

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE -
NÍVEL MESTRADO

MANOELA APARECIDA FUMAGALLI COELHO MELLO

**AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIO DA
REGIÃO OESTE DO PARANÁ**

CASCADEL-PR
2018

MANOELA APARECIDA FUMAGALLI COELHO MELLO

**AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIO DA
REGIÃO OESTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde –Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociência e Saúde.

Área de Concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Rosa Maria Rodrigues

Coorientadora: Prof. Dra. Solange de Fátima Reis Conterno.

FOLHA DE APROVAÇÃO

MANOELA APARECIDA FUMAGALLI COELHO MELLO

**AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIO DA
REGIÃO OESTE DO PARANÁ**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

Profa. Dra. Lourdes Missio
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

À minha mãe, maior incentivadora pela conquista deste título; ao meu filho e esposo; ao meu pai e irmão, pelo apoio, paciência e amor.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues, minha orientadora, por transmitir toda sua sabedoria, pela generosidade, dedicação, paciência e por me confiar a oportunidade de ser sua orientanda.

À Profa. Dra. Solange de Fatima Conterno, coorientadora deste estudo, pelos seus conhecimentos, ensinamentos, disponibilidade e pelas contribuições na construção desta dissertação.

À Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, que sempre se mostrou confiante em minha trajetória, por aceitar fazer parte da banca de qualificação e defesa, e por todas as contribuições neste trabalho.

A todo o corpo docente do Mestrado em Biociências e Saúde, que, de alguma forma, contribuíram para minha formação.

Aos meus pais, Laura e Carlos, que não mediram esforços para com minha formação e por sempre terem me conduzido ao caminho do conhecimento.

Ao meu esposo Guilherme, pelo carinho, apoio e pela paciência nos momentos de dificuldades.

Ao meu filho Joaquim, embora em uma gestação cheia de tarefas, veio ao mundo pleno e calmo, permitindo que eu concluísse esta etapa de minha vida.

A todos, minha eterna gratidão.

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, visando organizar e implementar a assistência à saúde de escolares, por meio de ações de promoção da saúde e da prevenção a possíveis agravos, fundamentadas por estratégias pactuadas entre educadores e profissionais de saúde no desenvolvimento de ações intersetoriais, impulsionando práticas voltadas ao desenvolvimento integral, objetivando o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o desenvolvimento desse público. O PSE se desenvolve estruturado em três componentes. No componente I, são desenvolvidas as ações de avaliação das condições de saúde dos escolares; no componente II, as de promoção da saúde e da prevenção de agravos, e o componente III está relacionado à formação de gestores e de equipes de educação e saúde envolvidos no programa. A questão central deste trabalho intenciona revelar as ações realizadas pelo PSE em um município do Oeste do Paraná, no ano de 2015, expondo o diagnóstico de saúde da população escolar, as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e as de formação para atuação no PSE. Apresenta como objetivos específicos: identificar as ações desenvolvidas pelo PSE; descrever os problemas de saúde encontrados nas avaliações; identificar as atividades de promoção a saúde e prevenção de agravos desenvolvidos; caracterizar as ações realizadas para formação dos sujeitos envolvidos no PSE. Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi realizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no Município de Cascavel-PR, utilizando dados produzidos pelo PSE em 2015, que foram acessados no Banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), em que estão registradas as ações correspondentes ao componente I e no site do Simec, no qual estão registradas as ações correspondentes aos componentes II e III. Segundo dados fornecidos pela SesaU de Cascavel, 28.930 alunos foram pactuados para serem atendidos por atividades referentes ao componente I, destes 24.084 passaram por avaliações em saúde. No caso do diagnóstico nutricional, Cascavel apresentou 1,33% dos indivíduos com muito baixo peso, 4,49% com baixo peso, 70,73% dos indivíduos se encontravam eutróficos, 21,64% estavam com peso elevado e 1,75% dos dados não foram amostrados. Com relação à saúde bucal, o índice municipal de alterações bucais foi de 36,88%. No que compete à saúde ocular, 12,81% dos alunos avaliados apresentaram problemas de visão. Compreendendo resultados do componente II, os temas trabalhados sobre promoção da saúde, foram ofertados para mais de 90% dos alunos pactuados. Verifica-se que as ações relacionadas ao componente III não foram realizadas ou não foram registradas no site do Simec. Constata-se a necessidade de medidas de promoção a saúde e prevenção de agravos, para que os índices de alterações encontrados diminuam. Sugere-se que haja a ampliação desta política de saúde escolar com intuito de alcançar números maiores de escolares. Especialmente importante será o investimento na formação e treinamento para a atuação no programa, devendo estas, serem planejadas e executadas na expectativa de que o programa atinja seus objetivos e, de fato seja efetivado.

Palavras-chave: Integralidade, Intersetorialidade; Promoção de Saúde; Programa Saúde na Escola

HEALTH EVALUATIONS OF SCHOOL CHILDREN IN SCHOOL HEALTH PROGRAM

ABSTRACT

The School Health Program was established by Presidential Decree No 6,286 issued on December 5th, 2007, which aims to organize and implement health care for school children through health promotion actions and prevention of oncoming diseases based on strategies agreed between educators and health professionals who have searched for the development of intersectoral actions that may boost practices concerning the integral development and facing any vulnerabilities that may affect the development of these individuals. This program is based on three components: in component I, actions regarding the evaluation of the health conditions of the students are developed. Further, in component II, actions about health promotion and disease prevention are dealt with and lastly there is component III, which concerns training manager and the health and education staff that has conducted the program. The main question of this term paper intends to uncover the actions carried out by the School Health Program in a city located on the West of Paraná in the year of 2015 presenting the health diagnosis of the school population, the actions dealing with health promotion, the prevention of injuries and the specific training for action in this program. As for the specific objectives, these would achieve the overall goal: 1. to identify the actions developed by the School Health Program; 2. to describe health problems that have been found throughout evaluations; 3. to identify activities to promote health and prevent severe diseases; 4. to describe the measures taken in order to prepare the individuals involved in the program. For the development of this research, a descriptive study with a quantitative approach has been conducted. The research was carried out in the City of Cascavel-PR and it was led according to the data obtained by the School Health Program in 2015, therefore accessed in the database of the Municipal Health Department, where the corresponding actions for component I and the Simec website, which shares information related to components II and III, are registered. As stated in the data provided by SESAU, city of Cascavel, 28.930 students agreed to be assisted by activities related to component I. It has been shown that 24,084 out of these went through health assessments. Regarding nutritional diagnosis, Cascavel presented that 1.33% of the individuals were underweight, 4.49% were considerably underweight, 70.73% of the individuals were eutrophic, 21.64% were overweight and 1.75% of the data were not sampled. In relation to oral health, the municipal index of oral alterations was on 36.88%. Regarding eye health, 12.81% of the students had vision problems. As we analyze the results of component II, the mandatory subjects to be worked on health promotion have been offered to more than 90% of the students involved in the research. It has been confirmed that the actions related to component III were not carried out or were not registered in the Simec website. Thus, there is a need for measures to promote health and prevent diseases, so that the rates of change may decrease. Hence, it is suggested that the school health policy would be expanded in order to reach higher numbers of schoolchildren. Finally, especially important will be the investment in training and training for the program, and these should be planned and executed with the expectation that the program will reach its objectives and will effectively be applied.

Key words: Integrality, Intersectorality; Health Promotion; School Health Program

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3. REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 A Saúde Escolar: Elementos Históricos	19
3.2 Saúde Pública e educação escolar	22
3.3 Saúde Escolar no Brasil	24
3.4 Programas de Saúde Escolar em países vizinhos	35
3.4.1 Programa Nacional de Saúde Escolar (PROSANE) – Argentina	35
3.4.2 Saúde Escolar, Aprendendo Saudável – Peru	36
3.4.3 Escolas Saudáveis – Paraguai	38
3.4.4 Escolas Promotoras de Saúde – Uruguai	39
3.5 O Programa Saúde na Escola no Brasil	41
3.6 Saúde Escolar em Cascavel-PR	46
3.7 Intersetorialidade	48
3.8 Integralidade	50
3.9 Promoção da Saúde	52
4. METODOLOGIA	54
4.1 Tipo de Estudo	54
4.2 Local e período do estudo	55
4.3 Coleta de Dados	56
4.4 Análise dos dados	57
4.5 Aspectos éticos	58
5. RESULTADOS	59
5.1 Perfil geral dos estudantes	59
5.2 Diagnóstico nutricional em relação aos distritos e ao ciclo escolar	60
5.3 Saúde Bucal em relação aos distritos e ao ciclo escolar	62
5.4 Saúde Ocular em relação aos distritos e ao ciclo escolar	64
5.5 Síntese analítica dos dados do Componente I	65

5.6	Dados relacionados ao Componente II.....	69
5.7	Dados relacionados ao componente III	71
6.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	73
6.1	COMPONENTE I – Avaliação das condições de saúde	73
6.1.1	Diagnósticos de saúde	73
6.1.2	Saúde Bucal.....	80
6.1.3	Saúde Ocular	85
6.2	COMPONENTE II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos.....	89
6.3	COMPONENTE III – Formação Profissional	92
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
8.	REFERÊNCIAS.....	99
9.	APÊNDICE I.....	118
10.	ANEXO I.....	138
11.	ANEXO II.....	143

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Caracterização dos alunos de Cmeis e escolas da rede municipal e estadual do município de Cascavel-PR de 2015.....60
- Tabela 2:** Frequência e proporção dos indivíduos levando em consideração o diagnóstico nutricional em relação ao ciclo escolar.....62
- Tabela 3:** Frequência e proporção dos indivíduos levando em consideração alteração ou não da saúde bucal em cada ciclo escolar.....63
- Tabela 4:** Frequência e proporção dos indivíduos levando em consideração alteração ou não da saúde ocular em cada ciclo escolar.....65
- Tabela 5:** Síntese geral dos dados de Diagnóstico Nutricional, Saúde bucal e Saúde Ocular em relação a todos os distritos.....68
- Tabela 6:** Síntese geral dos dados de Diagnóstico de Saúde referentes as avaliações do componente I do município de Cascavel.....69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Síntese analítica dos dados com maior frequência.....	67
Quadro 2: Dados do componente II de 2015.....	71
Quadro 3: Ações do Componente III de 2015.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS: Atenção Primária em Saúde

BP: Baixo Peso

DGSP: Diretoria Geral de Saúde Pública

CAPs: Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEACRI: Centro de Atendimento Especializado à Criança

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CEMEIS: Centros Municipais de Educação Infantil

CEO: Centro Especializado Odontológico

CEO-D: Índice De Dentes Decíduos Cariados, Perdidos E Obturados

CNS: Conferência Nacional de Saúde

CPO-D: Índice De Dentes Permanentes Cariados, Perdidos E Obturados

DNPS: Departamento Nacional Saúde Pública

DNERu: Departamento Nacional de Endemias Rurais

EAD: Educação e Saúde e Cursos de Educação a Distância

EAN: Educação Alimentar Nutricional

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

EPS: Escolas Promotoras de Saúde

EUT: Eutrófico

GTIs: Grupos de Trabalhos Intersetoriais

IAPs: Instituto de Aposentadoria e Pensões

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

IRESP: iniciativa regional das Escolas Promotoras de Saúde

MBP: Muito Baixo Peso

MESP: Ministério de Educação e Saúde Pública

MES: Ministério da Educação e Saúde

MS: Ministério da Saúde

NA: Não Amostrado

OB: Obesidade

OBG: Obesidade Grave

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PE: Peso Elevado

PNAE: Programa Nacional de Alimentação Escolar

PROSANE: Programa Nacional de Saúde Escolar

PSE: Programa Saúde na Escola

SEMED: Secretaria Municipal de Educação

SENAC: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAI: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESAU: Secretaria Municipal de Saúde

SESP: Serviço Especial de Saúde Pública

SIMEC: Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SNS: Sistema Nacional de Saúde

SP: Sobrepeso

SPE: Saúde e prevenção nas escolas

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade Saúde da Família

1. INTRODUÇÃO

A vivência diária na Atenção Primária à Saúde (APS, doravante) possibilita a integração com inúmeros programas instituídos nas unidades de saúde voltados à atenção, à prevenção, à reabilitação e aos cuidados às condições crônicas. Dentre esses, surge o Programa Saúde na Escola (PSE, deste ponto em diante) fundamentado em ações de prevenção a possíveis agravos e visando à promoção da saúde, por meio de estratégias pactuadas entre educadores e profissionais de saúde no desenvolvimento de ações intersetoriais.

O PSE foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação buscavam articular ações em benefício da saúde do escolar, objetivando a atenção integral ao implementar ações de prevenção, de promoção e de atenção à saúde no âmbito escolar da rede pública de ensino (BRASIL, 2007a).

O programa busca impulsionar práticas voltadas ao desenvolvimento integral e propiciar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, visando ao enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o desenvolvimento dos escolares (BRASIL, 2015a). Tal projeto fundamenta-se na articulação entre escola pública e rede básica de saúde, configurando-se em uma estratégia de integração entre os setores para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2014a).

Conforme Santiago et al. (2012), a implantação do PSE proporcionou aos profissionais de saúde a percepção sobre a atuação que exercem como educadores. Ademais, conforme os autores, possibilitou o contato entre adolescentes e equipes de saúde, considerando que a aproximação entre educação e saúde auxiliou os adolescentes a empregar seus conhecimentos científicos em hábitos de vida saudável.

Com um olhar diferenciado sobre a saúde do educando, o PSE resulta em diagnósticos epidemiológicos sobre a saúde do escolar que contribuam para a implementação do cuidado integral à saúde. Muitos adolescentes não buscam atendimento em unidades básicas de saúde; contudo, por meio do PSE, profissionais de saúde se deslocam à escola com o intuito de avaliar e de descobrir

possíveis alterações clínicas, tais como: desnutrição, obesidade, problemas de fala e possíveis problemas oftalmológicos, entre outros (PAIVA, 2012).

Diversificar locais para ampliação das possibilidades de assistência à saúde e desenvolver métodos educativos que ultrapassem os convencionais, oferecendo possibilidades de melhoria nos atendimentos prestados pelas equipes de saúde, com destaque para as atividades elaboradas pela atenção primária, são as dimensões presentes no PSE (SANTIAGO et al., 2012).

Segundo Paiva (2012), há um consenso entre relatos de professores destacando a necessidade de conhecimento e de informação, principalmente entre crianças de baixa renda, cujos pais podem ter menor grau de conhecimentos relacionados à saúde que contribuam para que os alunos modifiquem o meio em que vivem. Conforme o depoimento de professores, crianças adoecidas permanecem no ambiente escolar, não sendo percebidas pelos educadores. Usualmente, a escola enfatiza acidentes ou agravos maiores, não identificando problemas de evolução lenta e progressiva, que podem acometer o aluno.

De acordo com Costa, Figueiredo e Ribeiro (2013), é expressiva a quantidade de educadores que não foram capacitados para dar atenção a problemas relacionados à saúde. Em virtude disso, muitos se mostram desmotivados a desenvolverem ações de educação em saúde, limitando os escolares à compreensão sobre a sua condição de saúde ou deixando de auxiliar na tomada de decisão quanto a escolhas saudáveis.

O PSE, embora tenha sido implantado há mais de 10 anos, é pouco conhecido pelos educadores, mas se revela um dos principais recursos para atuar na busca da qualidade de vida dos estudantes, relacionando as ações de promoção, prevenção e educação em saúde que possam modificar as condições de saúde presentes no ambiente escolar (COSTA; FIGUEIREDO; RIBEIRO, 2013).

Se na escola há dificuldades no enfrentamento das condições de saúde que podem acometer os alunos, pelo lado da saúde e da enfermagem as dificuldades também existem, seja por não considerar a escola como integrante da Atenção Primária, seja por adentrar a esse espaço levando consigo percepções biologicistas que não contribuem com a superação das condições encontradas nesses ambientes. De acordo com Silva et al. (2014), os enfermeiros atuam direcionados para a avaliação do risco biológico com impacto reduzido nas condições de saúde ou na alteração de hábitos considerados pouco saudáveis de vida.

O PSE está alicerçado na intersectorialidade, na integralidade e na promoção da saúde. A intersectorialidade compreende a articulação de saberes, capacidades e vivências dos sujeitos, grupos e setores na elaboração de ações conjuntas que proporcionem a criação de vínculos, de responsabilidade compartilhada e de cogestão para propósitos coletivos (BRASIL, 2014b).

A integralidade se refere às ações baseadas no reconhecimento dos sujeitos, compreendendo sua complexidade, potencialidade e necessidades, desenvolvendo estratégias de trabalho articulados e integrais (BRASIL, 2014b). Assistir de forma integral pressupõe articular ações, desde as de promoção, de prevenção, de tratamento e de cura em todos os níveis de atenção à saúde.

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), a promoção de saúde é o processo de qualificação popular em práticas que visam à melhoria da qualidade de vida da coletividade, com o intuito dos indivíduos identificarem seus anseios e suas necessidades, modificar favoravelmente o meio ambiente objetivando um bem-estar geral (BRASIL, 2002).

A promoção da saúde impõe o alargamento da concepção do processo saúde-doença, de forma que haja ações direcionadas aos determinantes sociais deste processo. As estratégias de produção da saúde devem ser pautadas em um conjunto de ações cooperativas, articuladas intra e intersectorialmente, atualmente no Brasil, no formato das Redes de Atenção, ao mesmo tempo em que articulem suas ações com as demais redes de proteção social (BRASIL, 2014b).

O PSE se desenvolve estruturado em três componentes. No componente I, realizam-se ações de avaliação das condições de saúde dos escolares. No componente II, por sua vez, são localizadas as ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos. Por fim, o componente III está relacionado à formação de gestores e de equipes de educação e saúde envolvidos no programa (BRASIL, 2015a).

Os estudos sobre o PSE são recentes. Dentre os já realizados, identificam-se pesquisas que problematizam a promoção da saúde expressa na proposta do programa (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015), analisando os seus documentos norteadores (DIAS et al., 2014; FERREIRA et al., 2012); avaliando as atividades do PSE nas regiões do país (MACHADO et al., 2015); investigando as concepções que circulam entre os professores sobre a saúde na escola (BARROS;

LUZ, 2015); avaliando a promoção da saúde no PSE e a inserção da enfermagem (SILVA et al., 2014).

De modo mais direcionado, pensando-se no contexto do município de Cascavel, segundo dados do Plano Municipal de Saúde 2014/2017, a cidade aderiu ao PSE no ano de 2013 (CASCAVEL, 2014). Na condição de enfermeira, atuante neste município e no referido programa, despontou-se o interesse por realizar um estudo acadêmico sobre o PSE, de modo a possibilitar que se vivenciassem as distintas ações que equipes de saúde e educação colocam em prática.

Assim sendo, a questão central deste trabalho intencionou revelar as ações realizadas pelo PSE em Cascavel-PR, no ano de 2015, expondo o diagnóstico de saúde da população escolar, as ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, além das ações de formação para atuação no programa. Pressupôs-se que o PSE, na realidade estudada, apresentaria fragilidades no desenvolvimento de ações desde as assistenciais até as de promoção da saúde e da formação dos profissionais envolvidos.

O PSE requer que educadores e profissionais de saúde trabalhem de forma integrada com vistas à promoção de ações de prevenção a possíveis agravos à saúde. A partir desse direcionamento, esta pesquisa se propôs a mapear as ações realizadas por meio do PSE, evidenciando os problemas de saúde identificados nas avaliações, haja vista que, ao partir do levantamento epidemiológico, o município poderá reconhecer os principais agravos encontrados à saúde dos alunos e planejar os cuidados de forma sistemática e efetiva. Além disso, o estudo apontou as ações do PSE em seus três componentes, buscando explicitar se o programa se encontra em conformidade com os princípios da intersetorialidade, da integralidade e da promoção da saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever as ações realizadas pelo Programa Saúde na Escola no município de Cascavel/PR.

