et al., 1999).

A saída dos profissionais do PROASE (psicólogo, fonoaudiólogo, pediatra, dentre outros) em 1991, para as Unidades Básicas Distritais de Saúde objetivou o atendimento especializado somente às crianças que necessitassem, considerando que não se contava na rede com este tipo de atendimento. Com essa nova organização no município de Ribeirão Preto, o PROASE em 1991 se reestruturou e se expandiu colocando em prática a sua proposta feita ao novo Governo e implantou quatro ambulatórios de Saúde Escolar, um em cada Distrital e um no Centro de Saúde Escola (FERRIANI et al., 1999).

Em 1993, com a mudança de governo, o programa passou a ser questionado pela sua verticalidade, por ser estanque e estar voltado para uma faixa etária específica. A coordenação aprendeu com essa experiência, que não é suficiente o conhecimento técnico-científico, para que se possa transformar o discurso teórico em prática, pois outras questões

extrapolam esse conhecimento, no caso a política e o poder, entendendo que, para o estabelecimento de uma política de saúde, é necessária uma mudança na qual se assuma uma proposta política transformadora para todos os segmentos da sociedade (FERRIANI et al., 1999).

Na avaliação do Programa de Assistência à Saúde do Escolar desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde, realizada por FERRIANI (1999), observa-se como recomendação: *a atenção à criança em idade escolar e ao adolescente deve estar contida em uma Política de Atenção à Saúde da Criança*, ou seja, nas ações desenvolvidas pelo sistema de saúde a todas as crianças, pois evasão e o acesso à rede de ensino, ainda são preocupantes em nosso país.

## **1.5 O PSE de Fortaleza – Ceará**

As políticas governamentais para o setor saúde têm destacado a reorganização da atenção básica - de que é um exemplo o incentivo a programas como o de Saúde da Família, na procura por modelos que ampliem a cobertura e a capacidade de solução de problemas no nível da atenção básica (BRASIL, 1997b). A organização da rede básica exige um esforço no sentido de superar seu papel de porta de entrada triadora, percebendo-a como um lugar essencial para a realização da integralidade das ações individuais e coletivas de saúde (MERHY, 1998).

A rede básica assistencial de Fortaleza em 2003 era composta por 25 (vinte e

cinco) centros de saúde com o Programa de Saúde da Família (PSF) implantado, totalizando 100 equipes cadastradas, cobrindo somente 15% da população, porém com algumas equipes incompletas, principalmente no que se referia a médicos, cuja instabilidade nas equipes era grande. A forma de contratação se fazia através de uma cooperativa (médicos e enfermeiros), enquanto os agentes de saúde e auxiliares de enfermagem eram terceirizados. O restante das unidades básicas (59) prestava atendimento baseado em demanda espontânea, sem a preocupação de adscrever a clientela e de construir vínculos com a mesma. Segundo a coordenação da Célula de Atenção Básica de Saúde à época, “a única saída para a população de baixa renda era recorrer ao serviço de pronto-atendimento” (FRANCO, 2004).

A coordenação argumentava ainda:

que o apelo à especialização é muito grande na comunidade científica. Outro fator que dificulta o aumento das equipes em cidades com mais de 100 mil habitantes é a carga horária exigida de oito horas. Com relação aos agentes de saúde, são 590 e mais 360 estão para ser contratados. (FRANCO, 2004).

Na avaliação do PSF, realizada em dez municípios de grande porte, foram detectados diversos problemas para a sua implementação, dentre eles: a dificuldade de substituir o modelo de atenção à saúde dentro de uma rede já existente e estruturada nos moldes tradicionais, para a conversão deste modelo; a inserção, o desenvolvimento de recursos humanos; a avaliação e o monitoramento efetivo do processo e dos resultados do PSF, além da integralidade entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços do Sistema de Saúde (BRASIL, 2002b).

Em maio de 2002 a Prefeitura Municipal de Fortaleza lançou o Modelo de Atenção Integral à Saúde (MAIS), com o slogan: “começa na barriga da mamãe, passa pelo berço e continua na escola”. Com o objetivo de reestruturar o atendimento a mulheres,

crianças e adolescentes até 14 anos, o novo formato de atendimento visava permitir um acompanhamento de caráter preventivo à população-alvo, a adscrição da clientela para organização da demanda e a conseqüente vinculação de mulheres e crianças de até um ano de idade às maternidades municipais (FORTALEZA, 2002b).

A administração municipal vislumbrou, através do MAIS, a possibilidade de obter um aumento real da qualidade de vida da população que utilizava os serviços da rede municipal. Dessa forma, seria possível organizar a demanda através da marcação de consultas regulares, propiciando o acompanhamento permanente da clientela, cultivando assim uma nova forma de cuidar da saúde, ao invés de limitar-se a tratar a doença (FORTALEZA, 2002b).

O Modelo de Atenção Integral à Saúde (MAIS) resultou da articulação de três projetos: Atenção à Saúde da Mulher, Atenção à Saúde da Criança Até Um Ano de Vida e Atenção à Saúde do Escolar, cuja avaliação constitui o objeto desse estudo. O referido modelo buscou criar condições para aumentar a capacidade de atendimento de saúde, contratando pediatras através de uma parceria com uma cooperativa, bem como a sensibilização de pediatras e enfermeiros da rede para aderirem ao programa (FORTALEZA, 2002b).

O desenho do programa foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde e discutido com as equipes das Secretarias Executivas Regionais, estruturas administrativas do poder municipal, para captação de profissionais interessados, capacitação das equipes técnicas elaboração das estratégias para operacionalização, supervisão e acompanhamento do programa. O gerenciamento ficou a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, à qual competiu determinar as diretrizes, normas, critérios e procedimentos operacionais a serem seguidos pelos órgãos executores, no caso, as Secretarias Executivas Regionais (FORTALEZA, 2002a).

Recursos da ordem de R\$ 7.402.000,00 por ano foram destinados para o pagamento de pessoal e outros custeios do programa (Fortaleza, 2003b). O Programa Saúde do Escolar (PSE) teve como objetivo geral reorganizar a atenção básica de saúde através de ações que visassem a redução da morbimortalidade e a promoção da saúde de crianças de 1 a 14 anos residentes nas áreas de abrangência dos serviços de saúde, priorizando o escolar da rede pública (FORTALEZA, 2002a).

Apresentou como objetivo específico inicial realizar o seguimento de crianças na faixa etária de 1 a 14 anos, priorizando o escolar, através de ações preventivas e curativas. Os profissionais médicos cumpriam carga horária de trinta horas semanais, o número de agentes de saúde previstos por equipe seria de três e o número de equipes previstas até o final da gestão seria de 73 (FORTALEZA, 2002a).

Em janeiro de 2003 houve mudança na equipe de condução da Secretaria Municipal de Saúde, incluindo o gestor e a equipe da Célula de Atenção Básica. Dessa forma, vários projetos foram reformulados, dentre eles o PSE, que passou a ter o objetivo geral de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das crianças e escolares (1 a 14 anos) das creches e escolas da rede pública de ensino de Fortaleza, através da ampliação das ações de prevenção e promoção da saúde, visando minimizar e/ou superar os agravos que atingem esse grupo populacional, buscando ainda a integração saúde-escola-família (FORTALEZA, 2003a).

Depois de reformulado, o programa definiu como objetivos específicos, reduzir: o índice de cárie dental; a morbimortalidade por DST e AIDS; o índice de gravidez não planejada na adolescência; o uso indevido de drogas; a desnutrição e erros alimentares; a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, além de identificar e dar encaminhamento aos problemas ortopédicos, auditivos, oftalmológicos, dermatológicos, dentre outros

(FORTALEZA, 2003a).

As novas metas propostas foram: atender 100% das crianças/escolares de 1 a 14 anos contemplados nas creches/escolas da rede públicas de ensino; desenvolver ações de promoção, prevenção e curativas em nível individual e coletivo em 100% da população trabalhada; capacitar 100% dos agentes comunitários de saúde do PSE nas ações de imunização, nutrição, verminose, higiene, saúde oral e DST/AIDS, dentre outras; imunizar contra doenças imunopreveníveis 100% das crianças/escolares contemplados; atender 100% da população-alvo, através da escovação supervisionada, bochechos de flúor e aplicação tópica de flúor; sensibilizar 100% dos profissionais de saúde e educação envolvidos no programa; e motivar 100% dos pais das crianças/escolares contemplados, para participarem das ações educativas (FORTALEZA, 2003a).

A equipe técnica, composta por um pediatra, um enfermeiro e três agentes comunitários de saúde, atuaria em creches e/ou escolas da rede pública vinculadas a uma unidade básica de saúde pertencente às Secretarias Executivas Regionais. O número de crianças/escolares assistidas por equipe por ano estaria diretamente relacionado à carga horária do profissional médico, isto é, 3.600 crianças/escolares atendidas por ano pelo médico com jornada de 30 horas semanais e 2.400 crianças/escolares por ano para o médico com jornada 20 horas semanais. O critério de vinculação dos alunos a determinada equipe de um centro de saúde, dar-se-ia pela proximidade da escola em relação a essa unidade de saúde (FORTALEZA, 2003a).

Existiam, à época, dois tipos de carga horária para os médicos: 20 horas semanais e 30 horas semanais; a partir de então, o médico que ingressasse no PSE teria jornada de 20 horas semanais. O número de agentes de saúde por equipe foi reduzido para dois e o número de equipes a serem implantadas até o final da gestão seria de 80 (FORTALEZA, 2003a).

As funções definidas para o pediatra foram: desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, discutindo com a comunidade escolar, de forma permanente, os referidos conceitos; realizar avaliação clínica dos escolares/crianças, prestando assistência médica àqueles sob sua responsabilidade; atender a agenda da unidade de saúde quando necessário; participar do processo de planejamento e avaliação das ações; participar do processo educativo, sensibilizando professores e pais para a promoção da saúde; participar do processo de avaliação dos indicadores de sua área de abrangência (FORTALEZA, 2003a).