2.2 Objetivos Específicos

- I- Identificar as ações desenvolvidas pelo PSE;
- II- Descrever os problemas de saúde identificados nas avaliações;
- III- Identificar as atividades de promoção à saúde e de prevenção de agravos desenvolvidos;
- IV- Caracterizar as ações realizadas para formação dos sujeitos envolvidos no PSE

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Saúde Escolar: Elementos Históricos

A saúde escolar, entendida como prática que envolve elementos assistenciais e educativos, tem condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais de distintos momentos históricos, desde sua emergência como higienizadora das questões de saúde das camadas populares, até sua compreensão como uma estratégia de promover saúde por meio de políticas públicas específicas.

Para compreender esse movimento, é oportuno indicar elementos históricos que demarcam os principais momentos da trajetória da saúde escolar. Segundo Ferriani (1991), a emergência da saúde escolar, em âmbito internacional, está articulada à construção do conceito de infância que se firmou a partir da idade moderna. A transformação do espaço escolar ocorrido na transição da Idade Moderna e de doutrinas médicas (polícia médica, sanitarismo e puericultura) exerceram influência na organização das primeiras experiências de saúde na escola.

Durante a Idade Média, crianças e adolescentes não eram valorizados como indivíduos com um papel social relevante. O período da infância era curto, pois, assim que as crianças desenvolvessem mínimas condições físicas de contribuir nas atividades de trabalho, eram inseridas no mundo adulto. Não havia proteção ao menor, nem a família zelava pelas crianças. Elas perdiam o vínculo com seus pais precocemente e a forma majoritária de educação era o intercâmbio familiar, ou seja, eram enviadas a outras famílias para que aprendessem algum ofício, que era ensinado na prática dos afazeres cotidianos (ARIÈS, 2015).

O exaustivo trabalho para a criação de um bebê, a mudança que trazia à família e o conflito econômico nem sempre agradavam aos pais. Muitos, por não terem condições econômicas, outros por rejeição, praticavam atos desde o abandono até mesmo o infanticídio (BADINTER, 1985). A criança não tinha função social e as taxas de mortalidade infantil eram altas. Para os nobres, elas eram encaradas como pequenos adultos inseridos amplamente no mundo adulto e, para os pobres, as crianças, tão logo tivessem forças, eram usadas para os diversos trabalhos (ANDRADE, 2010).

O primeiro ato de rejeição à criança expressava-se na recusa do aleitamento materno. As famílias entregavam os recém-nascidos para amas de leite ou as instalavam em suas residências, o que condizia com a baixa expectativa de vida. Tal prática originada na França levou, no século XIII, à abertura de uma agência de amas de leite em Paris, primeiramente a demanda era de famílias aristocráticas; entretanto, no século XVIII, houve uma generalização da prática expandindo-se para outras classes sociais (BADINTER, 1985).

Excluídas das famílias, os pais não estavam interessados na vida de seus filhos, realizavam contribuições em dinheiro às amas, lhes escreviam e, esporadicamente, realizavam visitas. Quando regressavam às suas famílias, frequentemente doentes, desnutridas, as crianças recebiam cobranças de seus pais, os quais as tratavam como estorvos (BADINTER, 1985; FERRIANI, 1991).

Em razão do modelo de aprendizagem predominante na Idade Média, não havia espaço para a escola, como foi mais tarde classicamente organizada; destinava-se a grupos específicos, separados por idade, séries e disciplinas. Até o século XIX, a instituição escolar não tinha estrutura física própria, usualmente utilizava-se o espaço da igreja ou até mesmo uma esquina. Os alunos viviam em regime de pensão na casa do próprio mestre ou padre, estabelecidos por contratos firmados por seus familiares. O método pedagógico permitia que as idades se confundissem; era natural que um adulto com intuito de aprender frequentasse o ambiente infantil. Ao ingressar na escola, as crianças instantaneamente eram incluídas ao mundo adulto (MANACORDA, 1992; ARIÈS, 2015).

A incoerência de idades, ou seja, a falta de preocupação em organizar os estudantes em série, considerando o nível de desenvolvimento, foi uma das características mais marcantes no período medieval. Somente nos séculos XVI e XVII, com o progresso moral dos educadores, que se incumbiram de afastar a juventude do mundo imoral dos adultos. Paralelamente à transformação dos sentimentos e à realidade das famílias que passavam a vigiar seus filhos, iniciou-se a ampliação das instituições escolares, estendendo-a a todas as classes, sendo por meio dela o início da vida social da criança (ARIÈS, 2015). Para Ariès (2015),

Formou-se assim essa concepção moral da infância que insistia em sua fraqueza mais do que naquilo que [...] chamava de sua 'natureza ilustre', que associava sua fraqueza à sua inocência, verdadeiro reflexo da pureza divina, e que colocava a educação na primeira fileira das obrigações humanas. Essa concepção reagia ao mesmo tempo contra a indiferença

pela infância, contra o sentimento demasiado terno e egoísta que tornava a criança um brinquedo do adulto e cultivava seus caprichos, e contra o inverso deste último sentimento, o desprezo do homem racional (ARIÈS, 2015, p. 87).

A organização do espaço escolar no período medieval apresentava características peculiares, as quais se relacionavam com os diferentes contextos que marcaram a Idade Média. Segundo Luzuriaga (2001), é característico do decurso do período o predomínio da educação cristã, a qual menosprezava a educação para a vida terrena e valorizava o ensino de matérias abstratas e literárias. Havia escolas denominadas monásticas, internatos que se dedicavam à formação de monges; por esse motivo, era elevado o aspecto moral e espiritual. O ensino iniciava-se cedo, “[...] aos 6 ou 7 anos, como *pueri oblati*, e ia até ao 14 ou 15. Iniciavam-nos na leitura e escrita, nos trabalhos agrícolas e artísticos, na cópia de manuscritos e no conhecimento das Sagradas Escrituras” (LUZURIAGA, 2001, p. 80).

Além das escolas monásticas, as escolas catedrais, sobretudo a partir do século XI, se firmaram como um espaço de formação principalmente para os clérigos, tendo por foco o estudo de temas religiosos. Não obstante, ensinava-se também o trívium (lógica, gramática e retórica) e o quadrivium (aritmética, geometria, astronomia e música). Essa escola também era frequentada pelos filhos das classes sociais superiores ou profissionais (LUZURIAGA, 2001; MANACORDA, 1992).

Ainda, fez-se presente na Idade Média as escolas palatinas, instituições que se dedicaram em promover uma formação mais ampla, que era destinada aos filhos dos nobres. O currículo era composto por conhecimentos dos mais distintos campos do saber. As principais disciplinas estudadas eram: Gramática, Aritmética, Geometria, Astronomia, Dialética, Retórica, Filosofia e Música (LUZURIAGA, 2001; MANACORDA, 1992).

Cabe destacar que, independente da especificidade de cada tipo de instituição escolar, no período medieval não havia preocupação em organizar espaços de aprendizagem de acordo com a idade dos sujeitos, ou seja, “[...] as idades eram confundidas no mesmo auditório [...] A escola não dispunha então de acomodações amplas. Forrava-se o chão com palha, e os alunos ali se sentavam” (ARIÈS, 2015, p. 108).

Conforme destaca Lima (1985, p. 34),

A criança no período de frequência à escola aparece pois, nessa primeira aproximação, determinada por duas características: a elevação do sistema escolar e o advento da classe social burguesa, ambos fenômenos históricos relacionados ao desenvolvimento do capitalismo. O modo de produção capitalista coloca em antagonismo duas classes fundamentais – a burguesia, dona do capital, e o proletariado, dono da força de trabalho. Este é obrigado a vender sua força de trabalho àquela, que detém a propriedade dos meios de produção e se apropria do produto de trabalho que, circulado, distribuído e consumido, realiza a mais-valia do trabalho, origem do lucro e da riqueza da classe burguesa. É em relação a esse posicionamento de corpos no momento da produção que se dá a principal diferenciação e especialização dos corpos escolares: os destinados a produzir e os destinados a dirigir a produção e a auferir a riqueza produzida.

Ferriani (1991), ao problematizar a infância no século XVIII, destaca que a educação das classes populares permanecia restrita, e que a infância para os menos favorecidos continuava limitada. Crianças com cerca de cinco anos se misturavam ao mundo adulto contribuindo como mão de obra em fábricas e em tecelagens, cumprindo turnos de 12 horas, o que correspondia com inexistentes chances de frequentarem as escolas.

Esse quadro histórico iria se modificar com o desenvolvimento econômico, quando, na Inglaterra e Alemanha, por primeiro, se desenvolveu o processo de industrialização, auferindo outras obrigações aos componentes do ambiente agora urbano. Mulheres, homens e crianças ganhavam outras definições na sociedade industrial emergente. A retomada dos elementos históricos ajuda a identificar que a infância e a criança não são construções únicas e universais, mas são seres culturais perpassados por experiência sociais e pessoais que se constroem e reconstroem constantemente (SCHULTZ; BARROS, 2011).

3.2 Saúde Pública e educação escolar

Com a expansão da revolução industrial, as cidades se tornaram o centro econômico, superando o modelo rural de produção. As mudanças urbanas, sem planejamento e estrutura, favoreceram o aumento de pestilências, elevando os índices de mortalidade, ameaçando o Estado com a escassez da população (LIMA, 1985).

O centro de interesses políticos baseava-se em uma população grande e sadia, objetivando aumentar a riqueza do Estado. As classes dominantes perceberam que precisavam assumir a responsabilidade pelos cuidados da saúde

dos trabalhadores, pois esses eram indispensáveis à produção. Em decorrência disso, emergem interesses sobre medidas de prevenção de doenças e assistência médica aos necessitados, implicando no conceito de política nacional de saúde. Segundo Rosen (1994), o estatístico, cientista e filósofo político Willyan Petty, constatou que o controle das doenças comunicáveis seria a salvação da vida das crianças e impediria a diminuição da população. Ele defendia que a enfermidade e a morte prematura significavam desperdício de recursos humanos. Com base nesses princípios, salientava que o progresso da medicina era dever do Estado, surgindo a ideia de “polícia de saúde” ou “polícia médica”.

Em sociedades mais avançadas, como a Alemanha, a partir do século XVII, a organização de serviços de saúde tornou-se uma necessidade e a fazer parte do interesse do governo. A organização de políticas de saúde passou a assumir novos formatos ancoradas na doutrina da polícia médica. Nesse contexto, o médico alemão Johann Peter Frank (1748-1821) teve papel de destaque ao elaborar medidas governamentais para a proteção da saúde pública que ficaram conhecidas como: Sistema de uma Polícia Médica Completa ou apenas por Sistema Frank (ROSEN, 1994).

Segundo Rosen (1994), o Sistema Frank, composto por uma obra de nove volumes, passou a servir de guia para diversas áreas da saúde, abordando temas/problemas variados como questões sobre casamento, nascimento, alimentação, higiene, vestuário, moradia, recreação, doenças variadas, acidentes e sua prevenção. Frank destacou, em sua obra, a saúde da criança em idade escolar e a supervisão policial das instituições de ensino, visando à sanidade do espaço, à prevenção dos acidentes, à saúde mental, além da fiscalização do espaço físico da escola, como iluminação, aquecimento e ventilação.

A partir do Sistema Frank, o médico Franz Anton Mai propôs medidas para melhorar a saúde das crianças em idade escolar. Elaborou, então, um código que incorporava oficiais de saúde no espaço escolar, o qual instruíria tanto as crianças quanto os professores sobre manutenção e promoção de saúde. Nas palavras de Rosen (1994), “Esse funcionário oficial esclareceria, ainda, os adolescentes quanto aos perigos do sexo” (ROSEN, 1994, p. 131).

Com o avanço da industrialização e a conseqüente precarização das condições de saúde e de vida dos trabalhadores, resultado da vitória da máquina e da concentração da riqueza, principalmente na Inglaterra, emergiu o sanitarismo,

doutrina médica que entendia a determinação do ambiente físico e social sobre as condições de saúde da população (ROSEN, 1994).

Rosen (1994) destaca que Edwin Chadwick, pioneiro da moderna saúde pública, ressaltou a relação entre pobreza e insalubridade como disparadora dos problemas de saúde dos trabalhadores, concluindo ser mais econômico implementar medidas para prevenir a enfermidade. De acordo com o autor, “Reconhecendo ser o pauperismo, em muitos casos, a consequência de doenças pelas as quais o indivíduo não tinha responsabilidade, e a importância da doença no aumento do número dos pobres [...]” (ROSEN, 1994, p.161).

No século XIX, o Estado desenvolveu novas formas de controle ideológico, quando se observou a expansão da escolarização primária e serviços de saúde. Nessa época, constataram-se avanços na medicina com a descoberta da bacteriologia. Com efeito, adoecer ficou relacionado à falta de conhecimento e à falta de prática de cuidado e higiene, passando a responsabilizar o indivíduo sobre seu estado de saúde (FERRIANI, 1991).

Outra vertente, a puericultura, originou-se na França, sendo uma teoria baseada no saber científico que passou a ser ensinada nas escolas públicas, para meninas jovens e objetivava eliminar os conhecimentos dispersos, incoerentes da sociedade, transmitindo o conhecimento acerca da saúde da família, dos cuidados dos filhos às mulheres do “povo” (FERRIANI, 1991).

Dessa forma, a saúde escolar, ou higiene escolar, como era conceituada na época, resultou da articulação de três doutrinas médicas: a polícia médica, que realizava inspetoria das condições de saúde no âmbito escolar; o sanitarismo, pela atuação na salubridade nas instituições de ensino; e a puericultura, que impulsionou cuidados baseados em conhecimentos científicos, que posteriormente foram repassados à professores e alunos (LIMA, 1985).

3.3 Saúde Escolar no Brasil

O início de mudanças na administração pública do país, compreendendo a área da saúde, emergiu após a vinda da corte portuguesa para o Brasil em 1808. A cidade do Rio de Janeiro, na qual se localizava o principal porto do país, passou a sediar o império. Com vistas à organização das questões sanitárias, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1915),

posteriormente transformadas nas primeiras escolas de medicina do país (BERTOLLI FILHO, 2003).

O contexto epidemiológico no Brasil, no século XIX, era marcado por epidemias, altos índices de mortalidade especialmente para as crianças, que também eram acometidas por desnutrição, diarreia, sarampo, tétano, coqueluche e difteria. A intensa imigração desencadeada pela expansão cafeeira favorecia o aparecimento de novas doenças, tais como tuberculose, sífilis e hanseníase. O país vivenciava uma crítica situação de saúde pública (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Ações voltadas à saúde escolar no Brasil surgiram em 1850, quando o Estado, com o intuito de controlar as epidemias de febre amarela, cólera e varíola, disseminadas na cidade do Rio de Janeiro, adotou medidas para inspecionar lugares onde se reuniam grupos, dentre esses as escolas (LIMA, 1985).

Considerar a escola como espaço a ser higienizado estava em conformidade com o pensamento médico da época, que entendia que a referida instituição era um lugar habitado por coletivos que atuavam na disseminação das doenças nos espaços das grandes cidades brasileiras. Essas teses reproduziam no Brasil o pensamento europeu importado pelos médicos que buscavam resolver os problemas de saúde, passando pela intervenção higiênica no ambiente escolar (ZUCOLOTO, 2007).

Decorrem, nessa época, as primeiras medidas governamentais sanitárias, a criação dos serviços voltados à saúde do império, divididos em Inspetoria Geral de Higiene, encarregada da higiene terrestre, e Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, responsável pela manutenção e pela higiene dos portos, aliada aos interesses da economia exportadora cafeeira (FERRIANI; GOMES, 1997).

A Proclamação da República, em 1889, impulsionou a ideia de modernizar o Brasil; entretanto, para tal, seria necessário um povo saudável e civilizado para o trabalho, objetivando o progresso econômico. A medicina assumiu os assuntos sanitários do Estado, encarregada de garantir a melhoria da saúde individual e coletiva, em consequência, a subsistência do projeto de modernizar o país (BERTOLLI FILHO, 2003).

Em decorrência desses aspectos, novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos voltados à proteção da saúde coletiva levaram o governo a elaborar planos de combate às enfermidades, não se limitando apenas a épocas de surtos

epidêmicos, mas se estendendo a todo o tempo e amplos setores da sociedade, tais como a educação, a alimentação, a habitação, o transporte e o trabalho, o que constituiu uma política de saúde e política social (BERTOLLI FILHO, 2003).

Em 1889, o ministro do império, conselheiro Ferreira Vianna, estabeleceu a “Inspeção Higiênica” das instituições escolares do Rio de Janeiro. Paralelamente, militantes da puericultura se destacaram, tais como o médico Moncorvo Filho, conhecido como fundador da pediatria brasileira, que evidenciava a necessidade de inspeção médica dos alunos. No ano subsequente, as instituições privadas empregaram fichas para avaliação dos escolares, não se limitando à inspeção higiênica da estrutura física das instituições. Nesse período, as ações eram voltadas integralmente ao sanitarismo. Emergiram, nesse contexto, as primeiras medidas governamentais, que podem ser exemplificadas pelas ações referentes ao trabalho de menores nas fábricas, aos doentes e aos serviços de higiene escolar (FERRIANI, 1991).

Entre os anos de 1889-1930, o país foi governado por lideranças políticas dos estados mais ricos da federação. O principal motor da economia estava em torno da cafeicultura; o estado de São Paulo comandava a maior produção de café, proporcionando aos fazendeiros paulistas, grande poder de decisão no cenário político. Parte dos lucros produzidos pela cafeicultura foram investidos nas cidades, favorecendo a industrialização e o aumento da população urbana. As oligarquias apoiaram-se na ciência da higiene para doutrinar e fiscalizar os ambientes físico e social da população urbana. Contudo, o meio rural tornava-se marginalizado, apenas era foco de intervenção sanitária se tratando de ameaça à produção agrícola (BERTOLLI FILHO, 2003).

No século XX, com vistas à implantação da economia exportadora de café na região Sudeste, a saúde, notadamente as ações de controle de doenças, passou a ser prioridade de Governo, decorrendo grande expansão de ações sanitárias, controle de endemias e fiscalizações de portos e meio urbano. Contudo, continuavam concentradas no eixo agrário-exportador nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo (FINKELMANN, 2002).

No Governo de Rodrigues Alves (1902-1906), os setores urbanos e da saúde foram reestruturados e o então presidente nomeou Oswaldo Cruz como diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP, doravante). Para tal, se propôs erradicar a epidemia de febre-amarela, peste bubônica e varíola na cidade do Rio de Janeiro.

Em 1904, sob influência de Oswaldo Cruz, foi sancionada uma Lei que tornava obrigatória a vacinação contra varíola para toda a população do país. A medida foi vista com insegurança, não sendo aceita pela população, resultando em manifestações não pacíficas e gerando rebelião popular, evento que entrou para história como a Revolta da Vacina (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em 1919, originou-se uma nova instituição que veio substituir a antiga DGPS, nomeada como Departamento Nacional Saúde Pública (DNSP, deste ponto em diante), abrangendo propostas para ampliação territorial e movimento pelo saneamento rural, ampliando as competências estatais no campo da saúde (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Para suprir a demanda de profissionais capacitados para atuar nas questões sanitárias, em 1918, os governos dos estados firmaram convênio com a Fundação Rockefeller, de origem norte-americana, em busca de obter recursos e conhecimentos em serviços de saúde. Como resultado dessa fusão criou-se o Instituto de Higiene de São Paulo com o intuito da formação de profissionais nessa área (LIMA, 1985).

Na década seguinte, em 1930, o governo do então Presidente Getúlio Vargas deu vazão à demanda dos sanitaristas, criando o Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP, de ora em diante), composto pelo Departamento Nacional de Educação e Departamento Nacional de Saúde, prosseguindo as ações do DNSP. Todavia, o novo ministério era alvo de intensas interferências do cenário político, dificultando suas ações e implementação. A partir de 1935, com a gestão de Gustavo Capanema, como Ministro da Educação e Saúde Pública, as ações sanitárias foram retomadas e medidas para uma nova organização da saúde tiveram início. O MESP foi reestruturado passando a se chamar Ministério da Educação e Saúde (MES), prevendo a centralização estatal, destituindo as atividades municipais de saúde e restringindo as atividades aos governos estaduais (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em virtude dos acordos entre os governos brasileiro e norte-americano, em 1942, foi instituído o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP, doravante), com intuito de combater a febre amarela e malária na região Norte do país. Os Estados Unidos tinham grande interesse econômico nessa área, devido à quantidade de borracha e minérios existentes no local. O SESP dispunha de verbas provenientes da cooperação americana, tendo como enfoque de suas ações, medidas preventivas e curativas (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

No que tange à área da educação, conforme Lima (1985), na década de 1920, a escola passou por transformações, alicerçadas em três movimentos fundamentais: desenvolvimento do movimento da Escola Nova, o qual reforçava a articulação entre higiene escolar e a educação; reforma da escola normal, atribuindo ao currículo da formação de professores disciplinas de puericultura e higiene; criação do Instituto de Higiene e dos Centros de Saúde, objetivando a formação de profissionais sanitaristas. Nesse período, observou-se a incorporação de métodos de educação em saúde, assistência médica odontológica, nutrição e avaliação da desnutrição e antropometria.

O novo conceito de escola emergiu com o propósito de renovar o sistema educacional brasileiro, capacitando um novo tipo de trabalhador, educado para a vida social, necessário ao processo de industrialização do país (FERRIANI; GOMES, 1997).

Mediante à constituição de 1934, um Plano Nacional de Educação foi elaborado, prevendo educação comum a todos os cidadãos. Não obstante, seguidamente em 1937 a 1946, a Constituição do Estado Novo de Vargas, negava o direito universal de educação. Ao decorrer do tempo, esse cenário se modificava por meio da Constituição de 1946, prevendo a obrigatoriedade do ensino primário a todos. A educação se inseriu no modelo econômico capitalista buscando, mediante cursos profissionalizantes, como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) e Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), recursos humanos habilitados para desempenharem múltiplas tarefas. No que compete à saúde escolar nesse período, a responsabilidade sobre a assistência ao aluno foi transferida para o setor de educação (FERRIANI; GOMES, 1997).

A política de Vargas marcada fortemente pelo populismo teve enfoque ao setor industrial e comercial que se encontrava em expansão e, para obter apoio social, emergiu a necessidade de uma legislação que garantisse direitos aos trabalhadores urbanos. Em 1923, mediante a Lei Elói Chaves, foram implementadas as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs, doravante) destinadas aos trabalhadores ferroviários, portuários e marítimos. Os recursos arrecadados eram destinados às aposentadorias, assegurando os dependentes em caso de morte do trabalhador e assistência médica. A partir de 1933, o governo Vargas iniciou um movimento de transformação das CAPs em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs, de ora em diante), com o intuito de assegurar benefícios e

pensões e assistência médica a diversas categorias profissionais (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

De acordo com Fagnani (2005, p. 55),

Os IAPs contratavam os serviços de assistência médica de hospitais, laboratórios e médicos privados. Essa prática impulsionou a constituição de um empresariado privado especializado na área da saúde. A acumulação de capitais desse segmento era garantida pelas demandas de serviços públicos financiados pela arrecadação previdenciária. Observe-se que, entre 1945 e 1964, o gasto com a atenção médica no âmbito dos IAP cresceu de forma expressiva.

O modelo de saúde empregado excluía grande parcela da população, a qual ficava marginalizada, sem acesso à assistência à saúde, que era assegurada apenas ao trabalhador do mercado formal urbano, que contribuía com a previdência (FAGNANI, 2005).

Entre as décadas de 1940 e 1950, emergiram grandes hospitais, em sua maioria previdenciários, iniciando um padrão de assistência cujo espaço privilegiado seria o hospital (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Durante o segundo governo Vargas (1952-1954), foram separados os Ministérios da Saúde e da Educação. Assim sendo, em 1953, foi instituído o Ministério da Saúde (1953), cuja existência foi marcada por insuficiência econômica, limitação de profissionais especializados, equipamentos e postos de atendimento, configurando um descaso com a saúde da população. A interferência política contribuiu para as dificuldades enfrentadas no Ministério. Partidos e políticos usavam de estratégia para compra de votos, através da utilização de direitos relacionados à saúde. Apesar da redução considerável de casos de doenças infectocontagiosas e parasitárias em todo o território nacional, a ineficiência dos serviços de saúde, condenava o Brasil como uma das nações mais doentes do mundo (BERTOLLI FILHO, 2003).

Em 1956, iniciou o governo de Juscelino Kubitschek, que teve como marco as transformações econômicas, o desenvolvimento e o desenvolvimentismo. No âmbito do Ministério da Saúde, com a proposta de unificar órgãos engajados no controle e na erradicação de doenças, instituiu-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu, deste ponto em diante). Dois anos mais tarde, o mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da febre amarela, foi declarado erradicado, e campanhas contra a erradicação da malária foram iniciadas, sem sucesso. No período, alcançou-se a

erradicação da varíola e a tentativa do controle da lepra. Contudo, o governo não conseguiu implementar medidas que integrassem a saúde pública, resultando na multiplicidade de ações. O DNERu trabalhava isoladamente, sem contato e aproximação com o SESP, que se encontrava expandindo ações de assistência à saúde (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em contraste com o marco do desenvolvimento, o país vivenciava a precariedade da saúde; o índice de mortalidade infantil era altíssimo, ultrapassando taxas de mortalidade de países como Índia, Peru e El Salvador. Diante de tais fatos, o Ministério da Saúde ficou encarregado de desenvolver estratégias voltadas a assistência à saúde das crianças. Ampliaram-se os serviços de higiene infantil, os postos de puericultura que, além do acompanhamento ao desenvolvimento às crianças e a vacinação, prestavam assistência às mães (BERTOLLI FILHO, 2003).

Ao fim do governo de Juscelino Kubitschek, intitulado “anos de ouro”, o país contava com uma indústria complexa e a internacionalização da economia, mas indícios apontavam uma crise econômica, caracterizada pelo aumento da dívida externa, elevação inflacionária e diminuição do poder aquisitivo e dos salários da população (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Na sucessão presidencial, Jânio Quadros e João Goulart assumiram o governo, período em que o Ministério da Saúde teve inúmeros ministros, mas nenhum conseguiu manter a cadeira por mais de um ano; tal cenário só terminaria após o golpe militar em 31 de março de 1964. Os anos decorrentes do regime militar levaram ao colapso dos serviços públicos de transporte e saúde (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

A privatização da política de saúde, após 1964 (Regime Militar), foi determinada pela hegemonia da assistência médica previdenciária, caracterizada por compras de serviços através do setor privado (hospitais, clínicas e laboratórios), gerenciadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); criado para tratar especificamente da assistência médica previdenciária. Todavia, não tinha controle de auditoria das faturas e pagamentos, alvo de frequentes fraudes e superfaturamentos por parte do setor privado, sustentado pelo lucro e expansão desse segmento (FAGNANI, 2005).

Decorrente de uma crise das antigas Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões, o governo criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS, doravante), unificando todos os órgãos previdenciários que estavam em vigor desde

1930, os quais foram subordinados ao Ministério do Trabalho. Com essa configuração dos serviços de saúde, instaurou-se um sistema duplo de saúde, o INPS prestaria serviços com foco individual e o Ministério da Saúde compreendia programas sanitários e assistência à saúde durante possíveis epidemias (BERTOLLI FILHO, 2003).

Na década de 1970, se instaurou uma crise no sistema capitalista, e, em decorrência disso, o setor saúde foi novamente reestruturado, instituindo-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS), objetivando a ampliação de bases sociais em atendimento às reivindicações populares. Desse modo, emergiram projetos que se estenderiam às populações carentes, contemplando programas de alimentação, de nutrição, de vigilância epidemiológica e de saúde materno infantil (FERRIANI, 1991).

A falência do modelo econômico do regime militar impulsionou a sociedade a mobilizar-se a favor da democracia, reconquistando-a em meio a uma das piores crises econômicas do país; o sistema hospitalar precário, a insuficiência de sistemas de saneamento resultava em novas epidemias. Em volta desse cenário, a população começava a lutar pela melhoria das condições de vida. Os profissionais da saúde submetidos a precárias situações de trabalho organizavam-se a favor da profissão e dos direitos da população. Ao fim dos anos 1970, criou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) que, unificados, desenvolveram o Movimento Sanitário, afirmando que o direito ao acesso à saúde pela população era dever do estado (BERTOLLI FILHO, 2003). Conforme destacou Finkelman (2002),

A crise econômica teve duplo efeito. Por um lado, agravou a distribuição da renda e a qualidade de vida da população, o que aumentou as necessidades de atenção à saúde; por outro, diminuiu as receitas fiscais e as contribuições sociais, com impacto sobre o volume de recursos destinados à saúde. Nesse cenário, consolidou-se no país o movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais bandeiras eram: 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (FINKELMAN, 2002, p. 247).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), desde os anos 1960,

expunha aos países latino americanos um novo modelo de assistência à saúde, por meio dos programas de medicina comunitária, modelo simples, caracterizado pelo baixo custo e que contava com a participação social para seu desenvolvimento, direcionado para populações mais pobres (ESCOREL, 2012).

Foi elaborado no Canadá, em 1974, o Relatório Lalonde, que apresentou novas concepções de saúde, sustentando a necessidade de um olhar amplo, que fosse além das perspectivas biomédicas voltadas à doença. Ademais, o relatório expressou a importância dos hábitos da população e dos efeitos do meio ambiente sobre a saúde, propondo a extensão da saúde pública e o enfoque de educação, priorizando ações de prevenção à saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Manifestando a necessidade de ampliação e de desenvolvimento dos serviços de saúde e educação em saúde a todos os povos, realizou-se a conferência de Alma-Ata (1978), que teve como lema central: Saúde Para Todos no Ano 2000, paralelamente à implantação da estratégia de Atenção Primária de Saúde, a qual ganhava destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). Alma-Ata evidenciava, entre vários temas, a promoção e a proteção da saúde da população, sendo indispensável para o desenvolvimento econômico e social e para alcançar a qualidade de vida e a paz mundial. Para tanto, deveria envolver as áreas primordiais como a educação sobre os principais agravos de saúde e os métodos para sua prevenção (BRASIL, 2002).

Os eventos realizados entre 1970 e 1980 abordavam a necessidade de ações intersetoriais, a participação e o comprometimento da sociedade na formulação de políticas em benefício à saúde e a busca da qualidade de vida, com ênfase em ambientes saudáveis e igualitários. A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu em Ottawa (1986), e enfatizava a clara articulação existente entre a atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis (BRASIL 2002).

Em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde no Brasil, elegeu como tema a saúde como um direito de todos e dever do Estado, em que se ampliou o conceito de saúde e propôs-se uma legislação baseada na promoção, na proteção e na recuperação da saúde. Esse processo foi estimulado pela Reforma Sanitária que levou à criação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2009a). Desse modo, conforme informações da obra *Escola Promotoras de Saúde: experiências no Brasil*,

A promoção da saúde encontra-se expressa no slogan da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) – saúde é um direito de todos e um dever do Estado –, está legitimada na Constituição de 1988, que afirma que saúde, além da assistência, está relacionada às condições de renda, educação, trabalho, moradia, alimentação e lazer (BRASIL, 2007b, p. 43).

A Constituição Federal, promulgada em 1988, que projetava implantar um estado de bem-estar social, legitimou a saúde como direito dos cidadãos. Como consequência, originou-se um sistema público universal e descentralizado de saúde que transformou a organização da saúde pública brasileira (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Nesse período, o setor educação realizava críticas à saúde, referenciando que essa usava o espaço da escola apenas para seus fins, e não de forma integrada. Contudo, estudos indicaram que a educação para a saúde, baseada no modelo biomédico, não obtinha mudanças de atitudes e de opções de vida saudável que contribuíssem para a diminuição de agravos à saúde dos escolares (BRASIL, 2007b).

A partir dos anos 1990, diante da crítica do setor educação e da baixa efetividade da educação em saúde nas escolas e dos novos modelos visando à promoção da saúde, foi criada a estratégia de espaços e de ambientes saudáveis que almejavam implementar ações que contribuíssem para alcançar uma melhor qualidade de vida em diferentes espaços da sociedade. A valorização escolar entra nesse cenário, sendo a escola o centro de convivência adequado para promover a articulação entre crianças, adolescentes, familiares e a comunidade. Em vista disso, origina-se a Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) (BRASIL, 2007b).

Embora práticas de educação em saúde venham sendo realizadas ao longo do tempo, em sua maioria, eram direcionadas à prevenção de doenças e ao controle de agravos. Pouco se investia na formação de hábitos saudáveis de vida e no desenvolvimento psicossocial e da saúde mental. A educação e a saúde se apresentam como uma estratégia importante para a saúde pública, favorecendo o desenvolvimento de projetos articulados que podem auxiliar os indivíduos e as comunidades na incorporação de estilos de vida mais saudáveis (BRASIL, 2007b).

As novas concepções teóricas de saúde possibilitaram a iniciativa de incorporação de práticas educativas, no plano didático-pedagógico das escolas, além de contribuir para a cooperação entre os Ministérios da Saúde e Educação,

potencializando educação em saúde nos ambientes institucionais. No ano de 1995, a Organização Pan-Americana e a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançaram oficialmente a Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde (IREPS, doravante).

Conforme pontuam Figueiredo, Machado e Abreu (2010, p. 399),

O conceito de promoção da saúde, no qual se baseia a IREPS, foi cunhado a partir da Carta de Ottawa como o processo destinado a capacitar os indivíduos para exercerem um maior controle sobre sua saúde e sobre os fatores que podem afetá-la, reduzindo os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis.

Com o objetivo de fortalecer a saúde escolar nos países da América Latina e do Caribe, a OPAS tem estimulado a IREPS, resultando em um trabalho articulado entre educação, saúde e a sociedade, implicando na identificação das necessidades e dos agravos de saúde, visando à definição de estratégias para modifica-los. As EPS constituem-se em estratégia de promoção da saúde no espaço escolar, possuía partir de três componentes: (i) Educação em saúde integral, abrangendo o desenvolvimento de habilidades para a vida; (ii) Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis; (iii) Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

A articulação entre os setores Educação e Saúde possibilita a ampliação do processo de humanização dos serviços de atenção à saúde, proporcionando um melhor relacionamento entre profissionais desse setor, escolas, usuários e a comunidade. A escola oportuniza aos educandos reconhecer as diferenças por meio da convivência, construindo conceitos e valores, mediados por professores, favorecendo a criação de espaços promotores de saúde (BRASIL, 2007b).

Em fins dos anos 1990 e início do século XXI, as ações de saúde direcionadas ao ambiente escolar, impulsionadas pelas indicações dos organismos internacionais como a OPAS e a OMS e por movimentos nacionais, vão sendo configuradas. No Brasil, elas se tornaram um Programa específico em 2007, pelo Programa Saúde na Escola, que será apresentado após uma visita a este movimento em países vizinhos.

3.4 Programas de Saúde Escolar em países vizinhos

3.4.1 Programa Nacional de Saúde Escolar (PROSANE) – Argentina

A partir de 2003, com o objetivo de reduzir a desigualdade social, o Governo Nacional da Argentina projetou o desenvolvimento de políticas públicas destinadas à conquista de empregos permanentes e ao acesso universal e igualitário à educação, à saúde e à habitação (ARGENTINA, 2015).

Apesar do progresso das políticas de saúde, uma parcela da população seguia sem exercer o direito básico à saúde. Muitas crianças e adolescentes não tinham acesso a diversos procedimentos de saúde, dentre eles a imunização, a avaliação oftalmológica e nutricional, favorecendo o aumento de fatores de risco, situação que alterou o desenvolvimento e a aprendizagem desse público (ARGENTINA, 2015).

Visando à transformação desse cenário, uma política nacional passou a ser projetada, buscando atender a crianças e adolescentes, possibilitando ações integradas de educação e saúde e, conseqüentemente, que eles pudessem conhecer e modificar os determinantes de saúde no meio em que vivem (ARGENTINA, 2015). Instituiu-se, então, o Programa Nacional de Saúde Escolar (Prosane, doravante).

O Prosane se propunha fortalecer a Lei 26.061, que visa proteger, de forma integral, os direitos das crianças e dos adolescentes que se encontram no território da Argentina a fim de garantir o pleno exercício, eficaz e permanente daqueles reconhecidos na Lei e tratados nacionais e internacionais (ARGENTINA, 2015). Se apresenta como uma política em que a saúde e a educação visam promover o acesso integral e igualitário à saúde, reconhecendo a criança e o adolescente como sujeitos de direito e o Estado como provedor (ARGENTINA, 2016).

O programa destina-se ao cuidado de crianças do nível primário e secundário das escolas públicas e privadas do território Argentino. Ademais, contempla ações de avaliação clínica, odontológica, oftalmológica, fonoaudiológica e controle de imunobiológicos do calendário nacional de vacinação (ARGENTINA, 2016). Os objetivos específicos do programa são estes:

- I- Implantar o Prosane dentro da Estratégia de Atenção Primária à Saúde;

- II- Identificar o estado de saúde de crianças e adolescentes de grupos selecionados, através de um controle de saúde integral contemplando o monitoramento e a resolução dos problemas detectados;
- III- Promover a acessibilidade da população-alvo no nível de atenção primária e articulação com o segundo e terceiro níveis de atenção;
- IV- Coordenar ações conjuntas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, nacional, estadual e local, para fortalecer a saúde geral das crianças e adolescentes;
- V- Incentivar a criação de gestão locais, intersetoriais, destinadas a promover "políticas de acolhimento para crianças e adolescentes".
- VI- Promover e desenvolver ações de promoção e educação a saúde com a comunidade objetivando a aprendizagem e desenvolvimento humano, melhorando a qualidade de vida e bem-estar coletivo de crianças e adolescentes e outros membros da comunidade (ARGENTINA, 2016, p. 5, tradução nossa).

No ano de 2014, 190.028 crianças e adolescentes entre 05 a 09 e 10 a 13 anos de idade foram avaliados por meio do Prosane. Dentre as análises realizadas estão as avaliações antropométricas, de saúde bucal, oftalmológicas e fonoaudiológicas. Diante dos resultados encontrados, o problema de saúde com maior prevalência foi alterações em saúde bucal, com índices de 51,5%. Mais da metade das crianças avaliadas apresentava dentes temporários e permanentes cariados, obturados, extraídos ou perdidos. Posteriormente, observou-se o sobrepeso e a obesidade que afetavam cerca de 40% da população estudada, seguidos de alterações visuais, 13% e de fala, 4,1% (ARGENTINA, 2016).