O enfermeiro teria por funções: participar também do processo de discussão com a comunidade escolar sobre promoção da saúde; do planejamento e avaliação das ações e dos indicadores de saúde da população alvo; prestar assistência de enfermagem aos escolares sob sua responsabilidade; desenvolver ações de capacitação e acompanhamento do trabalho dos agentes de saúde para melhor executarem suas funções, além de realizar visita domiciliar ao escolar, quando necessário (FORTALEZA, 2003a).

As funções do agente comunitário de saúde seriam: realizar mapeamento da sua área de atuação; desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde; cadastrar os escolares, realizar visitas domiciliares ao escolar, quando necessário e participar de campanhas de saúde, bem como do processo de planejamento e avaliação das ações e indicadores de saúde (FORTALEZA, 2003a).

A escola envolvida deveria implementar, dentro do processo ensino-aprendizagem a realização de ações voltadas para a saúde do educando; apoiar as ações desenvolvidas pelo programa, fortalecendo a intersetorialidade; divulgar junto à comunidade escolar o PSE e participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações (FORTALEZA, 2003a).

A unidade de saúde contemplada com o programa deveria apoiar e garantir as

condições necessárias para o bom desenvolvimento das ações do programa; divulgar o mesmo, implementar a intersetorialidade e participar do processo de planejamento e avaliação das ações (FORTALEZA, 2003a).

As atividades a serem realizadas durante o período letivo seriam: avaliação nutricional através da aferição do peso e idade dos escolares; avaliação da situação vacinal, através do Cartão de Vacina, com posterior encaminhamento às unidades de saúde dos casos que se encontrassem com calendário vacinal atrasado ou agendamento da vacinação na própria escola; avaliação da acuidade visual, utilizando-se a escala optométrica de *Snellen*, com posterior encaminhamento dos alunos portadores de déficit visual aos serviços de referência (FORTALEZA, 2003a).

Estavam programadas ainda: avaliação das condições de saúde oral e encaminhamento às unidades de saúde os alunos com necessidade de tratamento odontológico; avaliação ortopédica, identificando os problemas e encaminhando seus portadores para tratamento; avaliação comportamental, identificando possíveis distúrbios e dificuldades de aprendizagem, com posterior encaminhamento; e realização de palestras, exposição de cartazes, abordando temas relacionados à saúde em geral (FORTALEZA, 2003a).

Foi elaborada uma planilha de atendimento diário (ANEXO A), adotada pelo programa desde 2002 para cadastro inicial do aluno e anotação de dados referentes à primeira consulta, realizada na escola. Os alunos foram avaliados por escola, turno e turma, sendo essa avaliação inicial realizada pelo médico de cada equipe.

As ações de vigilância à saúde se dariam nas áreas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, da promoção da saúde bucal, além da educação em saúde, executada de forma permanente, abordando temas como: Síndrome da Imunodeficiência

Adquirida (AIDS), Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), gravidez na adolescência, drogas, incentivo à adoção de hábitos corretos de higiene pessoal, de alimentação adequada, da prática de exercícios físicos e outros temas de interesse do aluno (FORTALEZA, 2003).

Surgem então as seguintes perguntas: Como foi o desempenho do Programa? Atingiu os grupos-alvos que pretendeu atingir? Quais as relações do programa com o PSF?

Esse estudo visou, pois, avaliar um programa direcionado ao escolar. Por ser uma diretriz de governo que permeou duas importantes áreas (saúde e educação), de fazer parte do Modelo de Atenção Integral à Saúde/MAIS (FORTALEZA, 2002b), carro chefe das ações de saúde, à época, comprometendo a nível local, recursos da ordem de 7.400.000,00 de reais por ano, o PSE exigia um monitoramento e avaliação sistemáticos que produzissem resultados, como a detecção de dificuldades e obstáculos durante sua implantação e a produção de recomendações que subsidiassem o gestor municipal na tomada de decisão com relação a sua continuidade, redirecionamento ou disseminação de aprendizado, razões pelas quais tornou-se objeto desse estudo.

## **1.6 Marco referencial teórico-metodológico**

O referencial teórico-metodológico utilizado para serviço, sistema ou programa objeto de avaliação, adotado nesse estudo foi a concepção sistêmica de Donabedian (1980, 1990). Nela, os componentes estrutura-processo-resultado apresentam-se interdependentes, abertos e permeáveis ao usuário, sendo este parte integrante do processo, influenciando e sofrendo influências desse e, conseqüentemente, trazendo para dentro dos componentes as

características do contexto.

Esse modelo possui grande aceitabilidade e, por esse motivo, tem sido amplamente difundido. A razão para tudo isso está na sua compatibilidade e subsequente utilidade para os programas de saúde, pois sua abordagem contempla a lógica de funcionamento dos serviços de atendimento direto, como: recursos, atividades, serviços e efeitos (AGUILAR et al., 1994).

Com o decorrer dos anos, em vários países, as avaliações moveram-se de um componente do sistema para outro. De 1850 a 1910 as avaliações tiveram seu enfoque no resultado. A partir de 1910 o enfoque passou do resultado para a estrutura. Nas décadas de 70 e 80 o enfoque foi no componente processo. Após os anos 80, focou-se novamente o resultado (REGIONAL..., 2000).

A estrutura dos serviços corresponde aos insumos básicos necessários à prestação da assistência à saúde, como área física, pessoal (número, tipo e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos técnico-administrativos. A avaliação de estrutura refere-se às características mais estabelecidas e não variáveis do sistema de saúde (DONABEDIAN, 1980, 1990).

Na apreciação da estrutura interessa saber em que medida os recursos são utilizados de maneira adequada para atingir os resultados esperados, comparando-se os recursos da intervenção, bem como sua organização, com critérios e normas correspondentes (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Donabedian (1980, 1990) presume que a existência de uma boa estrutura apresenta as pré-condições para um bom desempenho nas áreas de processo e de resultado. Concordam com ele Carvalho et al (2000), quando afirmam que a avaliação estrutural parte da

premissa de que, ao assegurar as condições mínimas ideais de funcionamento dos serviços de saúde, a obtenção de resultados será facilitada.

A avaliação de processo é o tipo mais básico de avaliação. Analisa como o serviço está sendo realizado, descrevendo o que está acontecendo. Refere-se essencialmente ao que os profissionais de saúde estão fazendo, do ponto de vista técnico, na condução da atenção à saúde e também na interação com os pacientes. Compreende as atividades relacionadas com a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos incluindo ainda a identificação de problemas, métodos diagnósticos e os cuidados prestados (DONABEDIAN, 1980, 1990).

Segundo Contandriopoulos et al. (1997), nesta etapa procura-se saber em que medida os serviços são adequados para se chegar aos objetivos esperados, através da comparação dos serviços ofertados pelo programa ou intervenção, com critérios e normas preestabelecidos para se atingir os resultados esperados.

Pereira (1995) afirma que a avaliação de resultado determina a efetividade de um programa, descrevendo até que ponto conseguiu produzir os resultados esperados e atingiu os objetivos declarados. Donabedian (1985) define os resultados como: a “conseqüência da atenção ou da falta dela na saúde de quem a recebe ou deixa de receber”.

A apreciação dos resultados compreende perguntar se os resultados obtidos correspondem aos esperados. Isto é feito, comparando-se os índices dos resultados encontrados com critérios e normas esperados. Esta apreciação é considerada muitas vezes insuficiente para se fazer um julgamento válido sobre os resultados obtidos num programa ou intervenção. Para realizar esta avaliação deve-se proceder a uma pesquisa avaliativa, que compreende a realização de um julgamento *ex-post* de uma intervenção, utilizando métodos científicos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Geyndt (1970 apud CARVALHO et al., 2000) afirma que fatores independentes dos componentes técnicos, sociais, fatores psicológicos do processo de atenção afetam e determinam o resultado, dentre eles: a situação social do paciente, idade, sexo, fatores emocionais e culturais e todas as outras forças que não podem ser controladas pelo homem. Diante desses fatos, a avaliação de resultados é difícil de ser mensurada, pois os mesmos sofrem a influência de múltiplos fatores.

Segundo Carvalho et al. (2000), um dos componentes da avaliação de resultados é o dado quantitativo de produção, que indicaria, de maneira indireta, esses resultados quanto a alguns aspectos. Por exemplo, a análise da produção de determinado número de consultas não implica em avaliação do resultado final da atenção à saúde. Uma boa cobertura referente a consultas médicas não garante melhores índices de incidência de doenças, mas pode assegurar a chegada da assistência à população.

Embora seja uma tarefa relativamente fácil a distinção dos componentes estruturais daqueles relacionados ao processo e aos resultados, nem sempre é fácil a distinção entre esses dois últimos componentes. Contudo, essa análise se torna mais fácil quando se trabalha com aspectos quantitativos (ADAMI et al., 1995).

Quanto maior for o sucesso de uma avaliação, mais ela abrirá caminhos para novas perguntas. Ao semear dúvidas ela não tem condições de dar todas as respostas e não pode terminar nunca. Deve ser encarada, acima de tudo, como uma atividade dinâmica no tempo, apelando para autores numerosos, utilizando e envolvendo métodos e competências variadas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar o Programa Saúde do Escolar no município de Fortaleza, no período de janeiro a dezembro de 2003.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Verificar a estrutura das escolas e centros de saúde para o atendimento do programa;

Avaliar o programa no que se refere ao processo;

Avaliar resultados do programa.

### 3 METODOLOGIA

Este estudo consistiu numa avaliação normativa, a partir de análise documental e observacional. Para Contandriopoulos et al. (1997) a avaliação normativa é aquela que realiza um julgamento sobre uma intervenção, comparando estrutura, processo e resultados alcançados, com critérios e normas predefinidos.

Na apreciação da estrutura procura-se saber em que medida os recursos são utilizados adequadamente para que os resultados esperados sejam alcançados. A apreciação do processo acontece através da comparação dos serviços ofertados com os critérios e normas pré-estabelecidos visando a obtenção dos resultados propostos. Na apreciação dos resultados compara-se o resultado alcançado com critérios e normas de resultados esperados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Esse tipo de avaliação ampara-se no princípio de que existe uma forte relação entre o respeito aos critérios e às normas definidas e os resultados de um programa ou intervenção (ROSSI et al., 1985).