Para aquela realidade, evidencia-se que é necessário conhecer os índices de saúde dessa população e realizar ações frente aos problemas encontrados, de modo que crianças e adolescentes cresçam saudáveis capacitados a desenvolver seu pleno potencial (ARGENTINA, 2016).

3.4.2 Saúde Escolar, Aprendendo Saudável – Peru

O Governo Peruano estabeleceu como uma de suas metas prioritárias a universalização e a proteção social em saúde. Por isso, instituiu, em 27 de junho de 2013, a Lei nº 30061, que declara como prioridade o cuidado integral à saúde de estudantes do ensino regular e especial do setor público do âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar Qali Warma, e incorporou o Seguro Integral de Saúde a todos os escolares, com o intuito de melhorar o estado de saúde de sua população, dando ênfase nas áreas precárias do país. O 2º artigo da referida Lei previu e aprovou o Plano de Saúde Escolar 2013-2016, que, além do cuidado

integral a saúde, objetivava detectar e atender de maneira eficaz os riscos e danos relacionados à saúde dos estudantes (PERU, 2013a).

O Plano de Saúde Escolar 2013-2016 trazia como uma de suas finalidades introduzir uma cultura de saúde nos escolares, baseada em estilos de vida e determinantes sociais saudáveis, e visava à detecção e à resolução precoce de agravos que possam prejudicar a aprendizagem. Diante disso, buscando a modificação deste cenário, três componentes a serem executados foram criados: a avaliação integral a saúde; a promoção de comportamentos saudáveis; e a promoção de ambientes saudável (PERU, 2013b).

O componente avaliação integral da saúde organiza-se nas seguintes linhas de ações: identificação de riscos; identificação de doenças e intervenção precoce. Dentre as atividades previstas a serem desenvolvidas nas referidas linhas, destaca-se o controle de peso e de altura; avaliação nutricional; triagem do calendário de vacinação; triagem da acuidade visual e detecção de sintomas respiratórios; realização da dosagem da hemoglobina para identificação da anemia; tratamento da anemia; imunização; aplicação de flúor; ensino da técnica de escovação; referência e tratamento da tuberculose (PERU, 2013b).

O componente de promoção de comportamentos saudáveis se refere às intervenções que promovem práticas, comportamentos e o autocuidado em saúde, articuladas à gestão pedagógica, as quais contribuem para a aprendizagem, considerando as necessidades regionais de saúde e adaptação cultural. Outras ações como formação de facilitadores nos níveis nacional, regional e local, capacitação de profissionais de saúde e professores e o fortalecimento da gestão e implementação de gestão regional e local englobam esse componente (PERU, 2013b).

Por fim, o componente de promoção de ambiente saudável envolve a implementação de espaços físicos seguros e saudáveis nas escolas e seus arredores, promovendo ambientes psicossociais positivos, o que pode possibilitar uma interação harmoniosa e respeitosa da comunidade escolar. Reuniões de adaptações, diagnósticos e planejamento estão previstos nas instituições escolares, bem como capacitações para os pais e assistência técnica para membros de conselhos educativos (PERU, 2013b).

Um estudo realizado nesse país, nos anos de 2012 a 2013, demonstra a necessidade e a urgência na implementação de políticas públicas voltadas aos

escolares. A taxa de sobrepeso detectada em crianças menores de 5 anos foi de 6,4%. Entre a faixa etária de 5 a 9 anos de idade, a taxa de sobrepeso e obesidade foi de 29,4%. Já em adolescentes de 10 a 19 anos, a taxa nacional de sobrepeso e obesidade observada foi de 24,2% (PERU, 2015).

No que corresponde à Saúde Bucal, o informe técnico epidemiológico realizado em 2005, o qual teve como referência os anos de 2001 e 2002 e verificou a prevalência nacional de cáries dentais entre escolares na faixa etária de 6 a 8, 10, 12 e 15 anos, demonstrou que 90,4% dessa população apresentavam dentes cariados. Esse índice é o maior entre os países da América Latina (PERU, 2005).

O estado de saúde de crianças e adolescentes é importante para o desenvolvimento e para a aprendizagem. Assim sendo, ações estão sendo desenvolvidas e implantadas em todo o país para que se assegure o desenvolvimento do aluno, compreendendo sua saúde física, mental e social. A Educação e a Saúde são direitos de todos, sendo necessárias para o bom desenvolvimento da sociedade (LIMA, 2016).

3.4.3 Escolas Saudáveis – Paraguai

Com base em reformas dos setores de saúde e de educação, deu-se início, no Paraguai, o movimento das Escolas Saudáveis, inicialmente promovido pelo Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social. Em 1998, um acordo intersetorial entre o Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social e o Ministério da Educação e Cultura permitiu o avanço da política, o seu fortalecimento e a sua implantação (PARAGUAY, 2011).

O movimento Escolas Saudáveis é uma estratégia de promoção e de proteção de saúde dentro do espaço escolar, que busca transformar as condições ambientais por meio de educação em saúde, fortalecendo a participação da comunidade escolar. O pressuposto da proposta é que a saúde pode ser construída entre todos, expandindo-a a toda a sociedade (PARAGUAY, 2011).

As Escolas Saudáveis fundamentam-se em três componentes: Atenção Primária em Saúde; Infraestrutura; Capacitação dos profissionais e Projetos participativos. Dentro desses componentes devem ser executadas ações de implantação da gestão, de educação em saúde, de criação de ambientes saudáveis, de prestação de serviços de saúde (avaliação em saúde bucal, controle de peso e

altura, avaliação oftalmológica, calendário vacinal, controle de água potável, e higiene), de atividade física e de controle alimentar e participação comunitária (PARAGUAY, 2011).

O Paraguai tem enfrentado uma situação crítica no que se refere à saúde bucal, pois, em uma amostra de escolares entre a faixa etária de 5 e 6 anos e 12 e 15 anos, 96% das crianças apresentavam dentes temporais cariados; com relação aos dentes permanentes, o índice foi de 76% (PARAGUAY, 2008).

Embora haja avanços e políticas de saúde sendo executadas, o perfil nutricional de crianças e adolescentes no país é preocupante. A desnutrição crônica, na primeira infância no Paraguai, foi de 17,5%; em crianças indígenas, os índices chegam a 41%. Em contrapartida, o sobrepeso e a obesidade de modo gradual se instalam, isto é, 1 a cada 4 escolares se encontra com sobrepeso ou obesidade naquele país (UNICEF, 2013).

Esses dados estatísticos revelam as condições de vida dessa população. A falta de espaços saudáveis, de recreação e de lazer, de educação em saúde, o consumo alimentar inadequado e a pobreza são barreiras para que esse cenário se modifique. Além desses fatores mencionados, o país ainda lida um setor de saúde com graves problemas estruturais e orçamentários, que compete com subsistemas paralelos e não articulados, com um modelo assistencialista e menos voltados à prevenção e promoção da saúde (UNICEF, 2013).

3.4.4 Escolas Promotoras de Saúde – Uruguai

As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de enfermidades e invalidez no Uruguai. Nesse país, 60% das mortes e 60% dos custos totais na atenção à saúde são decorrentes desse quadro. A tendência crescente de sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes tem correlação com o desenvolvimento de doenças crônicas na infância e na idade adulta, contribuindo para o aumento dos índices. O estilo de vida e as condições ambientais desempenham um papel decisivo para que essa realidade ocorra (URUGUAY, 2014a).

Políticas públicas estão sendo desenvolvidas e implantadas no país, voltadas à promoção de saúde e de alimentação saudável com o enfoque nas crianças e nos adolescentes. Nesse sentido, no dia 02 de outubro de 2012 foi firmado um acordo

entre o Ministério da Saúde Pública, o Conselho Central da Administração Nacional de Educação e a Organização Pan-americana de Saúde, para o desenvolvimento e para a implantação do “Plano Nacional de Escolas Promotoras da Saúde” (URUGUAY, 2014a).

O objetivo geral do Plano Nacional de Escolas Promotoras da Saúde é fortalecer e desenvolver uma cultura de cuidados de saúde baseado no desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, incentivando a responsabilidade social e o compromisso ativo na participação comunitária voltadas a um bem-estar social. Ações a serem trabalhadas estão descritas no plano: alimentação saudável, atividade física, habilidades para a vida, a saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, prevenção de acidentes, prevenção de saúde, controle sobre saúde e meio ambiente (URUGUAY, 2014a).

Algumas legislações já se encontram regulamentadas no país visando ao combate dessa realidade, como, por exemplo, a Lei nº 19.140 de 11 de outubro de 2013, que estabeleceu a necessidade de atuar no campo educacional, contra fatores de risco, prevenção do sobrepeso e da obesidade e enfermidades crônicas não transmissíveis. Há também o Decreto nº 60/014, que dispõe sobre a proteção da saúde da criança e do adolescente por meio de hábitos alimentares saudáveis (URUGUAY, 2013; 2014b).

Em uma pesquisa no referido país, de acordo com Colafranceschi, Failache e Vigorito (2013), aproximadamente 35% das crianças avaliadas apresentavam alguma alteração nutricional, sendo que 21,23% apresentaram sobrepeso e 9,36% obesidade.

Poucos estudos sobre a situação epidemiológica de saúde bucal no Uruguai foram encontrados. O Plano de intervenção em emergência de saúde oral do Uruguai 2005- 2006 apresenta dados de 1998, o qual revela que a prevalência de cáries dentais em crianças de 11 e 14 anos de escolas públicas em todo o país era mais de 80% (OPS, 2005).

A construção de políticas públicas voltadas à educação em saúde se fortalece em diversos países. A realidade encontrada e as mudanças dos padrões saúde-doença mostram a necessidade e a urgência da implantação de educação em saúde, construção de ambientes saudáveis e o envolvimento social. As crianças e adolescentes são o centro dessas propostas, projetando que elas poderão modificar o cenário encontrado até o momento.

As experiências internacionais mostram similaridades entre os programas de atenção à saúde dos escolares revelando que a atuação da Opas tem sido eficaz na disseminação de suas propostas de inserção da saúde no espaço escolar por meio da iniciativa Escolas Promotoras da Saúde, desde 1995.

3.5 O Programa Saúde na Escola no Brasil

A inserção dos profissionais de saúde no espaço escolar, estimulada por legislações específicas governamentais, faz parte da história recente do Brasil. Foi em 2007 que se instituiu, pela primeira vez, um programa voltado para a saúde escolar, com a pretensão de articular os serviços de saúde e as escolas da rede pública de ensino, organizando o desenvolvimento de ações entre os dois setores.

O PSE pretende implementar uma modalidade de educação em saúde que propõe novas perspectivas na política de saúde escolar, ultrapassando os conceitos de ações curativas. Encontra-se sustentado na integralidade e intersetorialidade entre os setores Saúde e Educação, e propõe ações que envolvam os escolares no âmbito de promoção, de prevenção e de atenção à saúde.

Considerando as práticas em Educação e Saúde, visando à construção de saberes compartilhados, sustentadas pelas vivências individuais e coletivas de todos que estão inseridos no espaço escolar, sendo alunos, professores, merendeiras, pais e comunidade em geral, que devem construir saberes baseados na ética e inclusão, é possível almejar uma escola que forme cidadãos críticos e capazes de realizar escolhas em benefício da saúde (BRASIL, 2015a).

O PSE busca auxiliar o fortalecimento de ações integrais que possibilitem projetos entre saúde e educação, preparando os alunos para o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer seu desenvolvimento. Essa iniciativa abrange todas as ações integradas entre Saúde e Educação já existentes e que têm contribuído positivamente na qualidade de vida dos escolares (BRASIL, 2015a).

Objeto desta pesquisa, o PSE, é uma estratégia intersetorial e interdisciplinar que objetiva articular políticas de educação e de saúde, envolvendo as equipes de Atenção Primária em Saúde e da educação básica, com participação da comunidade escolar. Tal programa foi instituído em 2007 “[...] com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (BRASIL, 2007a, n.p.).

São objetivos do PSE:

- I- Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;
- II- Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III- Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV- Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V- Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI- Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;
- VII- Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007a, n.p.).

De acordo com Brasil (2015a, p. 9-10), são diretrizes do programa:

- I- Descentralização e respeito à autonomia federativa;
- II- Integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde, por meio da junção das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, dos equipamentos e dos recursos disponíveis;
- III- Territorialidade, respeitando as realidades e as diversidades existentes no espaço sob responsabilidade compartilhada.
- IV- Interdisciplinaridade e intersetorialidade, permitindo a progressiva ampliação da troca de saberes entre diferentes profissões e a articulação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de Saúde e de Educação, com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;
- V- Integralidade, tratando a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos, fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da Saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI- Cuidado ao longo do tempo, atuando, efetivamente, no acompanhamento compartilhado durante o desenvolvimento dos educandos, prevendo a reorientação dos serviços de Saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, o que envolve promover a saúde e a cultura da paz; favorecer a prevenção de agravos; avaliar sinais e sintomas de alterações; prestar atenção básica e integral aos educandos e à comunidade.
- VII- Controle social: promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da Saúde e Educação;
- VIII- Monitoramento e avaliação permanentes: promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e Unidades de

Saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre a condição de saúde dos estudantes e informando as que forem realizadas nos sistemas de monitoramento. Avaliar o impacto das ações junto aos educandos participantes do PSE.

Com base nos documentos orientadores dessa política, são fundamentais os processos de formação dos profissionais das duas áreas que compõe o programa, prevendo a responsabilidade dos Ministérios em custear a formulação dos projetos de educação permanente desses profissionais, para a implementação das atividades previstas. Para que o programa obtenha seus objetivos, é essencial a intersectorialidade nos campos da gestão, do planejamento, do compromisso dos setores envolvidos e da abordagem no campo territorial onde estão localizadas as unidades escolares e as equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2015a).

O PSE, para atingir seus objetivos, está estruturado em três componentes, que, ao todo, compõem sua proposta final:

Componente I - Avaliação das condições de saúde: avaliar a saúde dos escolares, proporcionando aos que se encontram com alterações, encaminhamentos e atendimentos em sua Unidade de Saúde. As avaliações realizadas necessitam ser planejadas de forma articulada entre a escola e a unidade de saúde, para que os escolares não sofram prejuízos. É necessário informar aos educandos sobre o processo de avaliação de suas condições de saúde que visa à identificação de problemas de saúde e de promoção do autocuidado (BRASIL, 2015a).

As ações que compreendem o componente I, de acordo com Brasil (2015a, p. 21-22), são:

CRECHES: Avaliação antropométrica – Promoção e avaliação da saúde bucal – Avaliação oftalmológica – Verificação da situação vacinal – Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração na audição (optativa).

PRÉ-ESCOLAS: Avaliação antropométrica – Promoção e avaliação da saúde bucal – Avaliação oftalmológica – Verificação da situação vacinal – Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração na audição (optativa) – Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração da linguagem oral (optativa).

ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO: Avaliação antropométrica – Promoção e avaliação da saúde bucal – Avaliação oftalmológica – Verificação da situação vacinal – Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração na audição (optativa) – Identificação de educandos com possíveis sinais de alteração da linguagem oral (optativa) – Identificação de

educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação (optativa).

O segundo componente é assim estruturado: Componente II - Promoção da saúde e prevenção de agravos: objetiva-se proporcionar condições a todos os escolares de tomarem decisões favoráveis à saúde, tornando-se protagonistas do processo de produção da própria saúde. A escola visa contribuir para construção de valores pessoais, tendo em vista que propõe formar sujeitos críticos capazes de compreender a realidade e modifica-la, realizando escolhas em benefício da qualidade de vida e refletindo sobre o meio em que vivem (BRASIL, 2015a).

Serão adotadas estratégias a partir dos temas relevantes para a implementação da promoção da saúde e de prevenção de agravos no território, destacados como prioritários, conforme Brasil (2015a, p. 26):

CRECHES: Promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável. – Promoção da cultura de paz e direitos humanos. – Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de Saúde Mental no contexto escolar em articulação com o GTI municipal. – Prevenção das violências e acidentes (optativa). – Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos de famílias solidárias para o encontro e a troca de experiência com mediação da creche/escola e/ou saúde (optativa). – Estratégia NutriSUS fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó (optativa).

PRÉ-ESCOLAS: Promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável. – Promoção da cultura de paz e de direitos humanos. – Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de Saúde Mental no contexto escolar em articulação com o GTI municipal. – Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas (optativa). – Promoção da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável (optativa). – Prevenção das violências e dos acidentes (optativa). – Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos de famílias solidárias para o encontro e a troca de experiência com mediação da creche/escola e/ou Saúde (optativa).

ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO: Promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável. – Promoção da cultura de paz e de direitos humanos. – Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de Saúde Mental no contexto escolar em articulação com o GTI municipal. – Saúde e prevenção nas escolas (SPE), direito sexual e reprodutivo e prevenção das DSTs/Aids. – Saúde e prevenção nas escolas (SPE), prevenção ao uso do álcool, tabaco, crack e outras drogas. – Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas (optativa). – Promoção da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável (optativa). – Prevenção das violências e dos acidentes (optativa). – Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos entre pares para fomento e estímulo ao protagonismo de adolescentes e de jovens para administrar conflitos no ambiente escolar

(optativa). – Saúde e prevenção nas escolas (SPE): formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas de direito sexual e reprodutivo e de prevenção das DSTs/Aids (optativa).

O terceiro componente se organiza desta forma: Componente III - Formação: Compreende o processo de formação dos gestores e das equipes de Educação e de Saúde devendo ser trabalhado de maneira contínua e permanente envolvendo todos os profissionais que atuam no PSE.

A articulação entre Educação e Saúde deve desenvolver estratégias de formação e materiais didáticos e pedagógicos que propõem a necessidade de implantação de ações: Planejamento, monitoramento e avaliações do PSE, voltados aos integrantes da Saúde e da Educação que formam os Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTI, doravante); Ações de avaliação das condições de saúde, de promoção e de prevenção dos agravos, tendo como enfoque os profissionais das equipes de Atenção Básica, das escolas e dos jovens educandos (BRASIL, 2015a).

Nesse contexto, são empregadas as seguintes estratégias: Formação dos GTIs; formação de jovens protagonistas; capacitações sobre o PSE aos profissionais da área da Educação e Saúde e cursos de educação à distância (EaD) (BRASIL, 2015a).

A gestão do PSE deve ocorrer por meio dos GTIs, que se baseiam na coordenação compartilhada, planejando ações coletivas para atender às necessidades e às demandas locais. O compromisso do GTI pressupõe articulação e trocas de saberes entre profissionais da Saúde e da Educação, escolares e comunidade. É um item obrigatório a participação dos profissionais das duas áreas na composição do GTI (BRASIL, 2015a).

Todos os municípios do país podem aderir e pactuar ações do PSE, haja vista que o programa acessível a todos os níveis de ensino público e as equipes de saúde. A adesão ao PSE ocorre por meio da pactuação de ações intersetoriais, a partir da assinatura do Termo de Compromisso entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação. As metas pactuadas para implantação e para implementação das ações e a transferência dos recursos vinculada ao alcance dessas são supervisionadas mediante os sistemas de monitoramento do PSE: e-SUS AB, para os dados do Componente I; e o Sistema Integrado de Monitoramento Execução e

Controle do Ministério da Educação (Simec), para os dados dos componentes II e III (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

Após assinado o Termo de Compromisso, o município recebe 20% do valor total do recurso financeiro do programa. Ao concluir 50% das metas pactuadas, é repassado o valor correspondente ao alcance obtido. O repasse poderá ocorrer em até três vezes. Ocorrerá após a verificação das ações por meio dos sistemas de informação aos 6 e aos 12 meses. O município receberá o valor de R\$ 3.000,00, para o quantitativo de até 599 educandos contemplados; e, a partir de 600 escolares, ao somar entre 1 e 199 educandos, acrescenta-se R\$ 1.000,00 ao valor limite anual a ser recebido pelo município. Os setores de Saúde e de Educação têm uma senha de acesso para ingressar aos sistemas de monitoramento, informando as ações que estão desenvolvendo, sendo necessário repassar os dados semestralmente. Por intermédio das ações informadas no sistema e-SUS e no Simec se dará a avaliação do município referente ao alcance das metas pactuadas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a). Esses dados foram alterados pela Portaria MS/MEC No 1.055, de 25 de abril de 2017 (BRASIL, 2017a), que não será objeto deste estudo.