Como toda avaliação implica um julgamento, baseado numa comparação entre aquilo que se deseja avaliar e uma situação ideal ou equivalente, o desenho da avaliação refere-se à forma através da qual essa comparação será feita (SILVA et al., 1994).

O estudo foi realizado no município de Fortaleza e a avaliação do programa compreendeu o período de janeiro a dezembro de 2003, tendo o levantamento de dados ocorrido em 2004.

### **3.1 Local de Estudo**

O estudo foi realizado no município de Fortaleza e abrangeu centros de saúde e escolas com prioridade para as da rede pública, pertencentes às Secretarias Executivas Regionais, estruturas administrativas da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

### **3.2 População de Estudo**

A população de estudo foi composta por todos os serviços que estiveram executando o programa, isto é, por todas as unidades envolvidas com o programa (FORTALEZA, 2004).

### **3.3 Coleta dos Dados**

Vuori (1982) afirma que a avaliação baseia-se em informação “válida, pertinente e sensível”. As informações que vão instrumentalizar qualquer processo avaliativo podem ser primárias, quando se vai a campo buscar informações através de um instrumento preparado para tal.

Na maioria das avaliações realizadas na área de saúde, trabalha-se com informações já existentes e disponíveis nas instituições e serviços, chamadas de informações secundárias. São dados administrativos e outras informações que existem em prontuários médicos, em anotações de história do paciente, diagnóstico, exame físico, exames

complementares e terapêuticos (CARVALHO et al., 2000).

Nesse estudo realizou-se uma pesquisa documental na Secretaria Municipal de Saúde. Os dados do estudo, do tipo secundário, foram coletados utilizando-se como fontes fichas padronizadas pelo programa, relatórios, mapas de produção e outros documentos institucionais.

A pesquisadora participou, na qualidade de observador, de reuniões de avaliação do programa, com a presença da coordenação central do mesmo e suas equipes executoras. Durante essas reuniões foram registrados os depoimentos das equipes para utilização posterior.

Utilizou-se o QUADRO 1 como roteiro para a metodologia, seguindo modelo elaborado por Tanaka et al. (2001), baseado na concepção sistêmica de Donabedian (1980, 1990), com adaptações para o estudo em questão.

Dimensão avaliada	Variáveis observáveis	Modalidade de coleta de informação	Fonte
1. Estrutura	<p>1.1. Número de equipamentos disponíveis nos centros de saúde e escolas para uso do programa</p> <p>1.2. No de salas disponíveis nos centros de saúde e escolas para uso do programa</p> <p>1.3. Número de médicos pediatras existentes no programa x número de médicos pediatras necessários</p> <p>1.4. Número de enfermeiros existentes no programa x número de enfermeiros necessários.</p> <p>1.5. Número de equipes implantadas x número de equipes previstas</p> <p>1.6. Capacitação técnica dos profissionais do programa</p>	Pesquisa de dados secundários	<p>Cadastro patrimonial do serviço;</p> <p>Relatórios Institucionais;</p> <p>Manual de Norma tização do PSE.</p>
2. Processo	<p>2.1. Número de alunos com primeira consulta</p> <p>2.2. Percentual de primeiras consultas realizadas com preenchimento de dados estandardizados pelo programa</p>	Pesquisa de dados secundários	<p>Planilha de atendimento diário;</p> <p>Mapas de produção dos profissionais;</p> <p>Outros arquivos institucionais.</p>
2.1. Estrutura x Processo	2.1.1. Relação entre carga horária médica e produtividade dos profissionais médicos do PSE no município de Fortaleza em 2003.		

Dimensão avaliada	Variáveis observáveis	Modalidade de coleta de informação	Fonte
3. Resultado	<p>3.1. Percentual de crianças/escolares com necessidade de atendimento, seguidas pelos médicos do programa.</p> <p>3.2. Número de crianças/escolares assistidas x número de crianças matriculadas na rede pública municipal na faixa etária de 1 a 14 anos no ano de 2003.</p> <p>3.3. Número de sessões educativas realizadas</p> <p>3.4. Percentual de crianças/escolares encaminhadas para especialistas.</p>	<p>Pesquisa de dados secundários;</p> <p>Análise de documentos institucionais sobre matrícula em 2003;</p> <p>Pesquisa de encaminhamento para consultas especializadas.</p>	<p>Arquivos institucionais</p> <p>Estatísticas de marcação de consultas especializadas</p>

QUADRO 1 - Roteiro para Metodologia

### **3.5 Instrumentos**

Os instrumentos utilizados foram aqueles adotados pelos órgãos institucionais (ANEXOS A, B). Utilizou-se como parâmetro para avaliação o Manual de Normatização do Programa Saúde do Escolar, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de eleger parâmetros bem definidos para a execução do programa (FORTALEZA, 2004).

### **3.6 Análise dos Dados**

As informações foram armazenadas em um banco de dados elaborado a partir do *software* Epi Info, versão 6.0. A fim de se proceder a análise descritiva dos dados, optou-se pela apresentação em tabelas e gráficos.

### **3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa**

A pesquisa foi submetida ao parecer do Comitê de Ética do Hospital César Cals e aprovada, através do certificado de apresentação para apreciação ética nº 0009.0.041.000-04.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Componente Estrutura

Das 84 unidades básicas de saúde existentes na rede municipal em 2003, 55 dispunham de equipes do PSE. Dessas, 13 eram Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), tendo, portanto, equipes do Programa de Saúde da Família. Fortaleza possuía em 2003 100 equipes de Saúde da Família, cobrindo cerca de 15% da população de 2,2 milhões de habitantes.

O PSE era composto por 63 médicos e 57 enfermeiros, além de 110 agentes de saúde, totalizando 68 equipes. Cerca de 110 agentes de saúde compunham “teoricamente” essas equipes.

**Tabela 1: Quantitativo de Escolas/Creches e Centros de Saúde vinculados ao PSE, no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003**

SER	No. de unidades saúde com o PSE implantado em 2003	Total de unidades de saúde com o PSE até 2003	No. de escolas/creches com o PSE implantado em 2003	Total de escolas/creches com o PSE até 2003
I	05	09	11	53
II	04	06	05	36
III	09	11	39	56
IV	02	06	-	34
V	04	09	15	55
VI	07	14	09	86
Total	31	55	79	320

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ Célula de Atenção Básica/ SER

Observa-se através da TABELA 1, que no ano de 2003 o PSE foi implantado em

31 unidades de saúde, totalizando 55 das 84 unidades existentes à época. Isso correspondeu a 65,4% das unidades de saúde gerenciadas pelo município de Fortaleza em 2003. Neste mesmo ano o número de escolas/creches contempladas com o programa foi de 79, totalizando 320 desde sua implantação.

**Tabela 2: Quantitativo de Escolas vinculadas ao PSE, conforme a Dependência Administrativa, no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003**

SER	Total	Número de Escolas			
		Municipal	Estadual	Filantropica	Particular
I	53	32	21	-	-
II	36	21	12	03	-
III	56	42	10	04	-
IV	34	21	08	-	05
V	55	55	-	-	-
VI	86	71	10	05	-
Total	320	242	61	12	05

Fonte: MEC/INEP/Censo Escolar 2003/SEDUC/SEDAS

Segundo dados do Censo Escolar (2003), Fortaleza possuía 377 escolas municipais incluindo 20 creches e as escolas anexas, que são prédios alugados pelo poder municipal para alocação de alunos. A TABELA 2 indica que dessas, 242 foram contempladas com o PSE, correspondendo a 64,1% da rede municipal de ensino. O restante das escolas contempladas pelo programa pertencia a outras esferas de governo. Segundo a coordenação central do PSE (informação verbal)<sup>1</sup> isso aconteceu porque para o programa o que interessava era o atendimento à criança/escolar.

<sup>1</sup> Priorizou-se o escolar da rede municipal de ensino, embora as escolas de outras esferas pudessem ser beneficiadas se a proximidade, em termos geográficos, com a unidade de saúde vinculada ao programa, assim o permitisse.

**Tabela 3: Infra-estrutura de Escolas e Creches para o Atendimento do PSE no Município de Fortaleza - Ce, no ano de 2003**

SER	Total	Escolas/creches c/ PSE							
		Com espaço		Sem espaço		Com Balança		Sem Balança	
		N	%	N	%	N	%	N	%
I	53	14	26,4	39	73,6	16	30,2	37	69,8
II	36	3	8,3	33	91,7	10	27,8	26	72,2
III	56	16	28,6	40	71,4	10	17,9	46	82,1
IV	34	13	38,2	21	61,8	9	26,5	25	73,5
V	55	32	58,2	23	41,8	19	34,5	36	65,5
VI	86	22	25,6	64	74,4	27	31,4	59	68,6
Total	320	100	31,3	220	68,8	91	28,4	229	71,6

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

Constatou-se por meio de relatórios que em 100% dos centros de saúde onde o PSE estava implantado havia sala para o atendimento do programa, bem como balança antropométrica para o referido atendimento (FORTALEZA, 2003).

De acordo ainda com a TABELA 3 conclui-se que, das 320 escolas/creches vinculadas ao programa, 100 possuíam espaço para o atendimento médico (primeira consulta), no entanto 220 (68, 8%) não possuíam espaços adequados para esse atendimento, ocorrendo o mesmo várias vezes no corredor ou em salas de professores ou diretores, conforme depoimentos dos profissionais envolvidos no programa. Somente 91 escolas/creches possuíam balança para o atendimento, equipamento esse considerado extremamente necessário, segundo os profissionais, uma vez que o primeiro atendimento, uma espécie de avaliação inicial, bastante minuciosa, era feita pelo médico na escola. Cerca de 71, 6% das escolas/creches não possuíam balança.

O item balança foi normatizado pela equipe de coordenação do programa, juntamente com o espaço físico para o atendimento, como condições de infra-estrutura, tanto na escola, quanto no centro de saúde, imprescindíveis para o atendimento à clientela do PSE.

Embora o número de escolas/creches contempladas com o PSE correspondesse a

64% do total da rede municipal de ensino, não houve investimentos na estrutura ( física e de equipamentos) destas escolas para que recebessem as equipes do programa. O que houve foi uma “acomodação” do mesmo nessas unidades.

Em reuniões de avaliação do programa foram apontadas as seguintes dificuldades, de ordem estrutural, para sua execução: escassez de material como balanças, fitas métricas, medicamentos básicos, material educativo, receituários e inexistência, na maioria das escolas, de espaço físico adequado para o atendimento à clientela.

**Tabela 4: Total de Equipes e Categorias Profissionais de Nível Superior Existentes no PSE no Município de Fortaleza - Ce, Distribuídos por SER, no Ano de 2003**

SER	Equipes			RH Existentes			
	Metas	Implantadas	Cobertura %	Pediatras		Enfermeiros	
				N	%	N	%
I	12,0	12,0	100,0	12,0	100,0	11,0	91,7
II	8,0	6,0	75,0	6,0	100,0	6,0	100,0
III	13,0	12,0	92,3	12,0	100,0	10,0	83,3
IV	7,0	7,0	100,0	7,0	100,0	5,0	71,4
V	20,0	12,0	60,0	8,0	66,7	11,0	91,7
VI	20,0	19,0	95,0	18,0	94,7	14,0	73,7
Total	80,0	68,0	85,0	63,0	92,6	57,0	83,8

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

A TABELA 4 apresenta a distribuição do número de pediatras e enfermeiros existentes e o número previsto para essas categorias profissionais em relação às 68 equipes implantadas. Como podemos observar existia uma carência de 7,4%, de pediatras e 16,2% de enfermeiros, percentuais que correspondiam a 5 (cinco) e 11 (onze) profissionais, respectivamente. Dentre os pediatras, 17 (27%) possuíam vínculo com a esfera municipal, sendo o restante pessoal cooperado. Entre os enfermeiros, 34 (59,6%) exerciam somente cargo comissionado; o restante pertencia ao quadro de servidores municipais.

Observando ainda a TABELA 4, no que se refere ao número de equipes, até 2003 foram implantadas 68, atingindo 85% da meta, embora apresentassem as carências referidas

acima. Não foram informados os critérios utilizados para definição do número de equipes do programa, por Secretaria Executiva Regional.

Houve uma melhoria quantitativa nos serviços de saúde com expansão de recursos humanos, embora a ampliação do quantitativo de pessoal tenha sido por contratação de cooperativa (pediatras) e nomeação de cargos em comissão (enfermeiros).

**Tabela 5: Capacitação Técnica dos Profissionais do PSE/MAIS no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003**

Curso/Treinamento	Período	No. de Participantes
III Curso de Atenção à Saúde do Escolar	24 a 28/03/2003	70
Curso de Violência e Maus Tratos contra a Criança e o Adolescente - A importância da Notificação	04 a 06/06/2003	49

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/SER

A TABELA 5 especifica os treinamentos realizados em 2003, com o objetivo de melhorar a capacitação técnica dos profissionais do MAIS (FORTALEZA, 2003a). Uma das metas do programa era sensibilizar 100% dos profissionais de saúde e educação envolvidos no programa. Não houve sensibilização dos pais das crianças/escolares envolvidos, como estava previsto.

## 4.2 Interface Estrutura x Processo

Buscando relacionar produção ao número de profissionais médicos existentes, recorda-se aqui que o número de crianças/escolares atendidos por equipe deveria estar

diretamente relacionado à carga horária do profissional médico, conforme normatização do programa, a saber: 3600 (três mil e seiscentas) crianças/escolares a serem atendidos por ano para o profissional com carga horária de trinta horas semanais e 2400 (dois mil e quatrocentas) crianças/escolares a serem atendidos por ano para o profissional com carga horária de 20 horas semanais.

**Tabela 6. Relação entre Carga Horária e Produção dos Profissionais Médicos do PSE no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003**

SER	6 horas Diárias	4 Horas Diárias	Número de escolares/crianças com 1 <sup>a</sup> . consulta	Capacidade de Produção	Relação entre Capacidade de produção e escolares/crianças com 1 <sup>a</sup> . consulta %
I	2	10	34544	31200	110,7
II	0	6	10833	14400	75,2
III	1	11	11213	30000	37,4
IV	4	3	19017	21600	88,0
V	1	7	13321	20400	65,3
VI	1	17	31853	44400	71,7
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>54</b>	<b>120781</b>	<b>162000</b>	<b>74,6</b>

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

Através da TABELA 6 observou-se um total de 74,6% da produtividade esperada para os médicos, percebendo-se uma subutilização significativa das horas médicas disponíveis e, conseqüentemente, um baixo rendimento, se comparado ao padrão de atendimento estabelecido no ano, para cada médico.

Essa situação é verificada, de maneira geral, em toda a rede pública do sistema de prestação de serviços de saúde, onde é uma constante a não permanência do profissional médico em tempo integral contratado. Esse fato, por outro lado, está diretamente relacionado com a baixa remuneração destes profissionais e a sua vinculação simultânea ao setor privado (POSSAS et al., 1984).

### 4.3 Componente Processo

**Tabela 7: Percentual de Primeiras Consultas com Preenchimento de Dados Estandarizados pelo PSE no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003**

SER	Primeiro Atendimento	Vacinação		Higiene Oral		Nutrição	
		N	%	N	%	N	%
SER I	34544	19251	55,7	22258	64,4	6346	18,4
SER II	10833	8780	81,0	8570	79,1	8070	74,5
SER III	11213	7970	71,1	8915	79,5	6627	59,1
SER IV	19017	12067	63,5	12680	66,7	12489	65,7
SER V	13321	5949	44,7	9271	69,6	7078	53,1
SER VI	31853	24679	77,5	29751	93,4	19166	60,2
Total	120781	78696	65,2	91445	75,7	59776	49,5

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

A TABELA 7 indica que o número de crianças/escolares com primeira consulta foi de 120.781. Nessa primeira consulta era avaliada a condição geral de saúde dessas crianças, através de exame clínico minucioso.

Trindade (1985) destaca a importância da realização do exame de saúde dos escolares, detalhadamente, visando a obtenção de uma conclusão correta, devido ao fato do paciente que se apresenta nessas ocasiões não ser o doente, mas aquele com aparência de sadio.

Baseado nessa afirmativa optou-se pela utilização de um componente quantitativo, mas com conotação qualitativa (TANAKA et al., 2001), que foi o preenchimento dos dados estandarizados pelo programa.

O total de fichas preenchidas com dados de vacinação, condições de higiene oral e nutrição deveriam corresponder, cada um, ao total de crianças/escolares com primeira consulta. Dentre os objetivos específicos do programa estavam a redução da desnutrição e erros alimentares e a redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis.

No entanto, o que indica a TABELA 7 é que durante a realização da primeira consulta, somente em 65,2% das crianças/escolares observou-se situação vacinal; em 75,7% observaram-se as condições de higiene oral e em 49,5% houve registro de dados relativos ao estado nutricional da clientela atendida.

**Tabela 8: Relação entre Crianças/Escolares que Participaram de Sessões Educativas e Número de Crianças/Escolares com o Primeiro Atendimento no PSE de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003**

SER	No. Escolares/crianças com 1ª. consulta	No. Escolares/crianças c/ sessões educativas
I	34544	2279
II	10833	1685
III	11213	2181
IV	19017	1995
V	13321	2650
VI	31853	4092
Total	120781	14882

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

A TABELA 8 indica que 14882 crianças/escolares participaram de atividades educativas, correspondendo a 12,32% do total de crianças que receberam a primeira consulta. Uma das metas do programa era desenvolver ações de promoção, prevenção e curativas a nível individual e coletivo em 100% da população trabalhada.

Segundo a OPAS (1997) a educação para a saúde tem por finalidade fortalecer a capacidade dos estudantes para tomada de decisões fundamentadas e instituir práticas e estilos de vida saudáveis. Crianças e jovens frequentadores de escolas vivenciam momentos em que seus costumes e práticas estão sendo criados e, dependendo da idade ou da abordagem, estão sendo revistos (BRASIL, 2002a).

Em reuniões de avaliação do programa foram apresentadas as seguintes dificuldades para sua execução: escassez de material, como balanças, fitas métricas, medicamentos básicos, material educativo, receituários; inexistência, na maioria das escolas,

de espaço físico adequado para o atendimento à clientela do programa (informação verbal).<sup>2</sup>

Foram apontadas ainda: dificuldade de integração entre as áreas da saúde e da educação, ocasionando desconhecimento do programa por parte de toda a comunidade escolar; dificuldades para marcação de consultas especializadas e liberação de medicamentos, causada pela implantação do Cartão Saúde Cidadão, uma vez que a criança/escolar muitas vezes não pertencia à área de abrangência do centro de saúde ao qual a escola estava vinculada, não sendo permitido o cadastramento da mesma e o conseqüente atendimento naquele centro de saúde; falta de referência para encaminhamento dos alunos/crianças com necessidade de consultas especializadas e exames complementares.

Aliado a esses fatos, não foi possível ao pesquisador identificar através de relatórios as atividades que eram exercidas pelos enfermeiros, bem como quantos agentes de saúde estavam vinculados ao programa e que funções os mesmos estavam exercendo dentro da equipe.

#### 4.4 Componente Resultado

**Tabela 9: Relação entre o Número de Escolas Vinculadas ao Programa, Número de Crianças/Escolares Participantes do Programa e Percentuais de Atendimento realizados no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003**

SER	Escolas/Creches do Programa	N Crianças/Escolares de 1-14 anos			% de 1 <sup>a</sup> . Consulta em relação ao No. de Matriculados	% de 1 <sup>a</sup> . Consulta em relação ao no. de cadastrados
		Matriculados	Cadastrados	Com 1 <sup>a</sup> . Consulta		
I	53	63896	37822	34544	54,1	91,3
II	36	35223	16427	10833	30,8	65,9

<sup>2</sup> Informações apontadas pelas equipes do programa, em reuniões de avaliação do mesmo.