3.6 Saúde Escolar em Cascavel-PR

O marco inicial da saúde escolar em Cascavel - PR ocorreu em 1983, com a iniciativa de implantar ações de saúde nas escolas no município. A Servidora Lisete T. Palma de Lima, enfermeira, junto à Secretaria Municipal de Educação (Semed), iniciou os primeiros trabalhos de educação escolar em saúde no município. Entre 1985 a 1988, o Enfermeiro Jacó Fernando Schneider se destacava frente à coordenação Municipal de Saúde Escolar, que buscava articular os serviços de saúde e educação, objetivando melhorar os atendimentos prestados nessa área (ERDMANN, 1997).

Segundo Schneider (apud ERDMANN, 1997), na década de 1980, as atividades voltadas ao escolar no município eram: serviços odontológicos; exames de acuidade visual; confecção de óculos aos alunos diagnosticados com alterações visuais; exames de acuidade auditiva; campanhas de vacinação; limpeza de caixas de água; incentivo à criação de hortas escolares; exames biométricos, capacitações

aos professores e supervisores voltados a área da saúde; elaboração de materiais pedagógicos e Farmácia Escolar em todas as escolas municipais.

Ficava a cargo dos professores a investigação dos agravos à saúde dos escolares, tais como afecções contagiosas e o levantamento de crianças com problemas de acuidade visual e auditiva (ERDMANN, 1997).

Em 1989, um novo cargo profissional destinado a prestar assistência ao escolar foi instituído no município: o Monitor de Saúde nas Escolas, o qual passaria a desenvolver as atividades de saúde no espaço escolar e encaminharia aos profissionais de saúde os alunos que necessitassem de algum atendimento especializado (ERDMANN, 1997).

No início dos anos 1990, a equipe de Saúde Escolar do município elaborou um projeto para a construção de um centro, em que profissionais de saúde e de educação, objetivando a melhoria da assistência prestada às crianças e o trabalho em equipe, passariam a atender às demandas de alunos da pré-escola à quarta série, das escolas municipais, no aspecto físico, mental e social. O projeto foi aprovado em 1991, juntamente com o início da construção do centro. Em quinze de junho de 1992, inaugurou-se o Centro de Atendimento Especializado à Criança (Ceacri, deste ponto em diante) (ERDMANN, 1997).

O Ceacri, naquele momento, era constituído de setores específicos e centralizados, dos quais faziam parte o setor de saúde escolar, educação especial, atendimentos especializados, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia e setor de assistência social. Todos os alunos identificados com alterações de saúde, por intermédio das escolas, eram direcionados ao novo centro especializado (ERDMANN, 1997).

O setor de Saúde Escolar era coordenado por uma enfermeira, que tinha como atribuição realizar treinamentos, acompanhamentos e orientações aos monitores de saúde e Técnicos em Enfermagem do Ceacri, além de coordenar tais categorias de trabalho. A cargo do setor também se mantinham as funções de: realizar palestras aos pais, aos alunos e aos professores; inspeção de saúde aos escolares; avaliação antropométrica, encaminhamentos e agendamento de consultas com especialistas; coordenar a farmácia escolar e realizar trabalhos em nível preventivo e curativo aos escolares (ERDMANN, 1997).

O atendimento ao escolar no município, com o desenvolvimento do setor saúde, passou por diversas alterações. O Ceacri foi reestruturado para atender aos

princípios do SUS, quando passou a ofertar atendimento ambulatorial especializado a todos os moradores do município entre a faixa etária de 0 a 18 anos, e/ou até 21 anos de idade em situações especiais previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (MOLINA, 2005).

A função de monitor de saúde vigorou até o primeiro semestre de 2005, sendo substituído pelo cargo de monitor escolar, que ficou à disposição da Secretaria Municipal de Educação (MOLINA, 2005).

A escola deixou de ser fluxo de encaminhamento ao Ceacri, sendo as Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família a porta de entrada para o encaminhamento ao serviço, tornando-se necessário que o usuário fosse avaliado por um profissional de saúde para posteriormente ser encaminhado ao Ceacri (MOLINA, 2005).

É possível evidenciar que as ações de saúde escolar vêm sendo implementadas e reestruturadas pelo município, e que o histórico de ações realizadas nas décadas anteriores se assemelha ao programa atual proposto pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, que entrou em vigor no município em 2013. O PSE busca, além das ações já realizadas setorialmente, expandir sua proposta, objetivando uma assistência integral, intersetorial e o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde a todos os escolares da rede pública de ensino.

O PSE se estrutura em algumas categorias teóricas que deveriam direcionar o desenvolvimento das ações, a saber, a intersetorialidade, a integralidade e a promoção da saúde, as quais estão apresentadas a seguir.

3.7 Intersetorialidade

A intersetorialidade se encontra entre as diretrizes do PSE. As ações implementadas pelo programa deverão se desenvolver de forma articulada entre os setores de educação e de saúde, compreendendo a participação da comunidade escolar, das equipes de saúde da família e da educação básica (BRASIL, 2007b).

A lógica intersetorial deve respeitar as formas e as condições de organização da população, priorizando medidas definidas entre distintos setores, com base nos problemas da sociedade (GIAQUETO, 2010). Ela emergiu diante do insucesso de políticas públicas voltadas à setorialização. A sua proposição contribuiu para a

integração e para a troca de saberes de especialistas de diversas áreas, passando a interagir de forma conjunta em prol do mesmo objetivo, proporcionando ganhos a população para o processo organizacional logístico e para a organização das políticas públicas voltadas a determinadas localidades. Em contrapartida, se expõe inúmeros desafios relacionados à superação do modelo de políticas fragmentadas que ainda se encontram em curso na administração pública (NASCIMENTO, 2010).

Pode-se compreender que intersectorialidade é um processo de construção compartilhada, envolvendo múltiplos saberes de vários setores. Permite o acesso ao conhecimento e ao diálogo entre o desconhecido, propiciando a corresponsabilidade, a cogestão e o vínculo, com vistas à melhoria das condições de vida da população (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Explicitando melhor o termo, Warschauer e Carvalho (2014) argumentam:

Poderíamos conceber a intersectorialidade como uma articulação entre sujeitos com diferentes poderes, saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos com o objetivo de construir novos conceitos e linguagens, sincrônicas e diacrônicas, para atender às necessidades e expectativas das comunidades e grupos populacionais específicos em determinado tempo e espaço geográfico de forma a superar a fragmentação, de um lado, dos saberes e práticas e, de outro, das estruturas sociais (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014, p. 202).

Na perspectiva do PSE, a escola é um espaço que favorece a comunicação de diversos sujeitos. Essa condição é ideal para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo para a construção de valores. As práticas de educação e de saúde devem respeitar as vivências e os saberes do indivíduo, favorecendo a aprendizagem ética e inclusiva e a capacidade do indivíduo atuar frente às vulnerabilidades que comprometem seu desenvolvimento (BRASIL, 2011a).

Um dos métodos para se alcançar ações coletivas mais complexas, que abranjam as necessidades e a realidade das diferenças sociais, é por intermédio de práticas intersectoriais e transdisciplinares. Ações baseadas na intersectorialidade, na transdisciplinaridade e na autonomia dos sujeitos possibilitam o debate sobre problemas que acometem a população e a construção de intervenções sobre os mesmos (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Realizar políticas públicas baseadas na intersectorialidade representa um amplo desafio, tendo em vista que as políticas brasileiras se encontram

fragmentadas e desarticuladas. Em sua maioria, as demandas do usuário são encaminhadas para diversos setores, sem que haja interação entre esses, impossibilitando a resolutividade do seu problema integralmente (SCHUTZ; MIOTO, 2010).

Conforme Pereira e Teixeira (2013), a intersetorialidade está vinculada ao conceito de rede, a qual se coloca contrária à setorialização e à especialização e, nesse caso, propõe a integração e a articulação dos saberes e dos serviços direcionadas para o atendimento às necessidades dos cidadãos. Diante disso,

Para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana da intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes de Saúde da Família. Assim, a sinergia entre as políticas de saúde e de educação pode garantir às crianças, aos adolescentes e aos jovens acesso a uma qualidade de vida melhor (BRASIL, 2011a, p. 14).

A rede emerge da compreensão conjunta dos problemas comuns e da possibilidade de solucioná-los. É uma construção coletiva, direcionada à superação de determinantes sociais, mediante a integração de conhecimentos entre sujeitos individuais e coletivos, mobilizados para construção de uma nova realidade social (JUNQUEIRA, 2004).

Para uma assistência integral e igualitária, é fundamental o trabalho em equipe contemplando distintos olhares dos profissionais para o usuário e sua família, favorecendo ações interdisciplinares, norteando a assistência integrada e as ações entre equipe e a comunidade (VIEGAS; PENNA, 2013).

Dada as especificidades da atenção às necessidades de saúde dos escolares, o alcance das metas que devem ser pactuadas no desenvolvimento do PSE passa necessariamente pelo desenvolvimento de ações intersetoriais, uma vez que os problemas de saúde podem exigir diferentes sujeitos, saberes e práticas para seu atendimento e, em especial, para a sinalização da promoção da saúde que é um dos horizontes do PSE.

3.8 Integralidade

A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, capítulo II, apresenta como princípios do SUS a Universalidade do acesso, da Integralidade e da Equidade. Além disso,

descreve a “integralidade de assistência, como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, n.p.).

A integralidade tem sido defendida como o processo de mudanças de um modelo fragmentado, abrangendo diversas concepções. Compreende o olhar integral para o sujeito, englobando todos os princípios doutrinários do SUS. A integralidade do cuidado se faz por meio de ações intersetoriais, ou seja, para sua implantação, é necessário que a APS se comunique entre os demais níveis de atenção à saúde, articulando suas práticas em forma de rede, garantindo, dessa forma, o direito à saúde (VIEGAS; PENNA, 2015).

A integralidade é um dos alicerces do PSE, haja vista que as atuações do programa estão pautadas nesse princípio, apresentando a saúde e educação como formação ampla, compreendendo ações de atenção, de promoção e de assistência à saúde aos escolares (BRASIL, 2015a).

Uma das definições sobre integralidade está relacionada ao modelo de Medicina Integral, que se coloca contrária à prática de saúde fragmentada, no qual médicos estão inseridos em um sistema em prol das especialidades, ressaltando o modelo biomédico, sem considerar as interferências psicossociais (PINHEIRO; MATTOS, 2009).

A integralidade pode ser caracterizada pela boa prática biomédica, tendo como eixo o conhecimento sobre patologias; contudo, interligado a uma visão abrangente sobre as necessidades dos sujeitos. Outro significado está condicionado a práticas organizacionais, compreendendo um modelo horizontal dos programas e políticas de saúde, atendendo ao usuário em sua totalidade (PINHEIRO; MATTOS, 2009).

De acordo com Pinheiro e Matos (2009), pode-se relacionar a integralidade a um conjunto de ações em saúde de uma política ou de um programa de governo, direcionado a um grupo populacional específico, objetivando resposta a certos problemas de saúde pública, integrando medidas assistenciais e de prevenção a saúde.

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 198, atribui como uma de suas diretrizes o “atendimento integral com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

Fracolli et al. (2011) apresentam a integralidade como uma “imagem-alvo” que guia os profissionais de saúde, buscando mudar a realidade que vivenciam, almejando supera-las e os norteia para uma assistência integral.

Em que pesem os diferentes sentidos expostos sobre a integralidade, na execução do PSE interessa implementar a assistência integral prevista na Lei Federal 8.080/1990, que prevê a articulação dos serviços preventivos e curativos em todos os níveis de assistência. Portanto, a atenção à saúde do escolar deve prever que ele seja contemplado com ações preventivas, curativas e, caso necessário de reabilitação, além das ações promotoras de saúde que devem estar na agenda dos setores envolvidos no programa.

3.9 Promoção da Saúde

As ações de promoção da saúde visam garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2015a, p. 25).

O conceito de Promoção da Saúde vem sendo discutido e elaborado por distintos atores com diferentes posições e formações sociais. Eventos internacionais realizados a partir da década de 1970 vêm contribuindo para o entendimento e para a conceitualização sobre o tema (BUSS, 2000).

Conforme Brasil (2010), a promoção da saúde é um importante fator de implantação e de fortalecimento de uma política integrada e intersetorial, propiciando o diálogo entre diversos setores, sendo públicos ou privados e a sociedade, estruturando redes em que todos se comprometam com a qualidade de vida, proteção e cuidado à saúde. Ou seja, a promoção da saúde busca romper com a fragmentação no processo saúde-doença e diminuir os agravos produzidos pela setorização.

A promoção da saúde não se limita à concepção em que saúde é a ausência de doença, mas atua sobre as condições de vida da sociedade e seus determinantes, ultrapassando a prestação de serviços clínico-assistenciais. Abrange, desse modo, as práticas intersetoriais, integrando educação, saneamento básico, alimentação, habitação, condições socioeconômicas e acesso a determinantes sociais de saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A Carta de Ottawa (1986) define Promoção a Saúde como:

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p.19).

Como destacado no excerto, estratégias com enfoque na promoção da saúde trazem como princípios a importância de atuar sobre determinantes de saúde, participação social e a necessidade de formulação de práticas educativas que restringem a assistência e os hábitos de vida pautados na individualidade (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

A promoção da saúde é um processo de organização da gestão e das práticas de saúde. Logo, não deve ser entendida apenas como ações realizadas para capacitação popular, que focalizam o controle das condições de saúde de determinados grupos. O termo é amplo e propõe aumentar a capacidade dos indivíduos a fazerem escolhas de vida saudáveis, direcionados pelos cuidados a saúde integrais e por intermédio de construção de políticas públicas intersetoriais em benefício das condições de vida (MALTA et al., 2009).

Segundo Fleury-Teixeira et al. (2008), a autonomia dos sujeitos é a base norteadora da promoção da saúde, pois possibilitam o fortalecimento e a ampliação do conhecimento e da capacidade das pessoas agirem sobre seus determinantes de saúde, é fator fundamental para sua concretização. Além disso, a autonomia permite as intervenções coletivas em meio a comunidade, as quais se fazem necessárias para que ocorra o sucesso da autonomia popular. Por fim, sabe-se que as práticas individuais se mostram ineficientes quando comparadas às ações em grupos.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Para o desenvolvimento desta pesquisa, realizou-se um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva busca conhecer as características dos sujeitos e das instituições que se deseja pesquisar, descrevendo, de forma precisa, os elementos da realidade que estão sob estudo (TRIVIÑOS, 2013). Como destaca Gil (2007), “Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física, mental, etc.” (GIL, 2007, p. 44).

A pesquisa quantitativa, segundo Diehl (2004, p. 51), tem como característica:

[...] uso da quantificação tanto na coleta quanto no tratamento das informações por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão etc., com o objetivo de garantir resultados e evitar distorções de análise e de interpretação, possibilitando uma margem de segurança maior quanto às inferências.

A abordagem quantitativa pode ser utilizada, dentre outros aspectos, para o estudo de grupo populacional acometido por determinadas doenças, pesquisa para avaliar o desempenho de determinada instituição ou ao estudo organizacional de fenômenos ou processos (MINAYO, 2013).

Ainda conforme a autora supracitada, a pesquisa quantitativa traz à luz dados, indicadores e aspectos passíveis de observação. É recomendada para avaliação, do ponto de vista social, de numerosos aglomerados de dados, conjuntos demográficos, classificando-os e tornando-os compreensíveis por meio de variáveis.

A pesquisa quantitativa usualmente é utilizada em amostras que dispõem de grandes dados representativos de população; os resultados formulados ajudam a construir desenhos reais do público-alvo. Centrada na objetividade, a pesquisa quantitativa acredita que a realidade deve ser compreendida mediante análises de dados, obtidos com auxílio de instrumentos neutros e padronizados. A pesquisa quantitativa atribui abordagem matemática a fim de descrever as causas de um fenômeno, relações entre variáveis entre outros temas (FONSECA, 2002).

4.2 Local e período do estudo

O presente estudo foi realizado no município de Cascavel, situado na região Oeste do estado do Paraná. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2017, o município tinha uma população estimada em 319.608 habitantes (IBGE, 2017). A taxa de analfabetismo, em pessoas de 16 anos ou mais, foi estimada em 4,6%, conforme os dados do IBGE 2010. Em 2015, o município contava, na rede pública de ensino, com 107 escolas municipais de ensino pré-escolar, 98 escolas de ensino fundamental, compreendendo, 38 colégios estaduais e 60 escolas municipais. No que corresponde ao ensino médio, o município contava com 37 colégios estaduais e uma escola Federal. Foram realizadas, no referido ano, 5.352 matrículas no Ensino pré-escolar em escolas municipais; 32.896 matrículas no Ensino fundamental, englobando escolas municipais e colégios estaduais e 12.474 matrículas no Ensino médio em colégios estaduais e escola pública federal (IBGE, 2015).

Conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel (Sesau), a rede de Atenção Primária à saúde pública no município encontra-se subdividida em quatro distritos sanitários, organizados em: 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 25 Unidades Saúde da Família (USF), considerando que algumas USF são compostas por mais de uma equipe de saúde, totalizando 36 equipes em todo o município. As unidades de saúde e os distritos sanitários estão assim distribuídos: **Distrito Sanitário I** - UBS Aclimação; UBS Cancelli; UBS Claudete; UBS Palmeiras; UBS Santa Cruz; ESF Canadá (2 equipes); ESF Cidade Verde e ESF Parque Verde (2 equipes); USF Santos Dumont; USF Santo Onofre (2 Equipes). **Distrito Sanitário II** - UBS Cascavel Velho; UBS Faculdade; UBS Neva; UBS Pacaembu; UBS Parque São Paulo; UBS Santa Felicidade; USF Guarujá (2 equipes); USF Jardim Maria Luiza e USF XIX Novembro (2 equipes). **Distrito Sanitário III** - UBS Floresta; UBS Los Angeles; UBS São Cristóvão; USF Brasmadeira (3 Equipes); USF Cataratas; USF Colmeia; USF Interlados (3 equipes); USF Ipanema; USF Lago Azul; USF Morumbi (2 equipes) e USF Periollo (2 equipes). **Distrito Sanitário IV** - USF Espigão Azul; USF Juvinoópolis; USF Navegantes; USF Rio do Salto; USF Santa Barbara; USF São Francisco; USF São João; USF São Salvador e USF Sede Alvorada, todas situadas na área rural.

A pesquisa foi realizada utilizando dados produzidos pelo PSE em 2015, considerando que foi a partir desse período que houve o reporte dos dados produzidos pelo PSE no município de Cascavel ao Ministério da Saúde.

4.3 Coleta de Dados

Os dados foram acessados por meio dos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde, tendo como referência as ações previstas para o componente I no ano de 2015, haja vista que as ações dos anos anteriores não estavam mais disponíveis nos bancos de dados do município. Esses dados, após sua produção, são lançados no sistema e-SUS e são de acesso exclusivo dos gestores e dos funcionários responsáveis pela alimentação desse sistema federal.