III	56	56595	30975	11213	19,8	36,2
IV	34	37683	20624	19017	50,5	92,2
V	55	89583	32014	13321	14,9	41,6
VI	86	96078	56199	31853	33,2	56,7
Total	320	379058	194061	120781	31,9	62,2

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais/SEDAS

Na TABELA 9, observou-se que o número de crianças/escolares atendidos em relação ao número de crianças/escolares matriculados, (cobertura da população-alvo) correspondeu a 31,9%. O percentual de crianças/escolares com primeira consulta em relação ao número de crianças/escolares cadastrados foi de 62,2%.

**Tabela 10: Indicadores Operacionais de Acompanhamento da Clientela Atendida pelo PSE no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003**

SER	No. Crianças/escolares com 1ª consulta	No. Crianças/escolares c/ consulta subsequente	Percentual
I	34544	7891	0,22
II	10833	1643	0,15
III	11213	931	0,08
IV	19017	8158	0,42
V	13321	6801	0,51
VI	31853	10452	0,32
Total	120781	35876	0,29

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

O número de crianças/escolares seguidas pelos profissionais do PSE (com consulta subsequente) foi de 35876, correspondendo a 29,7 % do total de crianças com 1ª consulta, conforme indicação da TABELA 10. esse número foi considerado baixo diante do quadro de morbidade identificado. O número de primeiras consultas somado ao número de consultas subsequentes resultou em 156.657 atendimentos na área médica.

**Tabela 11: Atendimentos do PSE e do PSF no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003**

SER	No. Atendimentos do PSE	No. Atendimentos do PSF
I	42435	37474
II	12476	14026
III	12144	26443

IV	27175	23667
V	20122	35420
VI	42305	43594
Total	156657	180624

Fonte: SMS/Cartão Saúde Cidadão

Alguns segmentos da população, como a criança em idade escolar ou o adolescente, encontram-se marginalizados com relação ao atendimento realizado pelos serviços de saúde, havendo, portanto, necessidade de aumentar a cobertura e a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos a essa clientela. (CYRINO et al., 1999).

O objetivo geral do programa era contribuir para a melhoria da qualidade de vida das crianças e escolares das creches e da rede pública de ensino de Fortaleza, através da ampliação (GRIFO MEU) das ações de prevenção e promoção da saúde, visando minimizar e/ou superar os agravos que atingem esse grupo populacional. (FORTALEZA, 2004).

A TABELA 11 informa o número de atendimentos do PSE e do PSF em 2003. Os dados do PSF referem-se ao atendimento realizado em 24 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) que se encontravam informatizadas no ano de 2003, isto é, os dados de produção das unidades não informatizadas não constam nessa tabela. Percebe-se que o PSE atuou de forma complementar em relação ao atendimento do PSF, que cobria somente 15% da população.

Tomando por base a concepção sistêmica de Donabedian (1980, 1990), que pressupõe que uma boa estrutura oferece pré-condições para um bom desempenho nas áreas de processo e de resultado, como não houve maiores investimentos na estrutura das escolas/creches e na compra de equipamentos para estas e para os centros de saúde, era de se esperar que os processos se apresentassem falhos e que os resultados não fossem os esperados.

## 4.5 Perfil Nosológico da Clientela Atendida

**Tabela 12: Problemas Apresentados pelas Crianças/Escolares Atendidos no PSE no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003**

SER	Problemas respiratórios	Problemas dermatológicos	Problemas osteoarticulares	Problemas oftalmológicos	Problemas auditivos
I	4372	5106	768	1273	242
II	540	1138	379	1079	23
III	1166	1733	357	1007	132
IV	715	1408	364	1359	134
V	905	1605	394	1156	87
VI	5157	7496	941	2923	213
Total	12855	18486	3213	8797	831

nte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

Um dos objetivos específicos do programa era identificar e dar encaminhamento aos problemas ortopédicos, auditivos, oftalmológicos, dermatológicos e outros.

Os problemas encontrados nas crianças/escolares vinculados ao PSE podem ser observados na TABELA 12. Nesse estudo, do total de problemas diagnosticados pelos médicos na primeira consulta, os problemas dermatológicos lideram as estatísticas, seguidos pelos problemas respiratórios, oftalmológicos, osteoarticulares e auditivos.

Não foram encontrados registros de encaminhamentos para consultas especializadas no sistema informatizado dos centros de saúde, pois essas crianças, no momento da consulta, não eram identificadas como sendo do programa. Nesse sistema, utilizado pelo restante da clientela, a lista de espera para atendimento na rede contratada era exaustiva, chegando a ter, na época, 1.600 pessoas aguardando por uma consulta de otorrinolaringologia.

**Tabela 13: Situação Nutricional apresentada pelas Crianças/Escolares do PSE no Município de de Fortaleza – Ce, no Ano de 2003, conforme Níveis de Ensino**

Nível de Ensino	Eutrófico	%	Baixo Peso	%	Sobrepeso	%
Creche	3258	83	529	13	157	4
Ed. Infantil	9163	76	2173	18	659	6
Ensino Fundamental I	21332	79	4090	15	1663	6
Ensino Fundamental II	13844	83	1865	11	1043	6
Total	47597	79,6	8657	14,4	3522	5,8

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

A avaliação nutricional no PSE foi realizada através da aferição do peso e idade dos escolares, com posterior registro gráfico, tendo como base a Tabela do *National Center for Health Statistics* (NCHS, 1977).

**Tabela 14: Situação Vacinal apresentada pelas Crianças/Alunos do PSE no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003**

Níveis de Ensino	Situação Vacinal		
	Completa	Atrasada	Sem informação
Creche	3882	142	831
Educação Infantil	8209	618	8408
Ensino Fundamental I	15396	2710	18058
Ensino Fundamental II	8830	3324	8288
Total	36317	6794	35585
Percentual (%)	46,1	8,6	45,2

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

A cobertura vacinal é um indicador de saúde relevante, pois o Programa Nacional de Imunização (PNI) vem buscando através dos serviços de saúde permanentes e das Campanhas Nacionais de Vacinação, atingir seu objetivo que é vacinar 100% das crianças de 0 a 6 anos, para o controle de algumas doenças imunopreveníveis e a erradicação de outras, no território nacional (BRASIL, 1994).

A TABELA 14 demonstra que na faixa etária priorizada pelo PNI, que nesse estudo envolve os níveis de ensino Creche e Educação Infantil, os percentuais de vacinação completa foram respectivamente, 80% e 47,6%. Somando as crianças/escolares que se encontram na Creche e na Educação Infantil, o que corresponde à faixa etária priorizada pelo PNI, observamos que do total de 22090 escolares, 54,7% estão com vacinação completa, 3,4% estão com esquema vacinal atrasado, no entanto 41,8% dessas crianças não apresentaram informação sobre dados de vacinação.

Do percentual de crianças com situação vacinal pesquisada (65,2%), a referida tabela informa que 46,1% apresentaram vacinação completa, 8,6% estão com vacinação atrasada e 45,2% não apresentaram nenhuma informação acerca da vacinação. De acordo com o manual de normatização do programa, uma das atividades do programa deveria ser a avaliação da situação vacinal através do Cartão de Vacina (FORTALEZA, 2004).

Mesmo que dados estatísticos demonstrem o aumento das coberturas vacinais, é sabido que, devido à existência de bolsões de baixa cobertura vacinal em muitas regiões do país, em áreas rurais e nas periferias de grandes cidades, um grande grupo da população, em especial as crianças de 0 a 6 anos de idade tornam-se suscetíveis às doenças imunopreveníveis. Contribuindo para o agravamento dessa situação apresentam-se as questões socioeconômicas e culturais, dentre elas a baixa renda salarial e a desnutrição, que aumentam o risco de morte e ou seqüela por doenças infecto-contagiosas (MENEGHEL et al., 1996).

**Tabela 15: Situação de Higiene oral apresentada pelas Crianças/Escolares do PSE no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003**

Níveis de Ensino	Higiene Oral		
	Boa	Regular	Precária
Creche	3200	1039	219
Educação Infantil	11040	5043	2812
Ensino Fundamental I	24859	12732	9088
Ensino Fundamental II	17348	6902	6470
Total	56447	22716	12282
Percentual (%)	61,7	24,9	13,4

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

As cáries e a doença periodontal são causadas por bactérias específicas que colonizam a superfície os dentes, formando o biofilme dentário ou placa bacteriana (JORGE, 1998). A remoção diária deste biofilme, por meio da higiene bucal, constitui-se eficaz método de prevenir tais doenças.

Um dos objetivos específicos do PSE era reduzir o índice de cárie dental e como meta apresentou, dentre outras, atender 100% dos escolares, através de escovação supervisionada, bochechos e aplicações tópicas de flúor. Porém o cirurgião dentista não foi incorporado à equipe do PSE.

**Tabela 16: Problemas Psicológicos por Nível de Ensino das Crianças/Escolares do PSE no Município de Fortaleza-Ce, no Ano de 2003**

Nível de Ensino	Problemas Psicológicos	%
Creche	63	5,0
Educação Infantil	577	46,2
Ensino Fundamental I	343	27,5
Fundamental II	264	21,1
Total	1247	100

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

A escola possui um ambiente propício para avaliação emocional das crianças e adolescentes, devido ser um espaço social intermediário entre a família e a sociedade. É lá

que a performance dos alunos pode ser avaliada, é onde eles podem ser comparados estatisticamente com seus pares, seu grupo etário e social (BALLONE, 2004).

Os alunos podem trazer consigo um conjunto de situações emocionais intrínsecas ou extrínsecas, isto é, podem trazer para dentro da escola, problemas de sua própria constituição emocional (ou personalidade) e, extrinsecamente, podem apresentar as conseqüências emocionais de sua vivência social e familiar (BALLONE, 2204). No estudo em questão não foi possível identificar que tipo de problema psicológico acometia essas crianças.