O município de Cascavel padronizou uma tabela própria, a qual deveria ser utilizada pelas Unidades de Saúde vinculadas ao PSE no desenvolvimento das ações do Componente I. No entanto, diversos profissionais de saúde responsáveis pelo repasse dos dados entregaram as referidas tabelas preenchidas de formas distintas, usando siglas e formatos que alteravam o modelo padrão, o que dificulta a compreensão dos dados produzidos.

Foram avaliadas, em 2015, 24.084 crianças e adolescentes em idade escolar, de Centros Municipais de Educação Infantil (Cmeis), escolas da rede municipal e colégios estaduais do município de Cascavel-PR. Esses indivíduos foram caracterizados quanto ao distrito ao qual pertenciam, ao ciclo escolar que estavam inseridos, ao diagnóstico nutricional, bem como se apresentavam alterações em saúde bucal e ocular. Posteriormente, procedeu-se a descrição dos problemas encontrados.

No que se refere às atuações realizadas no âmbito de promoção, de prevenção e de atenção à saúde concretizadas intersetorialmente pela Educação e Saúde, as quais integram o componente II, o acesso a essas foram realizados por meio do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec), assim como o processo de formação destinados aos profissionais e aos gestores que atuam no PSE relativos ao componente III. É por meio desse Sistema que é feito o registro das informações acerca do Programa. Os dados gerados foram sistematizados e distribuídos em frequências.

Limitações foram encontrados neste estudo, considerando que, conforme o Termo de Compromisso do PSE para o ano de 2015, 28.930 alunos foram pactuados para realizarem avaliação antropométrica, avaliação da saúde bucal e saúde ocular. Contudo, 24.084 foram avaliados por este estudo, equivalendo a 16,75% de alunos não avaliados, em consequência de diferenças no preenchimento das tabelas, alunos duplicados, faltantes e dados não informados (idade, ciclo escolar, peso, altura e alterações ou não em avaliação da saúde bucal e da saúde ocular), não sendo possível contabilizar estes indivíduos. Outrossim, não havia dados específicos nem mapas que caracterizassem os Distritos Sanitários quanto à população e aos dados socioeconômicos.

4.4 Análise dos dados

Estatísticas descritivas:

Os dados quantificáveis referentes às variáveis do Ciclo escolar, do Distrito, do Diagnóstico nutricional, da Saúde bucal e da Saúde ocular de alunos de Cmeis, de escolas da rede municipal e estadual do município de Cascavel-PR foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel®. Para cada categoria das variáveis foi calculada a respectiva frequência absoluta, bem como sua frequência relativa percentual.

Para a realização da estatística descritiva dos dados, assim como a distribuição das variáveis qualitativas (diagnóstico nutricional, saúde bucal e saúde ocular), com relação às variáveis quantitativas (distritos e ciclo escolar), as frequências das categorias foram avaliadas por meio do teste de Qui Quadrado para Independência, seguido do teste de acompanhamento de Resíduos Ajustados.

Em todos os testes estatísticos, assumiu-se um nível de significância de 0,05. As análises foram realizadas com auxílio do software estatístico XLSTAT (ADDINSOFT, 2017).

Os dados foram analisados de forma descritiva e cotejados com outros estudos já desenvolvidos sobre o PSE no Brasil. As análises foram referenciadas aos conceitos de intersetorialidade, de integralidade e de promoção da saúde, tomados como categorias analíticas. As categorias analíticas, segundo Minayo (2013), têm três finalidades: (i) adentrar-se no contexto das descobertas da pesquisa, por meio dos dados coletados; (ii) verificar hipóteses, confirmando-as ou

relacionando outras; e (iii) ampliar a compreensão, ultrapassando os significados das mensagens.

4.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012a). Foi enviada uma emenda ao projeto já aprovado com o título: “Análise da implantação do Programa Saúde na Escola em municípios paranaenses”, aprovado conforme Parecer CEP nº 1.134.653 em 25 de junho de 2015, solicitando inclusão dos dados coletados durante as avaliações realizadas no PSE, no Município de Cascavel/PR, para utilização no presente estudo. A emenda foi aprovada, conforme Parecer CEP nº 1.942.959 de 24 de fevereiro de 2017 (Anexo I).

5. RESULTADOS

5.1 Perfil geral dos estudantes

De acordo com o último censo realizado em 2010, o percentual de crianças de 0 a 3 anos que frequentavam a Educação Infantil no município de Cascavel era de 26,3%. Compreendendo a faixa etária de 4 e 5 anos, o índice de crianças que estavam matriculadas na pré-escola no referido ano era de 70,8%. Se tratando do Ensino Fundamental, nos anos iniciais, 98,1% das crianças e adolescentes na faixa etária de 6 a 14 anos estavam frequentando a escola. Já o percentual da população de 15 a 17 anos matriculadas no Ensino Médio foi de 83,4% (IBGE, 2010a).

Para a ampliação desses índices, foram estabelecidas como metas no Plano Municipal de Educação – PME 2015 a 2025: i) expandir a oferta em creches de forma a atender 100% das crianças na faixa etária de até 3 anos, até o final da vigência do PME, ii) universalizar a Educação Infantil, compreendendo a pré-escola para crianças de 4 a 5 anos até o ano de 2016; iii) no que tange ao Ensino Fundamental, assegurar em 100%, a universalização do ensino para alunos de 6 a 14 anos; iv) universalizar a toda a população, na faixa etária de 15 a 17 anos, o atendimento escolar, bem como, elevar até o final do PME para 85% a taxa líquida de matrículas no Ensino Médio e na Educação Profissional (CASCAVEL, 2015).

Conforme dados do IBGE (2015), as matrículas realizadas em escolas públicas correspondendo a todos os ciclos escolares no ano de 2015 foi de 50.722. Segundo dados fornecidos pela Sesau de Cascavel, 28.930 alunos foram pactuados para serem atendidos por atividades referentes ao componente I do PSE (Avaliação antropométrica; Avaliação da saúde bucal e Ocular); todavia, o município não pactuou ações de avaliação da saúde auditiva; de identificação de educandos com possíveis sinais de alteração de linguagem oral e identificação de possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados e doenças em eliminação, que compreende esse componente. O quantitativo de alunos que passaram por avaliações em saúde foi de 24.084 crianças e adolescentes de Cmeis e escolas da rede municipal e estadual, equivalendo à frequência relativa de 83,25% dos alunos pactuados. Em referência aos alunos matriculados, a frequência relativa atingida foi de 47,48%. Observa-se que desses, 13,43% dos alunos eram do distrito I; 14,16% do distrito II; e o maior

quantitativo de alunos que passaram por avaliações em saúde foi observado no distrito III, correspondendo a 15,18%; já o distrito IV obteve a frequência de 4,41% dos alunos avaliados pelo PSE em relação ao total matriculados (Tabela 1).

A definição das escolas a serem pactuadas no PSE tinha como critérios pertencer a regiões de maior vulnerabilidade social, escolas do Ensino Infantil, e do Fundamental, seguido do Ensino Médio. Foram consideradas, também, as unidades de saúde com equipes completas, com maior número de profissionais para atender aos escolares, assim como aquelas que cumpriam a legislação do programa.

Tabela 1 – Caracterização dos alunos de Cmeis e escolas da rede municipal e estadual do município de Cascavel-PR de 2015

Distrito	Ciclo Escolar	Freq. por categoria (n)	Freq. relativa por categoria do total de alunos avaliados pelo PSE (%)	Freq. relativa de alunos avaliados pelo PSE pelo total de matriculas	p-valor
Distrito I	Ed. Infantil	943	3,92%	13,43%	<0,0001
	Ens. Fundamental I	2758	11,45%		
	Ens. Fundamental II	2533	10,52%		
	Ens. Médio	578	2,40%		
Distrito II	Ed. Infantil	1136	4,72%	14,16%	<0,0001
	Ens. Fundamental I	2889	12%		
	Ens. Fundamental II	1994	8,28%		
	Ens. Médio	1163	4,83%		
Distrito III	Ed. Infantil	1635	6,79%	15,18%	<0,0001
	Ens. Fundamental I	2544	10,56%		
	Ens. Fundamental II	2644	10,98%		
	Ens. Médio	879	3,65%		
Distrito IV	Ed. Infantil	238	0,99%	4,71%	<0,0001
	Ens. Fundamental I	1042	4,33%		
	Ens. Fundamental II	688	2,86%		
	Ens. Médio	420	1,74%		
Total Alunos Avaliados		24.084	100%	-	
Total Alunos Pactuados		28.930	83,25%	-	
Total Matriculas em 2015		50.655	47,48%		

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria de Saúde, Cascavel/PR.

5.2 Diagnóstico nutricional em relação aos distritos e ao ciclo escolar

A tabela 2 mostra o diagnóstico nutricional com relação aos distritos e ao ciclo escolar dos alunos que foram submetidos às avaliações do componente I do PSE. No que diz respeito aos alunos da Educação Infantil (n=3.952), pôde-se observar

que no distrito I houve maior frequência de indivíduos com peso elevado (3,01%) em relação aos demais distritos. No distrito II, houve maior frequência de indivíduos com muito baixo peso (2,02%) e baixo peso (2,56%). No distrito III, houve maior frequência de indivíduos em condição eutrófica (35,83%). E, por fim, no distrito IV houve maior frequência de indivíduos, cujo diagnóstico nutricional não foi amostrado (0,38%) ($\chi^2=254,803$; $p<0,05$).

No caso dos alunos do Ensino Fundamental I ($n=9.233$), pôde-se observar que no distrito I houve maior frequência de indivíduos com muito baixo peso (0,75%), baixo peso (1,8%), sobrepeso (4,67%) e obesidade (2,87%) em relação aos demais distritos. No distrito II, houve maior frequência de indivíduos cujo diagnóstico nutricional não foi amostrado (0,75%). No distrito III, houve maior frequência de indivíduos em condição eutrófica (19,55%) e obesidade grave (1,09%). Por fim, no distrito IV houve maior frequência de indivíduos em condição eutrófica (8,13%) ($\chi^2=208,643$; $p<0,05$).

No tocante aos alunos do Ensino Fundamental II ($n=7.859$), observou-se que no distrito I houve maior frequência de indivíduos em situação de sobrepeso (5,52%) e obesidade (3,37%), em relação aos demais distritos. No distrito II, houve maior frequência de indivíduos com muito baixo peso (0,48%), baixo peso (1,65%) e em condição eutrófica (17,8%). No distrito III, houve maior frequência de indivíduos em condição de obesidade grave (0,53%) e cujo diagnóstico nutricional não foi amostrado (1,62%). Por fim, no distrito IV houve maior frequência de indivíduos em condição eutrófica (6,41%) ($\chi^2=276,706$; $p<0,05$).

Com relação aos alunos do Ensino Médio ($n=3.040$), nos distritos I e II, não houve categorias com frequências que diferiram significativamente entre si. No distrito III, houve maior frequência de indivíduos em condição de baixo peso (2,14%). No distrito IV houve maior frequência de indivíduos em condição eutrófica (10,95%) e cujo diagnóstico nutricional não foi amostrado (0,56%) ($\chi^2=93,884$; $p<0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência e proporção dos indivíduos levando em consideração o diagnóstico nutricional em relação ao ciclo escolar

Diagnóstico nutricional	Distrito	Infantil		Fundamental I		Fundamental II		Médio		p-valor			
		Freq. (n)	Prop. (%)	Freq. (n)	Prop. (%)	Freq. (n)	Prop. (%)	Freq. (n)	Prop. (%)				
MBP	I	4	0,10%	69	0,75%	15	0,19%	4	0,13%	<0,0001			
	II	80	2,02%	37	0,40%	38	0,48%	5	0,16%				
	III	17	0,43%	20	0,22%	26	0,33%	5	0,16%				
	IV	1	0,03%	8	0,09%	3	0,04%	1	0,03%				
BP	I	17	0,43%	166	1,80%	130	1,65%	8	0,26%	<0,0001			
	II	101	2,56%	112	1,21%	130	1,65%	40	1,32%				
	III	52	1,32%	61	0,66%	105	1,34%	65	2,14%				
	IV	11	0,28%	22	0,24%	45	0,57%	17	0,56%				
EUT	I	776	19,64%	1744	18,89%	1657	21,08%	430	14,14%	<0,0001			
	II	868	21,96%	2002	21,68%	1399	17,80%	865	28,45%				
	III	1416	35,83%	1805	19,55%	1678	21,35%	622	20,46%				
	IV	185	4,68%	751	8,13%	504	6,41%	333	10,95%				
OB	PE*	I	119	3,01%	265	2,87%	265	3,37%	37	1,22%	<0,0001		
		II			250	2,71%	131	1,67%	73	2,40%			
		III			213	2,31%	241	3,07%	54	1,78%			
		IV			67	0,73%	33	0,42%	17	0,56%			
OBG	PE*	I	26	0,66%	41	0,44%	23	0,29%	11	0,36%	0,004		
		II			69	1,75%	55	0,60%	20	0,25%		15	0,49%
		III			118	2,99%	101	1,09%	42	0,53%		14	0,46%
		IV			21	0,23%	10	0,13%	5	0,16%			
SP	PE*	I	153	1,66%	431	4,67%	434	5,52%	79	2,60%	<0,0001		
		II			364	3,94%	271	3,45%	159	5,23%			
		III			339	3,67%	425	5,41%	116	3,82%			
		IV			153	1,66%	75	0,95%	30	0,99%			
NA	PE*	I	15	0,38%	42	0,45%	9	0,11%	9	0,30%	<0,0001		
		II			18	0,46%	69	0,75%	5	0,06%		6	0,20%
		III			32	0,81%	5	0,05%	127	1,62%		3	0,10%
		IV			15	0,38%	20	0,22%	18	0,23%		17	0,56%

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria de Saúde, Cascavel/PR.

Legenda: (BP=baixo peso; MBP=muito baixo peso; EUT=eutrófico; NA=não amostrado; OB=obesidade; OBG=obesidade grave; SP=sobrepeso; PE=peso elevado). *Peso elevado equivale a obesidade e sobrepeso em crianças até 5 anos, pertencendo apenas à educação infantil.

5.3 Saúde Bucal em relação aos distritos e ao ciclo escolar

A tabela 3 apresenta os dados coletados referentes à saúde bucal dos escolares com relação aos distritos e ao ciclo escolar. No caso dos alunos da Educação Infantil (n=3.952), pôde-se observar que, no distrito I, houve maior frequência de indivíduos que apresentaram alteração na saúde bucal (7,74%). No distrito II, não houve frequências significativas entre a presença ou a ausência de alteração na saúde bucal. No distrito III, houve maior frequência de indivíduos que não apresentaram alteração na saúde bucal (29,68%). Por fim, no distrito IV, houve maior frequência de indivíduos que apresentaram alteração na saúde bucal (2,83%), e em indivíduos que não tiveram esse dado amostrado ($\chi^2=68,29$; $p<0,05$).

Com relação aos alunos do Ensino Fundamental I (n=9.233), no distrito I, não houve frequências significativas para nenhum dos fatores. No distrito II, houve maior

frequência de indivíduos que não apresentaram alteração na saúde bucal (17,91%). No distrito III, houve maior frequência de indivíduos que apresentaram alguma alteração na saúde bucal (14,56%). Por fim, no distrito IV, houve maior frequência de indivíduos que apresentaram algum tipo de alteração na saúde bucal (5,74%) e indivíduos que não tiveram os dados dessa variável amostrada (0,61%) ($\chi^2=195,044$; $p<0,05$).

No que compete aos alunos do Ensino Fundamental II (n=7.859), no distrito I houve maior frequência de indivíduos que apresentaram alguma alteração na saúde bucal (10,92%). No distrito II, houve maior frequência em indivíduos que não apresentaram alteração na saúde bucal (16,8%) e cujos dados não foram amostrados (1,96%). No distrito III, houve maior frequência de indivíduos que apresentaram algum tipo de alteração na saúde bucal (11,49%). Por fim, no distrito IV, não houve frequências significativas para nenhum dos fatores amostrados ($\chi^2=173,879$; $p<0,05$).

No que diz respeito aos alunos do Ensino Médio (n=3.040), no distrito I, houve maior frequência de indivíduos que apresentaram algum tipo de alteração na saúde bucal (6,51%). No distrito II, houve maior frequência de indivíduos cujos dados não foram amostrados (4,61%). No distrito III, houve maior frequência de indivíduos que apresentaram alteração na saúde bucal (9,47%). E, por fim, no distrito IV, não houve frequências significativas para nenhum dos fatores ($\chi^2=177,695$; $p<0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência e proporção dos indivíduos levando em consideração alteração ou não da saúde bucal em cada ciclo escolar

Saúde Bucal	Distrito	Infantil		Fundamental I		Fundamental II		Médio		p-valor
		Freq. (n)	Prop. (%)	Freq. (n)	Prop. (%)	Freq. (n)	Prop. (%)	Freq. (n)	Prop. (%)	
Sem alteração	I	610	15,44%	1450	15,70%	1657	21,08%	373	12,27%	<0,0001
	II	772	19,53%	1654	17,91%	1320	16,80%	757	24,90%	
	III	1173	29,68%	1195	12,94%	1631	20,75%	589	19,38%	
	IV	111	2,81%	456	4,94%	424	5,40%	269	8,85%	
	Total Geral	2666	67,46%	4755	51,5%	5032	64,03%	3040	65,39%	
Com alteração	I	306	7,74%	1254	13,58%	858	10,92%	198	6,51%	<0,0001
	II	333	8,43%	1175	12,73%	520	6,62%	266	8,75%	
	III	429	10,86%	1344	14,56%	903	11,49%	288	9,47%	
	IV	112	2,83%	530	5,74%	235	2,99%	130	4,28%	
	Total Geral	1180	29,86%	4303	46,6%	2516	32,01%	882	29,01%	
Não amostrado	I	27	0,68%	54	0,58%	18	0,23%	7	0,23%	<0,0001
	II	31	0,78%	60	0,65%	154	1,96%	140	4,61%	
	III	33	0,84%	5	0,05%	110	1,40%	2	0,07%	
	IV	15	0,38%	56	0,61%	29	0,37%	21	0,69%	
	Total Geral	106	2,68%	175	1,9%	311	3,96%	170	5,59%	

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria de Saúde, Cascavel/PR.

5.4 Saúde Ocular em relação aos distritos e ao ciclo escolar

Na tabela 4, podem ser observados os dados referentes à saúde ocular com relação aos distritos e ao ciclo escolar. No caso dos alunos da Educação Infantil (n=3.952), no distrito I, houve maior frequência de indivíduos que apresentaram algum tipo de alteração na saúde ocular (5,34%) e também cujos dados não foram amostrados (5,49%). No distrito II, houve maior frequência de indivíduos que não apresentaram alteração na saúde ocular (25,03%). No distrito III, houve maior frequência de indivíduos cujos dados não foram amostrados (11,44%). Finalmente, no distrito IV, houve maior frequência de indivíduos que apresentaram algum tipo de alteração na saúde ocular (1,27%) ($\chi^2=390,864$; $p<0,05$).

Sobre os alunos do Ensino Fundamental I (n=9.233), no distrito I, não houve frequências significativas para nenhum dos fatores avaliados. No distrito II, houve maior frequência de indivíduos que não apresentaram nenhum tipo de alteração na saúde ocular (28,46%). No distrito III, também não houve frequências significativas para nenhum dos fatores avaliados. Por fim, no distrito IV, houve maior frequência de indivíduos que apresentaram alteração na saúde ocular (2,33%), e cujos dados não foram amostrados para essa variável (0,36%) ($\chi^2=184,840$; $p<0,05$).