**Tabela 17: Distúrbios de Aprendizagem, por Nível de Ensino, em Crianças/Escolares do PSE no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003**

Nível de Ensino	Distúrbios de Aprendizagem	%
Creche	38	1,9
Educação infantil	631	33,1
Ensino Fundamental	850	44,6
I		
Ensino Fundamental	384	20,1
II		
Total	1903	100

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

Analisando as TABELAS 16 e 17 observa-se que os problemas de natureza psicológica foram mais freqüentes na Educação Infantil e os distúrbios de aprendizagem atingiram mais o Ensino Fundamental I. Não foi possível também identificar os tipos de distúrbios de aprendizagem que ocorreram.

Os distúrbios de aprendizagem caracterizam-se por dificuldades experimentadas pela criança em seu desenvolvimento de habilidades cognitivas específicas, não associadas a uma redução global da cognição, caracterizando deficiência mental. Os principais distúrbios de aprendizagem envolvem a linguagem, caracterizados como dificuldades na aquisição da

linguagem oral e no aprendizado da leitura e da escrita; atenção e hiperatividade; e discalculia, que é a dificuldade em qualquer uma das atividades aritméticas básicas.<sup>3</sup>

**Tabela 18: Quantitativo de DST, Gravidez e Drogas, por Nível de Ensino, em Crianças/Escolares do PSE no Município de Fortaleza - Ce, no Ano de 2003**

Nível de Ensino	DST	Gravidez	Drogas
Creche	05	-	13
Educação Infantil	04	-	31
Ensino Fundamental I	13	16	112
Ensino Fundamental II	15	51	296
Total	37	67	452

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

Pela TABELA 18 observa-se que as DST e os casos de gravidez e o uso de drogas ocorreram com maior frequência no Ensino Fundamental II, embora DST e drogas ocorressem em todos os níveis. Não foi possível um estudo mais aprofundado dos casos de DST e de uso de drogas ocorridos nos níveis de ensino Creche e Educação Infantil por falta de informação por parte da Secretarias Executivas Regionais.

Paiva (2000) afirma que as normas culturais existentes na socialização de meninos e meninas para a vida sexual permanecem colocando homens e mulheres em situações vulneráveis, as quais resultam em gravidez indesejada e em doenças sexualmente transmissíveis.

Revisão de literatura patrocinada pelo Programa de Aids das Nações Unidas ao analisarem programas realizados com jovens de vários países desenvolvidos concluíram que comportamentos saudáveis e responsáveis podem ser adquiridos (UNAIDS, 1997). Concluíram também que programas efetivos contribuem para o adiamento do início da vida

<sup>3</sup> Disponível em: <<http://www.enscer.com.br/revista/a03m01/artigos/disturbios/indexmain.html>>. Acesso em: 24 maio 2005.

sexual e para proteger jovens que apresentam vida sexual ativa contra doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Esses programas devem adaptar-se de maneira diferente aos gêneros masculino e feminino. Por fim, afirmaram que sendo os jovens um grupo heterogêneo, as estratégias educativas devem levar em conta esse fato, isto é, devem respeitar essa heterogeneidade (DAWSON et al., 1999).

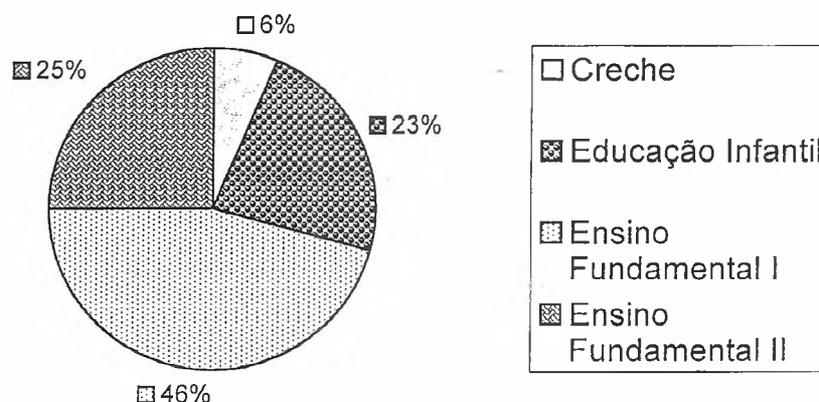
O aumento da gravidez na adolescência em países em desenvolvimento tem despertado o interesse de pesquisadores e profissionais de saúde, tendo em vista a associação desse evento com pobreza e baixa escolaridade e piores resultados perinatais (EKWO et al., 2000).

No Brasil as taxas de gravidez na adolescência estão em ascensão nos últimos anos. Dados de 1994 mostram que os nascidos vivos de mulheres abaixo de 20 anos foram 20,8% do total (BRASIL, 1999). Em 1998, os índices subiram para 23,6% (BETTIOL et al., 1998). Em Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, houve aumento importante da proporção de mães adolescentes, de 14,1%, em 1978-79, para 17,5%, em 1994. Outras pesquisas no País confirmaram essa tendência (MARIOTONI et al., 2000; GAMA et al., 2001). Daí a importância de se trabalhar esse tema e sua prevenção na escola.

Estudos realizados em nosso país entre escolares de primeiro e segundo grau e entre estudantes universitários, como os de Muza et al. (1997) demonstram embasadamente, nas diferentes regiões do Brasil, que a droga mais utilizada é o álcool, seguido pelo tabaco. Os solventes permanecem como os mais comuns no terceiro mundo, após álcool e tabaco, enquanto que nos países desenvolvidos a maconha ocupa o terceiro lugar (WEBB et al., 1996).

No presente estudo não foi possível identificar que tipos de drogas eram consumidas, por falta de registro adequado nas planilhas de atendimento (ANEXO A), sendo informado somente o nível escolar a que pertencia o usuário de drogas.

Os GRÁFICOS a seguir se referem à distribuição dos principais problemas encontrados, por nível de ensino. Estes são classificados segundo dados da Secretaria de Educação e Assistência Social (SEDAS) em Creche, que recebe crianças na faixa etária de 0 a 3 anos de idade; Educação Infantil, com as séries Jardim I, II e Alfabetização, com crianças na faixa etária de 4 a 6 anos; Ensino Fundamental I, da 1<sup>a</sup>. a 4<sup>a</sup>. séries, com alunos de 7 a 10 anos; e Ensino Fundamental II, da 5<sup>a</sup>. a 8<sup>a</sup>. séries, com faixa etária variando de 11 a 14 anos (FORTALEZA, 2002a). Essas idades correspondem à média, embora existam crianças fora de faixa em quase todas as séries aqui referidas.

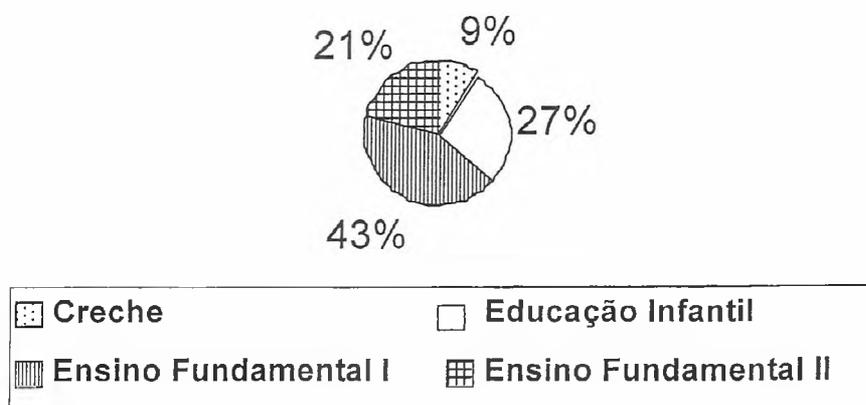


**Gráfico 1: Distribuição por Nível de Ensino dos Problemas Dermatológicos das Crianças/Escolares do PSE de Fortaleza - Ce., no Ano de 2003**

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

Conforme o GRÁFICO 1 os problemas dermatológicos incidem com maior frequência sobre as crianças/escolares que estão no Ensino Fundamental I (1<sup>a</sup>. a 4<sup>a</sup>. séries),

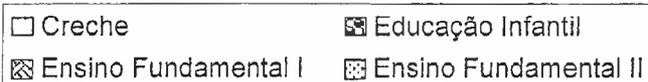
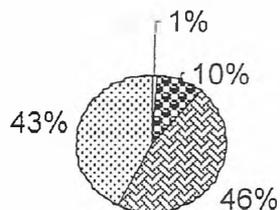
num percentual de 46%. As que freqüentam a creche correspondem a 6%, as da Educação Infantil a 23% e as do Ensino fundamental 25%.



**Gráfico 2: Distribuição por Nível de Ensino dos Problemas Respiratórios das Crianças/Escolares do PSE de Fortaleza-Ce., no Ano de 2003**

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

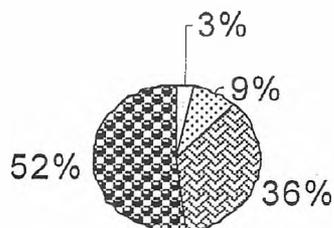
Pelo GRÁFICO 2 pode-se observar que os problemas respiratórios atingem com maior freqüência também as crianças/escolares do Ensino Fundamental I, num percentual de 43%. Os percentuais de 9%, 27% e 21% correspondem respectivamente aos níveis de ensino Creche, Educação Infantil e Ensino Fundamental II.



**Gráfico 3: Distribuição por Nível de Ensino dos problemas Oftalmológicos das Crianças/Escolares do PSE de Fortaleza - Ce. no Ano de 2003**

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

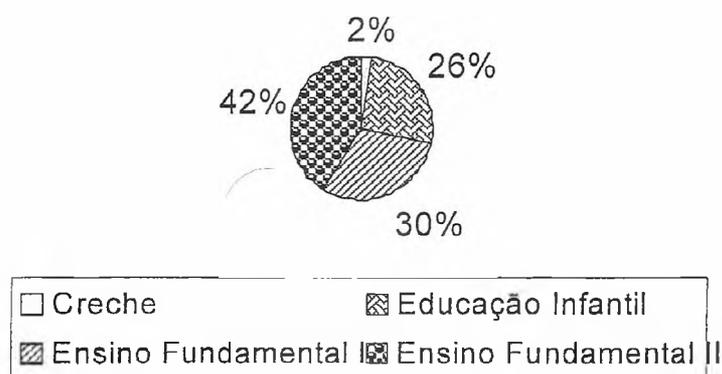
O GRÁFICO 3 indica uma maior incidência de problemas oftalmológicos nas crianças/alunos do PSE que estão no Ensino Fundamental I, num percentual de 46%. Ao ensino fundamental II correspondeu o percentual de 43%, à Creche 1% e à Educação Infantil.



**Gráfico 4: Distribuição por Nível de Ensino dos Problemas Osteoarticulares das Crianças/Alunos do PSE de Fortaleza no Ano de 2003**

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

O GRÁFICO 4 demonstra que 52% dos problemas osteoarticulares ocorrem em crianças/escolares que se encontram cursando séries do Ensino Fundamental II (da 5<sup>a</sup>. a 8<sup>a</sup>. séries). A Creche foi acometida em 3%, a Educação Infantil em 9% e o Ensino Fundamental I em 36%.



**Gráfico 5: Distribuição por Nível de Ensino dos Problemas Auditivos das crianças/alunos do PSE de Fortaleza no ano de 2003**

Fonte: SMS/Célula de Atenção Básica/Secretarias Executivas Regionais

Pelo GRÁFICO 5 observa-se que as crianças/escolares do Ensino Fundamental II, atendidos no PSE foram os que apresentaram um maior percentual de problemas auditivos, correspondendo a 42% do total de problemas auditivos detectados. À Creche correspondeu um percentual de 2%, à Educação Infantil, 26% e ao Ensino Fundamental I, 30%.

A análise dos programas de saúde do escolar desenvolvidos no Brasil permite ainda hoje observar que, embora preocupados com uma ação ampla, eles possuem, geralmente, uma linha assistencialista apresentando predominantemente subprogramas isolados, como a assistência odontológica, oftalmológica e psicológica. Isto quer dizer que a saúde escolar repete o paradigma de caráter assistencialista da atenção em saúde em geral, que

prioriza o indivíduo e suas partes, com prejuízo da coletividade e do todo (SUCUPIRA et al., 1989).

De maneira semelhante ao programa de saúde do escolar do município de Botucatu, no interior de São Paulo, constatou-se aqui a existência de um quadro de morbidade não valorizado pelas estatísticas de saúde, como os problemas psicossociais, gravidez na adolescência, distúrbios de aprendizagem, doenças sexualmente transmissíveis, cáries, distúrbios de visão, problema do uso de drogas, dentre outros, representando uma demanda freqüente de problemáticas da criança, para as quais as unidades de saúde não estavam organizadas para responder (SÃO PAULO, 1990).

O PSE de Botucatu, após diagnóstico da situação de saúde dos alunos e de seu processo educacional delineou uma proposta de ação, com a participação de alunos, professores e familiares desses alunos, com o objetivo de compreender os problemas que envolvem a saúde do escolar e de construir propostas capazes de responder a esses problemas. Ao contrário do que aconteceu em Botucatu, o PSE de Fortaleza pouco avançou após a etapa diagnóstica.

Embora se fale de saúde integral, de modelo biopsicossocial, de prevenção e promoção, observamos a continuidade do atendimento focado na doença e, portanto, na proposta curativa (TRAVERSO-YEPEZ, 2001). Mais do que em qualquer outra faixa etária, é evidente, com relação à adolescência, a fraqueza do sistema de saúde atual, à medida que o mesmo imprime uma visão unidimensional de saúde, não levando em conta a variedade de patologias não orgânicas que ameaçam a vida de crianças e adolescentes (TRAVERSO-YEPEZ et al., 2002).

## 5 CONCLUSÕES

A implantação do Programa Saúde do Escolar (PSE) no município de Fortaleza possibilitou a ampliação do acesso da população-alvo aos serviços de saúde, tendo em vista o número de atendimentos realizados em 2003 (156.657).

Era de se esperar que ocorressem mudanças na forma de prestação de serviços para a referida clientela, uma vez que o programa apresentou como objetivo maior:

contribuir para a melhoria da qualidade de vida das crianças e escolares de 1-14 anos, frequentadores de creche e escolas da rede pública de ensino de Fortaleza, através da ampliação das ações de prevenção e promoção da saúde, visando minimizar ou superar os agravos que atingem esse grupo populacional, buscando a integração saúde-escola-família.

Com relação ao quadro de morbidade identificado, não houve intervenções, por parte das equipes, que produzissem modificações substanciais no mesmo, embora fosse uma das metas do programa desenvolver ações de promoção, prevenção (vacinação, aplicações de flúor, escovação supervisionada), e curativas, a nível individual e coletivo, em 100% da clientela trabalhada. Apesar de ser um programa de cunho prioritariamente preventivo, somente 12% das crianças com primeira consulta participaram de sessões educativas.

As dificuldades concentraram-se nas áreas de infra-estrutura e de processo, denunciando um mau planejamento da implantação do programa, bem como insuficiência de investimentos maiores em outras áreas, uma vez que os gastos, da ordem de sete milhões de

reais por ano, concentraram-se em recursos humanos. Os gastos com o PSF, referentes a pessoal, ficaram na faixa de onze milhões por ano.

O programa basicamente foi executado pelos médicos. Mesmo tendo sido definidas as funções dos enfermeiros e dos agentes de saúde, nos relatórios analisados não foi possível identificar quais foram as atividades executadas por esses profissionais.

Não houve integração nem planejamento conjunto entre o PSE e o PSF, nem mesmo nas unidades onde eles coexistiam, cabendo ao PSF nessas unidades, não mais atender crianças na faixa etária de 1-14 anos, deixando esse atendimento a cargo dos profissionais do PSE.

O PSE não ultrapassou os limites da atenção básica, faltando a articulação com a área da atenção secundária, a fim de buscar referências para os problemas identificados. O que se fez foi um diagnóstico dos agravos que acometem essa clientela, sem, no entanto, buscar medidas para resolvê-los.

Não houve sensibilização dos profissionais da área da educação nem dos pais de escolares envolvidos, como estava previsto, não havendo, portanto, integração criança-família-escola.

As falhas surgidas ao longo de sua execução, provavelmente foram devido ao fato dos serviços de saúde não estarem organizados e integrados, de maneira a garantir a execução do programa da forma como foi planejada e também pelo fato de não se ter trabalhado de forma intersetorial.

Falhou também o processo de avaliação e monitoramento do mesmo para correção dos rumos do programa ao longo de sua execução, que deveria ter sido sistematizado e incorporado como prática, por todas as pessoas envolvidas no programa.

Considera-se, por fim, ser inquestionável a oferta de um atendimento voltado para as necessidades dessa clientela, tendo em vista o perfil nosológico identificado nesse estudo e a necessidade de se trabalhar sob a ótica da vigilância à saúde, objetivando a melhoria da qualidade de vida e a redução de indicadores educacionais desfavoráveis, como consequência da falta às aulas por motivo de doença.

## 6 RECOMENDAÇÕES

Face aos achados deste estudo, é recomendável que a Secretaria Municipal de Saúde, através da Célula de Atenção Básica, avalie a filosofia do PSE e siga os seguintes passos a fim de municiar o secretário de saúde e o gestor municipal na tomada de decisões:

- Reúna os profissionais que executaram o programa, muitos deles presentes ainda nos centros de saúde, para verificar os relatórios e proceder a uma avaliação sucinta do mesmo, no que se refere ao seu planejamento e sua factibilidade.
- Conheça com profundidade experiências exitosas como a de Botucatu, que em relação à concepção, possui semelhanças com o PSE de Fortaleza.
- Após as informações coletadas, avalie e tome as decisões cabíveis, levando em conta o fato de que essa população vive marginalizada do atendimento em saúde e necessita ter acesso a uma atenção de qualidade, prioritariamente preventiva, de promoção da saúde, não importando que sigla terá o programa que irá fazê-lo.

## REFERÊNCIAS

- ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M.S.A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 47-55, 1995.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. A. L. **Distritos sanitários: concepção e organização**. São Paulo: USP, 2002.
- AYRES, J. R. C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 139-182.
- BALLONE, G. J. **Problemas Emocionais na Escola**, Parte 1, in. **PsiquWeb**, Internet, disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/aprendiza2.html>>2004
- BETTIOL, H. et al. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, p. 18-28, 1998.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Dados preliminares do censo escolar**. Brasília, DF, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Portaria interministerial 766/GM**. Brasília, DF, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Lei de diretrizes e bases da educação nacional**. Brasília, DF, 1997a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A Promoção da Saúde no contexto escolar. **Revista de Saúde Pública**, v.36 n°4, p 533-535. São Paulo, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília, DF, 2002b. 227 p.

\_\_\_\_\_. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO**, Brasília: Ministério da Saúde, ano 13, n. 1, dez./jun. 1999/2000.

\_\_\_\_\_. **Datasus: Sinasc-Sistema de Informações de Nascidos Vivos 94-97: dados de declaração de nascido vivo**. Brasília, DF, 1999. CD-ROM.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997b.

\_\_\_\_\_. **Manual de normas de vacinação**. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente: lei 8069**, de 13 de julho de 1990. São Paulo: Editora Cortez, 1991.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000.

\_\_\_\_\_. **Promoção da saúde e saúde pública**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1998. 178 p. (mimeo).

\_\_\_\_\_. Saúde e qualidade de vida. In: COSTA, N. do R.; RIBEIRO, J. M. (Org.). **Política de saúde e inovação institucional**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1996. p. 173-87.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p.32-46, 1997.

CARVALHO, A. I.; RIBEIRO, J. M. Modelos de atenção à saúde. In: CARVALHO, A. I. et al. (Org.). **Gestão em saúde unidade II: planejamento da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 37-53.

CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C. P.; BURALLI, K. O. Avaliação das ações e serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 24, n. 1, p. 72-87, 2000.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; RUA, M. G.; ANDRADE, E. R. **Cultivando vida, desarmando violências: experiências em educação, cultura, lazer, esporte e cidadania com jovens em situação de pobreza**. Brasília: UNESCO, Brasil Telecom, Fundação Kellogs, BID, 2001.