No que compete aos alunos do Ensino Fundamental II (n=7.859), no distrito I, houve maior frequência de indivíduos que não apresentaram alteração na saúde ocular (27,34%), e que apresentaram alteração na saúde ocular (4,66%). No distrito II, houve maior frequência de indivíduos que não tiveram os dados para essa variável amostrados (1,95%). No distrito III, houve maior frequência de indivíduos que não tiveram esses dados amostrados (1,58%). No distrito IV, não houve frequências significativas para nenhum dos fatores avaliados ($\chi^2=152,811$; $p<0,05$).

Já com relação aos alunos do Ensino Médio (3.040), no distrito I, houve maior frequência de indivíduos que apresentaram alteração na saúde ocular (3,91%). No distrito II, houve maior frequência de indivíduos que não tiveram os dados para essa variável amostrados (5,23%). No distrito III, houve maior frequência de indivíduos que não apresentaram alteração na saúde ocular (25,46%). No distrito IV, houve maior frequência de indivíduos que não tiveram alteração na saúde ocular (11,78%) ($\chi^2=257,579$; $p<0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequência e proporção dos indivíduos levando em consideração alteração ou não da saúde ocular em cada ciclo escolar. Cascavel/PR, 2017.

Saúde ocular	Distrito	Infantil		Fundamental I		Fundamental II		Médio		p-valor
		Freq. (n)	Prop. (%)	Freq. (n)	Prop. (%)	Freq. (n)	Prop. (%)	Freq. (n)	Prop. (%)	
Sem alteração	I	515	13,03%	2348	25,43%	2149	27,34%	453	14,90%	<0,0001
	II	989	25,03%	2628	28,46%	1623	20,65%	886	29,14%	
	III	984	24,90%	2197	23,80%	2177	27,70%	774	25,46%	
	IV	168	4,25%	794	8,60%	590	7,51%	358	11,78%	
Com alteração	I	211	5,34%	368	3,99%	366	4,66%	119	3,91%	<0,0001
	II	82	2,07%	225	2,44%	218	2,77%	118	3,88%	
	III	199	5,04%	342	3,70%	343	4,36%	101	3,32%	
	IV	50	1,27%	215	2,33%	74	0,94%	55	1,81%	
Não amostrado	I	217	5,49%	42	0,45%	18	0,23%	6	0,20%	<0,0001
	II	65	1,64%	36	0,39%	153	1,95%	159	5,23%	
	III	452	11,44%	5	0,05%	124	1,58%	4	0,13%	
	IV	20	0,51%	33	0,36%	24	0,31%	7	0,23%	

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria de Saúde, Cascavel/PR.

5.5 Síntese analítica dos dados do Componente I

Para melhor compreensão dos dados, no quadro 1, foi apresentada uma síntese analítica com os dados obtidos de maior frequência.

Com referência ao ciclo escolar infantil, o Distrito I obteve maior frequência de crianças com peso elevado, alterações em saúde bucal e saúde ocular, bem como maior frequência de dados não amostrados em saúde ocular. O Distrito II apresentou maior frequência de crianças com baixo peso e muito baixo peso; não obteve dados significativos entre as variáveis no que corresponde à saúde bucal e apontou maior frequência de crianças sem alterações em saúde ocular. O Distrito III obteve a maior frequência de crianças sem alterações no diagnóstico nutricional, ou seja, eutróficas; apresentou, ainda, maior frequência de crianças sem alterações em saúde bucal e se destacou pelos dados não amostrados referentes a saúde ocular. O Distrito IV teve maior frequência de crianças com dados não amostrados referentes ao diagnóstico nutricional e na saúde bucal, assim como maior frequência de crianças com alteração em saúde bucal e na saúde ocular.

No que se refere ao ciclo escolar Fundamental I, o Distrito I apresentou maior frequência de crianças com peso elevado, além de baixo peso ou muito baixo peso, se tratando de saúde bucal e saúde ocular apresentou ausência de diferenças entre os dados amostrados. O Distrito II obteve maior frequência de dados não amostrados no diagnóstico nutricional e menor frequência de crianças com alterações em saúde bucal e saúde ocular. O Distrito III apresentou maior frequência de crianças com peso elevado e crianças eutróficas. Com referência à saúde bucal,

apresentou maior frequência em alterações e obteve ausência de diferenças entre os dados relacionados a saúde ocular. O Distrito IV apontou maior frequência de crianças eutróficas, maior frequência de dados não amostrados e com alterações em saúde bucal, da mesma maneira que frequência elevada de alterações em saúde ocular.

Correspondente ao ciclo escolar Fundamental II, o Distrito I apresentou maior frequência de indivíduos com peso elevado e com alterações em saúde bucal; apontou frequência elevada em alterações, bem como na ausência delas no que se refere à saúde ocular. O Distrito II obteve maior frequência de indivíduos com baixo peso ou muito baixo peso, da mesma maneira que eutróficos; ademais, apresentou maior frequência de indivíduos sem alterações e de dados não amostrados na saúde bucal e frequência elevada de dados não amostrados correspondente a saúde ocular. O Distrito III obteve maior frequência de dados não amostrados, assim como indivíduos com peso elevado no diagnóstico nutricional; identificou-se maior frequência de indivíduos sem alteração em saúde bucal e maior frequência de dados não amostrados na saúde ocular. O Distrito IV apontou maior frequência de indivíduos eutróficos e demonstrou ausência de diferenças entre os dados correspondentes a saúde bucal e saúde ocular.

O nível escolar Médio apresentou, no Distrito I, ausência de diferenças entre os dados referentes ao diagnóstico nutricional e maior frequência de indivíduos com alterações em saúde bucal e saúde ocular. O Distrito II, da mesma maneira, apontou ausência de frequências relativas no diagnóstico nutricional e obteve frequência elevada de dados não amostrados em saúde bucal e saúde ocular. O Distrito III obteve a maior frequência de indivíduos que se apresentavam com baixo peso ou muito baixo peso, apontou maior frequência de alterações em saúde bucal e maior frequência de indivíduos sem alterações referentes à saúde ocular. Para concluir, o Distrito IV apresentou maior frequência de indivíduos eutróficos, ausência de diferenças entre alteração e não alteração na saúde bucal e maior frequência de indivíduos sem alterações na saúde ocular.

Quadro 1 – Síntese analítica dos dados com maior frequência, Cascavel/PR, 2017

Ciclo Escolar	Distritos	Diagnóstico Nutricional	Saúde Bucal	Saúde Ocular
Infantil	Distrito I	↑	+	+ NA
	Distrito II	↓	=	-
	Distrito III	↔	-	NA
	Distrito IV	NA	+ NA	+
Fundamental I	Distrito I	↓↑	=	=
	Distrito II	NA	-	-
	Distrito III	↔↑	+	=
	Distrito IV	↔	+ NA	+
Fundamental II	Distrito I	↑	+	+ -
	Distrito II	↓↔	- NA	NA
	Distrito III	↑ NA	+	NA
	Distrito IV	↔	=	=
Médio	Distrito I	=	+	+
	Distrito II	=	NA	NA
	Distrito III	↓	+	-
	Distrito IV	↔	=	-

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria de Saúde, Cascavel/PR.

Legenda: ↑ (peso elevado, sobrepeso, obesidade e obesidade grave); ↓ (muito baixo peso e baixo peso); ↔ (eutrófico); = (ausência de diferença entre os dados); NA (não amostrado); + (alteração); - (não alterado).

A tabela 5 demonstra o percentual das variáveis por distrito referentes aos indivíduos avaliados pelo PSE. Observa-se que, com relação ao diagnóstico nutricional, o Distrito I apresentou 6,06% de indivíduos com muito baixo peso ou baixo peso; 67,63% dos indivíduos avaliados se apresentavam eutróficos; 25,03% estavam com o peso elevado; e 1,28% dos indivíduos tiveram dados não amostrados. Correspondente à Saúde Bucal, o referido distrito apontou 38,40% de indivíduos com alterações nesta variável, 60,04% estavam sem alterações e 1,56% tiveram dados não amostrados. Os dados obtidos sobre a Saúde Ocular demonstram que 15,62% dos indivíduos apresentaram alguma alteração, 80,23% se apresentavam sem alterações e 4,15% dos dados não foram amostrados.

No Distrito II, 7,56% dos indivíduos apresentaram baixo peso ou muito baixo peso; 71,48% estavam com o diagnóstico nutricional normal; 19,59% dos alunos avaliados apresentaram peso elevado; e 1,36% tiveram dados não amostrados. No caso da saúde bucal, 31,94% dos indivíduos avaliados apresentaram alterações, 62,70% não apontaram alterações nessa variável, e 5,36% tiveram dados não amostrados. Na saúde ocular, esse distrito demonstrou que 8,95% de seus indivíduos apresentaram alguma alteração visual, 85,30% não tiveram alterações e 5,75% dos dados não foram amostrados.

Em referência ao Distrito III, 4,55% dos indivíduos avaliados apresentaram baixo peso ou muito baixo peso, 71,68% se encontravam eutróficos, 21,59% estavam com peso elevado, e 2,17% dos dados não foram amostrados. Em saúde bucal, 38,48% apresentaram alterações, 59,57% estavam com a saúde bucal adequada e 1,95% dos dados não foram amostrados. A saúde ocular apontou que 12,79% tinham alterações, 79,62% apresentaram normalidade nessa variável e 7,60% dos indivíduos tiveram dados não amostrados.

Correspondente ao Distrito IV, 4,52% dos indivíduos foram diagnosticados com baixo peso ou muito baixo peso, 74,25% estavam eutróficos, 18,30% apresentaram peso elevado e 2,93% dos dados não foram amostrados. 42,17% dos indivíduos avaliados nesse distrito apresentaram alterações em saúde bucal, 52,76% não estavam com problemas bucais e 5,07% dos dados não foram amostrados. Por fim, em referência à saúde ocular, 16,50% apresentaram alterações visuais, 79,98% não tinham alterações nessa variável e 3,52% dos indivíduos tiveram dados não amostrados.

Tabela 5 – Síntese geral de todos os distritos em relação aos dados de Diagnóstico Nutricional, Saúde bucal e Saúde Ocular

	Categorias	Distrito I		Distrito II		Distrito III		Distrito IV		p-valor
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Diagnóstico nutricional	MBP	92	1,35%	160	2,23%	68	0,88%	13	0,54%	0,0001
	BP	321	4,71%	383	5,33%	283	3,67%	95	3,98%	
	EUT	4607	67,63%	5134	71,48%	5521	71,68%	1773	74,25%	
	PE	1705	25,03%	1407	19,59%	1663	21,59%	437	18,30%	
	NA	87	1,28%	98	1,36%	167	2,17%	70	2,93%	
Saúde Bucal	Com alteração	2616	38,40%	2294	31,94%	2964	38,48%	1007	42,17%	0.0001
	Sem alteração	4090	60,04%	4503	62,70%	4588	59,57%	1260	52,76%	
	NA	106	1,56%	385	5,36%	150	1,95%	121	5,07%	
Saúde Ocular	Com alteração	1064	15,62%	643	8,95%	985	12,79%	394	16,50%	0.0001
	Sem alteração	5465	80,23%	6126	85,30%	6132	79,62%	1910	79,98%	
	NA	283	4,15%	413	5,75%	585	7,60%	84	3,52%	

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria de Saúde, Cascavel/PR.

Legenda: (BP=baixo peso; MBP= muito baixo peso; EUT= eutrófico; NA= não amostrado; PE=peso elevado). *Peso elevado equivale a e sobrepeso, obesidade e obesidade grave.

A tabela 6 apresenta a síntese geral do diagnóstico de saúde obtido por meio dos dados correspondentes ao Componente I do PSE. Em referência ao diagnóstico nutricional, Cascavel apresentou 1,33% dos indivíduos com muito baixo peso, 4,49% com baixo peso, 70,73% dos indivíduos se encontravam eutróficos, 21,64% estavam com peso elevado, e 1,75% dos dados não foram amostrados. Com relação à saúde bucal, o índice municipal de alterações bucais foi de 36,88%, 59,96% não tinham alterações nessa variável, e 3,16% dos indivíduos tiveram dados não amostrados. No item saúde ocular, 12,81% dos alunos avaliados apresentaram problemas de visão, 81,52% se encontravam sem alterações e 5,67% tiveram os dados não amostrados.

Tabela 6 – Síntese geral do Diagnóstico de Saúde referentes às avaliações do componente I do município de Cascavel-PR

CASCADEL			
	Categorias	Freq. (n)	Prop. (%)
Diagnóstico nutricional	MBP	333	1,33%
	BP	1082	4,49%
	EUT	17.035	70,73%
	PE	5.212	21,64%
	NA	422	1,75%
Saúde Bucal	Com Alteração	8.881	36,88%
	Sem Alteração	14.441	59,96%
	Não Amostrado	762	3,16%
Saúde Ocular	Com Alteração	3.086	12,81%
	Sem Alteração	19.633	81,52%
	Não Amostrado	1.365	5,67%

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria de Saúde, Cascavel/PR.

Legenda: (BP=baixo peso; MBP=muito baixo peso; EUT=eutrófico; NA=não amostrado; PE=peso elevado). *Peso elevado equivale a e sobrepeso, obesidade e obesidade grave

5.6 Dados relacionados ao Componente II

O quadro 2 demonstra os dados do Componente II, que se refere às estratégias adotadas para promoção e para prevenção à saúde no ano de 2015. Estão descritos os temas abordados e pactuados, o nível escolar, a quantidade de alunos pactuados, o quantitativo realizado, bem como a frequência relativa dessas variáveis e a frequência atingida em referência ao total de matriculados no município.

Verifica-se que 21.733 alunos foram pactuados para capacitações em Promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável. Desse quantitativo, 98,13% receberam a ação conforme a pactuação. Em relação ao total de matriculados no município, 42,05% de indivíduos receberam a capacitação referida. Ações de promoção da cultura de paz e direitos humanos foram pactuados a 21.381 alunos, dos quais 95,12% receberam essa qualificação. Em referência ao total de matriculados, o índice de alunos que receberam a capacitação foi de 40,10%. Os dados apontam que 35 alunos do ensino infantil foram pactuados para promoção das práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas, o índice de contemplados nesta atividade foi de 42,86%. No que se refere aos matriculados no município, a atividade foi ofertada a 0,03% dos alunos. Ações de promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável foram pactuados a 35 alunos da educação infantil, desses, 57,14% receberam a atividade pactuada. A frequência relativa decorrente do total de matriculados foi de 0,04%.

A temática de *Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Direito sexual reprodutivo e Prevenção das DST/AIDS* foi pactuada a 18.878 alunos do ensino fundamental e médio, atingindo o índice de 93,51% de indivíduos contemplados nessa ação. Sobre o total de matriculados, a frequência relativa atingida foi de 34,8%. Verifica-se que 18.595 alunos foram pactuados para a capacitação em *SPE: prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas*, em que 91,02% dos indivíduos participaram dessa atividade. A frequência relativa de alunos que realizaram a ação em relação ao total de matriculados no município foi de 33,37%. Em síntese, no caso das ações do componente II, a temática de *SPE: formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/AIDS* não foi pactuada e nem realizada no município de Cascavel-PR.

Quadro 2 – Dados do componente II de 2015, Cascavel/PR, 2017

Ação Pactuada	Nível Escolar	2015			
		Quant. Pactuada	Quant. Realizada	Freq. Relativa por quant. pactuada X realizada (%)	Freq. relativa de alunos por cat. pelo total de Matrículas (%)
Promoção da Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável	Creche	1.266	1.266	100%	61,73%
	Pré-escola	2.077	2.038	98,12%	
	Ensino Fund.	16.917	15.976	94,44%	48,57%
	Ensino Médio	1.473	2.047	100%	16,41%
	EJA	-	-	-	-
	Subtotal	21.733	21.327	98,13%	42,05%
Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos	Creche	1.266	1.266	100%	63,38%
	Pré-escola	2.041	2.126	100%	
	Ensino Fund.	17.149	15.688	91,48	47,69%
	Ensino Médio	925	1.258	100%	10,08%
	EJA	-	-	-	-
	Subtotal	21.381	20.338	95,12%	40,10%
Promoção das Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer nas Escolas	Creche	35	15	42,86%	0,28%
	Pré-escola	-	-	-	
	Ensino Fund.	-	-	-	-
	Ensino Médio	-	-	-	-
	EJA	-	-	-	-
	Subtotal	35	15	42,86%	0,03%
Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável	Creche	35	20	57,14%	0,37%
	Pré-escola	-	-	-	
	Ensino Fund.	-	-	-	-
	Ensino Médio	-	-	-	-
	EJA	-	-	-	-
	Subtotal	35	20	57,14%	0,04%
SPE: Direito Sexual e Reprodutivo e Prevenção das DST/AIDS	Creche	-	-	-	0,80%
	Pré-escola	-	43	0,00%	
	Ensino Fund.	17.301	15.803	91,34%	48,04%
	Ensino Médio	1.577	1.807	100%	14,49%
	EJA	-	-	-	-
	Subtotal	18.878	17.653	93,42%	34,80%
SPE: prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	Creche	-	-	-	1,96%
	Pré-escola	-	105	0,00%	
	Ensino Fund.	16.808	14.797	88,04%	44,98%
	Ensino Médio	1.787	2.024	100%	16,23%
	EJA	-	-	-	-
	Subtotal	18.595	16.926	91,02%	33,37%

Fonte: Dados coletados no Simec (BRASIL, 2017b).

Legenda: (EJA= Educação de jovens e adultos; SPE= Saúde e prevenção nas escolas).

5.7 Dados relacionados ao componente III

No quadro 3, estão discriminados os dados referentes ao componente III, que prevê a capacitação interdisciplinar para profissionais da saúde e educação. Estão

descritas as ações e a quantidade de profissionais pactuados e quantos realizaram as ações previstas.

Verifica-se que as ações relacionadas ao componente III não foram realizadas ou não foram registradas no site do sistema de monitoramento do PSE.

Quadro 3 – Ações do Componente III de 2015.

COMPONENTE III AÇÕES	2015			
	Saúde		Educação	
	QP	QR	QP	QR
Capacitar os profissionais em Vigilância Alimentar e Nutricional.	40	0	80	0
Capacitar os profissionais para trabalhar com temáticas de promoção da alimentação saudável.	40	0	80	0
Capacitar os profissionais para trabalhar com direitos sexuais e direitos reprodutivos e prevenção das DST/AIDS.	40	0	80	0
Capacitar os profissionais para trabalhar com as temáticas: Prevenção ao uso de Álcool e Tabaco, Crack e outras Drogas.	40	0	80	0
Capacitar os profissionais da saúde e educação sobre a importância e uso da fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (Estratégia NutriSUS) nas creches.	25	0	25	0
Capacitar os profissionais da saúde e educação em prevenção e atenção as violências.	40	0	80	0

Fonte: Dados coletados no Simec (BRASIL, 2017b).

Legenda: (QP= Quantidade Pactuada; QR= Quantidade Realizadas).

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 COMPONENTE I – Avaliação das condições de saúde

6.1.1 Diagnósticos de saúde

Estudos dirigidos ao crescimento dos níveis de sobrepeso e de obesidade tornam-se essenciais para avaliar os efeitos sobre a saúde, para revelar o diagnóstico situacional local em que os índices vêm se elevando, para verificar quais ações estão sendo colocadas em prática, assim como a sua eficácia (MARIE et al., 2014).