CLEMENHAGEN, C.; CHAMPAGNE, F. Quality assurance as part of program evaluation: guidelines for managers and clinical department heads. **Quality Review Bulletin**, v. 12, n. 11, p. 383-387, Nov. 1986.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.29-47.

CYRINO, E. G. **Estudo de um programa de saúde escolar em uma escola estadual da periferia de Botucatu, São Paulo**. 196 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

CYRINO, E. G.; PEREIRA, M. L. T. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação de Botucatu, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 39-44, 1999. Suplemento 2.

DAWSON, G.; AGGLETON, P. **Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/AIDS: a review**. Geneva: UNAIDS, 1999.

DISTÚRBIOS de aprendizagem. Disponível em:  
<<http://www.enscer.com.br/revista/a03m01/artigos/disturbios/indexmain.html>>. Acesso em: 24 maio 2004.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Michigan, Health Administration Press, 1980. p.1-127.

\_\_\_\_\_. **The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis**. An Arbor: Health Administration Press. v. 3., 1985.

\_\_\_\_\_. **The seven pillars of quality**. Arch. Pathol. Lab. Méd., 1990. V.114 p.115-118.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia em políticas públicas. In: ROXO, M. C.; CARMO, M. do (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. 1ª edição. São Paulo, 2001. P. 26-87.

EKWO, E. E.; MOAWAD A. Maternal age and preterm births in a black population. **Paediatr. Perinat. Epidemiol.**, v. 14, p. 145-151, 2000.

ESCUADERO, P. **Salud em tiempos de crisis**. Documento de apoio para bases para una propuesta de instrumentación que permita evaluar condiciones de eficiencia y capacidad resolutiva de servicios de salud. Washington, DC: OPS, 1989.

FERRIANI, M.G.C.; CANO, M.A.T. **Proposta do PROASE - Plano Diretor de Saúde - 1992**. São Paulo / Apresentado à Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 1992. 28 p. (mimeografado).

FERRIANI, M.G.C; CANO, M.A.T. **O programa de saúde escolar no município de Ribeirão Preto**. Rev. Latino-Am de Enfermagem, São Paulo, out. 1999, vol.7, no.4, p.29-38. Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 1999. 28 p.

FIGUEIREDO, A. M. A.; TANAKA, O. A Avaliação do SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 19, p. 98-105, 1999.

FOCESI, E. Uma nova visão de saúde escolar: proposta para uma abordagem clínica. **Revista Brasileira de Saúde Escolar** v. 2, n. 1, p. 19-21, 1992.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Educação e Assistência Social. **Evolução da matrícula na educação básica**. Fortaleza, 2002.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de normatização do programa saúde do escolar**. Fortaleza, 2004.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão do modelo de atenção integral à saúde: MAIS**. Fortaleza, 2003a.

\_\_\_\_\_. **Relatório do Fundo Municipal de Saúde**. Fortaleza, 2003b.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de atenção à saúde do escolar do município de Fortaleza**. Fortaleza, 2002a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Cartilha do MAIS**. Fortaleza, 2002b.

FRANCO, L. PSF atende a apenas 15% da população. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 31 maio 2004. Cidade, p. 4.

GAMA, S. G. N. et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, p. 74-80, 2001.

GEVELBER, M. A.; BIRO, F. Adolescents and sexually transmitted diseases. **Pediatr. Clin. North Am.**, v. 46, p. 747-766, 1999.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Beverly Hills: Sage, 1990.

HARTZ, Z. M. A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 229-260, 1999.

HERMAN, J. L.; MORRIS, L. L.; FITZ-GIBBON, C. T. **Evaluator's handbook**. (2<sup>nd</sup>. Ed.). CSE program evaluation kit, 1987. p. 9-24.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 abr. 2004.

JORGE, A. O. C. **Microbiologia bucal**. 2. ed. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 1998. 122 p.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 125-37.

LEAVEL, H. & CLARK, E. G. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. New York: **McGraw-Hill**, 1965.

MARIOTONI, G. G. B.; BARROS FILHO, A. A. Peso ao nascer e características maternas ao longo de 25 anos na maternidade de Campinas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, p. 55-64, 2000.

MASCARETTI, L. A. S. Saúde escolar: proposta para uma abordagem clínica. **Pediatria Moderna**, v. 35, n. 4, p. 198-204, 1999.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

MENEGHEL, S. N.; DANILEVICZ, N. Imunizações. In: DUNCAN, B.; GIUGLIANE, E. (Org.). **Condutas ambulatoriais em atenção primária em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 317-321.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 197-228.

MUZA, G. M. et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v. 31, p. 163-170, 1997.

NAIDOO, J.; WILLS, J. **Health promotion, foundations for practice**. London: Baillière Tindall, 1996.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (United States). **Growth curves for children birth-18 years**. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1977.

NEMES, M. I. B. **Avaliação em saúde: questões para os programas DST/AIDS no Brasil: versão preliminar**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2000. (Coleção ABIA - Fundamentos de Avaliação, n. 1).

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, p. 7-12, 1996. Suplemento 2.

OLIVEIRA, M. L. L.; SILVA, M. T. A. da. Educação em saúde: repensando a formação de professores. **Revista Brasileira de Saúde do Escolar**, v. 1, nº 4, 1990. P. 37-48.

OPAS. **La salud en las Américas**. Washington, DC, 1998.

\_\_\_\_\_. Se basa en Promoción y educación da salud escolar: una perspectiva integral: marco conceptual e operativo: documento elaborado pelo Programa de Participación Social y Educación para la Salud de la División de Promoción y Protección de la salud, Organización

Panamericana de la Salud. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 2, n. 3, 1997.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI; 1998. p. 473-487.

PAIVA, V. **Fazendo arte com camisinha: sexualidade, jovens em tempos de Aids**. São Paulo: Summus, 2000.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1990.

PEREGRINO, M. Uma questão de saúde: saber escolar e saber popular nas entranhas da escola. In: VINCENT, V. (Org.). **Saúde e educação**. São Paulo, 2000.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 539-57.

POPULATION REFERENCE BUREAU. **La juventud del mundo 2000**. Washington, DC, 2000.

POSSAS, C. A.; MARQUES, M. B. Subsídios à análise política das propostas de integração entre as instituições públicas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 83-89, 1984.

RAMOS, S. B.; BICUDO P.; TEIXEIRA, I. M. A saúde do escolar no novo modelo de atenção à saúde: uma visão educativa. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**, 1990. v. 1, nº 2, p. 9-11

REGIONAL COMITTEE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN. (Cairo). **Quality assurance and improvement in health systems with special reference to primary health care: a shared responsibility**. Cairo, 2000. (Technical Paper).

RIBEIRO, E. R. O. et al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p.136-142, 2000.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. **Evaluation: a systematic approach**. 5th. ed. Newbury Park: Sage Publications, 1993.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Fundamentos metodológicos da epidemiologia**. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 117-138.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Proposta para um modelo de atenção à saúde da criança**. São Paulo, 1990. (mimeo).

SESSIONS, G. **Avaliação em HIV/AIDS: uma perspectiva internacional: versão preliminar**.

Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2000. (Coleção ABIA-Fundamentos da Avaliação, n. 2).

SHAEFER, M. Administración de programas de higiene del México: aplicación de la teoría de los sistemas. **Cuaderno de Salud Pública**, Ginebra, n. 59, 1975.

SIGERIST, H. The University at the Crossroad. New York: **Henry Schumann Publisher**, 1946.

SILVA, L. M. V. da ; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SOARES, C. B.; SALVETTI, M. G.; ÁVILA, L. K. Opinião de escolares e educadores sobre saúde: o ponto de vista da escola pública de uma região periférica do município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 70-91, 2003.

SUCUPIRA, A. C. S. L.; CAPUERI, P.F.; RANA, W.; ZUCOLOTTI, S.M.C.; GIORA, M.J.; ZARO, A.P.; CARVALHO, P.R. **A saúde escolar e a atenção integral à saúde da criança e do adolescente**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1989. (mimeo).

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

\_\_\_\_\_. **Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde: interface-comunicação, saúde, educação**. São Paulo, 2000. p. 113-119.

TAVARES, B. F.; BÉRIA J. U.; LIMA, M. S. da. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, 2001.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A Interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, 2001.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; PINHEIRO, V. de S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Revista de Psicologia Social**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 23-47, 2002.

TRINDADE, J. C. de. Salvemos a saúde escolar. **Revista de Pediatria Moderna**, v. 20, n. 9, p. 461-477, 1985.

UBEDA, E. M. L. **A educação para a saúde na escola**. 1986. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1986. 129f.

UNAIDS. **Impact of HIV and sexual health education on the sexual behavior of young people: a review update**. Geneva, 1997.

A VULNERABILIDADE de crianças e adolescentes. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/drogas/sexualidade/sexualidade\\_prefacio.htm](http://www.aids.gov.br/drogas/sexualidade/sexualidade_prefacio.htm)>. Acesso em: 30 maio 2005.

VUORI, H. V. **Quality assurance of health services: concepts and methodology**. Genebra: OMS, 1982.

W. K. KELLOGG FOUNDATION. **Evaluation handbook United States**. [S.l.], 1997.

WEBB, E. et al. Alcohol and drug use in UK university students. **Lancet**, v. 348, p. 922-925, 1996.

WHO, 1997. Declaração de Yakarta. In: BUSS, P. M. (Ed.). **Promoção da saúde e saúde pública**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1998. p. 174-178. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Declaração de Sundsvall. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, 1991. p 31-40.

\_\_\_\_\_. Declaração de Adelaide. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, DF, 1988. p 19-30.

\_\_\_\_\_. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, DF, 1986. p. 11-18.

WHO. **Primary health care-report of the International Conference on PHC, Alma Ata, USSR, 1978**. WHO, Genebre. Health for all series. Nº 1 (inclui a Declaração de Alma Ata).

YUNES, J.; CAMPOS, O.; CARVALHO, V. Assistência à infância, à adolescência, e à maternidade no Brasil. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 103, p. 33-42, 1987.