Conforme Marie et al. (2014), as tendências de sobrepeso e obesidade em diversos países durante 1980 a 2013 mostram que a prevalência do excesso de peso e obesidade aumentou em 27,5% para adultos e 47,1% em crianças no período em destaque. Em países desenvolvidos, a taxa de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes aumentou de 16,9%, em meninos, nos anos 1980, para 23,8% em 2013; já em meninas, o índice passou de 16,2%, em 1980, para 22,6% no ano de 2013. O estudo revela que, nos países em desenvolvimento, as taxas de peso elevado e obesidade também estão se intensificando em crianças e adolescentes, aumentando de 8,1%, em 1980, para 12,9% em meninos; e de 8,4% para 13,4% em meninas em 2013. A estimativa nacional de sobrepeso e obesidade no Brasil, em 2013, conforme a pesquisa, foi de 21,1% em meninos menores de 20 anos de idade e de 24,3% em meninas da mesma faixa etária. Não foi identificada a diminuição significativa de taxas de sobrepeso ou obesidade em nenhum país nos últimos 33 anos.

A prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes de 12 a 17 anos que frequentam escolas brasileiras em municípios maiores de 100.000 habitantes foi de 25%. A região Norte do país apresentou índices de 22% de peso elevado, equivalente à região Nordeste, que atingiu taxa de 24%. A região Centro Oeste obteve índices de 23,6%, e o Sudeste apontou a frequência de 26% semelhante à região Sul, que apresentou o maior índice de sobrepeso e obesidade, chegando a 29,8% (BLOCH et al., 2016).

De acordo com Aragão (2015), alunos avaliados em uma escola pública localizada em Rio Branco – Acre, compreendendo a faixa etária de 11 a 12 anos, revelou que 70% dos indivíduos avaliados foram diagnosticados com peso adequado, 18% apresentavam sobrepeso, seguidos de 12% de alunos obesos.

Os índices de baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade, similarmemente foram avaliados em uma instituição de ensino de um município do estado do Ceará, demonstrando que 60% dos alunos avaliados foram classificados com peso adequado; não foram diagnosticadas crianças com baixo peso, 24% dos indivíduos apresentaram sobrepeso e 16% obesidade (LACERDA et al., 2014).

Um estudo compreendendo crianças de 05 a 10 anos cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e no Programa Bolsa Família do estado do Mato Grosso do Sul apresenta dados que corroboram com resultados acima apresentados. Crianças do sexo feminino apresentaram índices de 4,8% de baixo peso, 71,4% de eutrofia, sobrepeso e obesidade respectivamente 14,8% e 9,1%, e 23,9% de indivíduos com peso elevado. Em referência ao sexo masculino, na mesma faixa etária, 5,6% foram diagnosticados com baixo peso, 66,4% eutróficos, sobrepeso e obesidade respectivamente 16,1% e 11,9%, alcançando índices de 28% de peso elevado (SILVA; NUNES, 2015).

Na região Sudeste, no município de Itapevi – SP, o índice de peso adequado em crianças de 05 a 14 anos do ensino fundamental foi de 67,5%. Naquele município, 1,9% dos indivíduos avaliados apresentava baixo peso e aproximadamente um terço das crianças se encontrava com peso elevado. Já a taxa de sobrepeso em meninas e meninos foi de 30,6% (BATISTA; MONDINI; JAIME, 2017).

Crianças e adolescentes de 06 a 16 anos foram avaliadas quanto ao diagnóstico nutricional na cidade de Maringá – PR, revelando índices de eutrofia de 62,2% dessa população. Por sua vez, indivíduos com risco de desnutrição e desnutridos apresentaram a frequência de 13,5%. Ainda que os níveis de crianças e adolescentes apresentem, em sua maioria, peso adequado, o estudo revelou uma grande parcela com excesso de peso e obesidade, apontando níveis de 24,1% dos indivíduos diagnosticados com peso elevado (FANHANI; BENNEMANN, 2011). Na mesma cidade, a pesquisa realizada por Netto-Oliveira (2010) apontou um índice de sobrepeso em 21,1% de crianças de 6 a 7,9 anos avaliadas em 25 escolas públicas e privadas. A pesquisa revela que o peso elevado indistintamente atinge a crianças

de ambos os sexos e que indivíduos de níveis socioeconômicos superiores apresentam uma probabilidade maior de manifestarem o problema.

Os dados acima não se distanciam dos índices encontrados por este estudo em Cascavel-PR, cujos dados demonstraram que 5,82% de crianças e adolescentes estavam com baixo peso; e 70,73% estavam com peso adequado e 21,64% dos indivíduos foram diagnosticados com peso elevado.

Os níveis de baixo peso se encontram em redução e em níveis pouco intensos comparados a índices do passado. Até o momento, a desnutrição na infância se concentra nas famílias de menor poder aquisitivo e na região Norte do País. Em contrapartida, o excesso de peso entre crianças de 05 a 09 anos de idade se eleva de forma acelerada. O peso elevado no Brasil está em ascensão em todas as faixas etárias, independente da classe social, região do país e entre populações urbanas e rurais (IBGE, 2010b).

Os fatores de baixo peso também se relacionaram ao estágio puberal e à presença de menarca entre as meninas. Em ambos os sexos, as prevalências de baixo peso são consideradas baixas (PERES; LATORRE; SLATER, 2010). A maior prevalência de baixo peso entre adolescentes do sexo feminino pode estar associada a patologias alimentares como anorexia e bulimia (DALLA COSTA et al., 2016).

Julgado como um dos mais graves desafios e importante problema da saúde pública no século XXI, a obesidade infantil se eleva, tanto em países desenvolvidos e em desenvolvimento (MARIE et al., 2014). O excesso de peso ocorre em todas as classes econômicas, revelando a fase de transição nutricional pela qual, países em desenvolvimento como o Brasil estão passando (NETTO-OLIVEIRA et al., 2010).

A explicação para tal mudança pode se revelar em relação à redução da desnutrição, na melhoria do poder aquisitivo das famílias de menor renda, no aumento da Atenção Primária em Saúde em todo o território nacional, bem como expansão do saneamento básico e maior nível de escolaridade materna. No entanto, o sobrepeso e a obesidade se relacionam à mudança dos padrões de alimentação e de atividade física da população (IBGE, 2010b).

A influência na transformação dos hábitos alimentares pode estar relacionada à falta de tempo e à globalização, dando espaço para o crescente aumento do consumo de alimentos industrializados (TEIXEIRA, 2015). O aumento da população feminina no mercado de trabalho, o qual não as exclui da centralidade do cuidado

doméstico, favorece a inserção de hábitos alimentares mais práticos, contribuindo para o consumo de alimentos industrializados, modificando padrões alimentares anteriores (OLIVEIRA et al., 2017).

É notório o relevante impacto da industrialização sobre a transformação do estilo de vida e, sobretudo, aos costumes alimentares da população, na pretensão de conciliar a praticidade à vida contemporânea. As consequências dessa transição nutricional se revelam em uma dieta sem qualidade, do ponto de vista da saúde, caracterizada pelo excessivo consumo de calorias, de açúcares e de gorduras (FRANÇA et al., 2012).

Aliadas aos maus hábitos de alimentação, a inatividade física, a falta de informação e a conscientização dos familiares abarcam os principais fatores desencadeadores da condição de sobrepeso em crianças e adolescentes (LACERDA et al., 2014). Ademais, um comportamento sedentário com baixos níveis de atividade física se associa aos crescentes índices de obesidade em crianças e adolescentes em todas as regiões do Brasil (GUERRA; FARIAS JUNIOR; FLORINDO, 2016).

O hábito excessivo de assistir à TV, com um tempo superior a duas horas diárias, tem contribuído positivamente para o comportamento sedentário (DUTRA et al., 2015). Segundo Rodrigues e Fiates (2012), crianças assistem à TV em diversos períodos do dia, não se restringindo apenas à programação infantil, revelando a falta de controle e percepção dos pais sobre o tempo gasto por estudantes de uma escola pública e/ou privada.

A publicidade de alimentos favorece que crianças deixem-se influenciar pelo mercado, exigindo maior controle dos pais sobre o tempo de tela em diversos meios de comunicação. É indispensável a implantação de medidas de saúde pública, aperfeiçoamento de profissionais na área da saúde e da educação que possibilitem maior domínio sobre técnicas de educação nutricional efetivas. Acrescido a isso, é mister estimular a visão crítica das crianças sobre as publicidades, além de maior supervisão sobre regulamentação publicitária acerca da alimentação, com intuito de diminuir os índices de obesidade infantil (MILANI et al., 2015).

Outro aspecto importante é desenvolver políticas públicas e implantar programas nacionais que visem ao combate do sedentarismo e da obesidade. Além de tais ações, estudos também são necessários para a compreensão da realidade,

para o sucesso nas intervenções e, conseqüentemente, para a mudança desse cenário (MATSUDO et al., 2015).

Assim, diante da constatação do problema da obesidade em escolares e de suas múltiplas determinações, discutidas ao longo deste estudo, cabe ao sistema de saúde e de educação: fortalecer os laços da intersectorialidade para a implementação das ações necessárias para o seu enfrentamento, desde as que podem ser imediatamente desenvolvidas pelo sistema de saúde e educação na intersecção desses dois serviços, como a prática de atividades físicas desde a escola; o incentivo e a oferta de alimentação saudável que estimule bons hábitos alimentares; a introdução dos conteúdos sobre alimentação saudável no currículo escolar.

A alimentação escolar se caracteriza a mais antiga política pública vigente no Brasil na área da nutrição; no entanto, é pouco utilizada como estratégia de Educação Alimentar Nutricional – EAN (deste ponto em diante). É indispensável fortalecer uma nova compreensão de nutrição escolar que não se restrinja à refeição ofertada (BORSOI; TEO; MUSSIO, 2016).

Inicialmente, a alimentação escolar tinha como enfoque atrair os escolares, corrigir as deficiências nutricionais (a fome e a desnutrição), garantindo ao menos uma refeição diária às crianças em situação em vulnerabilidade social. Após 2003, um novo conceito foi adotado, a partir do programa denominado Fome Zero, que exigia a articulação de políticas na área da educação, da saúde, da agricultura e da cultura, priorizando alimentação de qualidade a todos os brasileiros, objetivando o bem-estar e a manutenção da saúde da população (NOGUEIRA et al, 2016).

Políticas públicas estão implantadas no território nacional buscando atender os escolares da rede pública de ensino, por meio de ações de educação alimentar e da oferta de refeições que visam suprir as demandas nutricionais dos alunos. A título de exemplo, tem-se o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE, doravante), que busca contribuir para o desenvolvimento biopsicossocial, o rendimento escolar e a formação de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2009b). O PNAE se caracteriza o segundo maior programa de Alimentação Escolar do mundo, e atende diariamente a 50 milhões de estudantes (WFP, 2013).

Conforme o PNAE, o cardápio ofertado deve ser servido de modo a atrair os escolares com preparações que incluam frutas, saladas, tortas, sanduiches entre outros, contemplando alimentos que sejam capazes de combater casos de deficiência ferropriva e hipovitaminose A, que podem comprometer o aprendizado do

escolar. É necessário priorizar alimentos da região, assegurando a qualidade nutricional do cardápio, bem como a valorização da cultura alimentar (BRASIL, 2012b).

Toda a comunidade escolar deve estar engajada para garantir a promoção da alimentação saudável. Alunos, professores, funcionários, profissionais da saúde e os pais precisam participar de forma ativa e integrada nas estratégias adotadas para garantir uma alimentação de qualidade. Os programas voltados à educação nutricional devem ser dirigidos por profissionais capacitados e de forma interdisciplinar (BRASIL, 2012b).

A prevenção e proteção à saúde, por meio de programas educativos, de atividade física e da compreensão de hábitos de vida saudáveis, aliadas ao ambiente escolar e ao convívio dos familiares como norteadores dessas ações, se revelam as mais benéficas estratégias de controle da obesidade infantil (ANDRADE et al., 2015).

A alimentação escolar é uma importante estratégia para o consumo alimentar sustentável, considerando que hábitos e preferências adquiridos na infância prosseguem naturalmente na vida adulta. A alimentação nos primeiros anos de vida traz efeitos para a saúde atual e futura, influenciando na manutenção ou na mudança dos hábitos e sistemas alimentares (TRICHES, 2015).

Por consequência da transição nutricional e, em seguida, do conhecimento do diagnóstico nutricional da população, alguns municípios brasileiros implementaram estratégias próprias para promoção de saúde alimentar e, conseqüentemente, melhorar os hábitos de consumo alimentar de seus municípios.

Governantes do município de Dois Irmãos –RS, após constatar o crescente índice de obesidade em escolares, elaboraram medidas para a promoção do consumo alimentar sustentável. Desse modo, estabeleceram nas escolas a alimentação proveniente da agricultura familiar, possibilitaram a criação de hortas municipais e escolares e inseriram produtos integrais ao cardápio dos estudantes. As cozinheiras passaram a ter capacitações de culinária integral e formulavam os cardápios optando por alimentos típicos da região, respeitando as tradições e a cultura local. Paralelamente, atividades pedagógicas, a fim de auxiliar nas escolhas de consumo alimentar no âmbito da saúde e da sustentabilidade, passaram a ser ofertadas. Os alunos dispuseram de aulas práticas em propriedades rurais, o que

proporcionou que o conhecimento teórico fosse integrado ao prático (TRICHES, 2015).

Atividades pedagógicas como Palestras e Jogos de perguntas e respostas (*Quiz*) no âmbito nutricional foram ofertadas a alunos de uma escola municipal em Lavras - MG. Tanto o formato tradicional (palestras) quanto as atividades inabituais (*Quiz*) se mostraram úteis para promover o conhecimento de práticas alimentares (PEREIRA; PEREIRA; PEREIRA, 2017). Intervenções de EAN em estudantes tiveram impactos positivos na prevenção de sobrepeso e obesidade. A melhora do conhecimento sobre alimentação saudável e as mudanças no comportamento alimentar deste público passaram a ser observadas a partir da EAN (ARAUJO et al., 2017).

Conforme Alves e Marcolino (2014), integrantes de grupos de educação nutricional referiram mudanças em seus hábitos alimentares. O aumento da ingestão de hortaliças e a redução de açúcares e sódio na dieta, bem como o tamanho das porções de refeições foram readequadas. Os hábitos adquiridos durante o grupo se mantiveram após o término. A manutenção de atividade física não foi observada na maioria dos participantes; contudo, foram reconhecidos seus benefícios para a manutenção da saúde.

Dificuldades eventualmente são encontradas na manutenção das ações que envolvem as atividades acerca da formação de hábitos alimentares saudáveis. A integralidade entre saúde e educação, assim como excesso de atribuições dos profissionais e a falta de qualificação são obstáculos a serem enfrentados pelos profissionais envolvidos (SOUZA et al., 2015).

Nesse sentido, a Atenção Básica intenta desenvolver atenção integral, prevendo a realização de ações coletivas que impactem na situação de saúde e na autonomia das pessoas. Ao encontro com seus conceitos, o PSE incentiva a articulação de praxis de formação educativas e de saúde, objetivando a alimentação saudável, práticas corporais e atividades físicas, promoção de saúde, capacitações aos envolvidos, dentre outras temáticas (BRASIL, 2011b).

É importante a elaboração de políticas públicas para o desenvolvimento de estratégias de EAN dentro da APS, logo incorporadas aos Planos Municipais de Saúde e no planejamento das ações das unidades de saúde, oportunizando o envolvimento gerencial necessário para a implantação, igualmente a continuidade das atividades planejadas (FRANÇA; CARVALHO, 2017).

Conjuntamente, se fazem necessárias a intensificação e a manutenção das estratégias quanto aos índices de baixo peso, com o propósito dos indicadores continuarem decaindo. É indispensável, para isso, assegurar programas direcionados às famílias em situação de vulnerabilidade e pobreza, a fim de superarem tal condição, além dos investimentos em políticas públicas que ampliam o acesso da população brasileira aos serviços de educação, de saúde e de saneamento básico (MONTEIRO et al., 2009).

Entretanto, não são somente as disfunções nutricionais que acometem os escolares, ainda que em prevalências menores; é necessário olhar para o aluno como um todo, observando suas necessidades. O PSE é componente fundamental para que gestores, professores, funcionários da educação, pais e profissionais da saúde estejam engajados no enfrentamento das possíveis vulnerabilidades que possam comprometer o desenvolvimento dos alunos.

Integrante essencial das avaliações realizadas pelo PSE, a saúde bucal faz parte da estratégia que objetiva garantir a promoção e a manutenção da saúde dos estudantes, tal como o bom rendimento escolar.

6.1.2 Saúde Bucal

A saúde bucal constitui um importante instrumento para o desenvolvimento integral do escolar. A odontologia deve estar integrada ao planejamento de estratégias de educação em saúde, mudando o conceito anteriormente voltado às lesões, para uma abordagem pautada em ações educativas e preventivas com o foco na promoção de saúde.

Nesse sentido, o PSE preconiza que equipes de saúde bucal e demais membros das Equipes de Atenção Básica trabalhem intersetorialmente com profissionais da educação no desenvolvimento de estratégias de promoção, atenção à saúde e prevenção de doenças e agravos, contribuindo para a formação integral, promovendo o autocuidado e preparando os educandos para enfrentar possíveis vulnerabilidades (BRASIL, 2016a).

Como parte do componente I, as avaliações de inspeção bucal não devem se restringir ao exame individual, mas apresentar um diagnóstico situacional e que norteie os principais fatores de risco, tais como alimentação, consumo de açúcar, condições de higiene cotidianas e possíveis acidentes no ambiente escolar,

possibilitando a construção de políticas e a avaliação de sua eficácia (BRASIL, 2016a).

Com base nas análises dos dados das inspeções de saúde bucal realizadas por meio do PSE em Cascavel, observa-se que a prevalência de alterações bucais no município foi de 36,88%. Compreendendo o ciclo Educacional Infantil, a frequência de alterações foi de 29,86%, sendo que os Distrito I e IV apresentaram a maior frequência relativa de alterações. O ensino fundamental I teve prevalência de 46,6% dessas alterações, e os distritos sanitários III e IV foram os que apresentaram maior frequência nessa variável. Respectivamente, o ensino Fundamental II apontou índices de 32,01%, correspondendo aos Distritos I e III com maiores índices de alterações. Por fim, o Ensino Médio apresentou a frequência de 29,01%, ficando a cargo dos Distritos I e III a maior frequência de alterações nesta variável.

No Brasil, 46,6% das crianças aos 5 anos de idade estão livres da cárie dentária, aos 12 anos, 43,5% apresentam a mesma condição em dentes permanentes. A média nacional de CEO-D (índice de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados) e CPO-D (índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) para as idades de 5, 12 e 15 a 19 anos foram, respectivamente, 2,43; 2,07 e 4,25. Segundo a classificação da OMS, para o país ser considerado com baixa incidência de cárie, o índice de CPO-D/CEO-D, aos 12 anos, deve estar entre 1,2 a 2,6 (BRASIL, 2012a).

Apesar do Brasil estar entre os países com baixa incidência em cárie, se observa grande disparidade entre suas regiões. Os maiores índices de CPO-D estão concentrados na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste, apresentando média geral de 3,16, 2,63 e 2,63, respectivamente, seguido das regiões Sudeste e Sul com taxas de 1,72 e 2,06 (BRASIL, 2012c).

Uma pesquisa realizada em Belém do Pará, quanto aos hábitos de higiene bucal em adolescentes, apontou índices de cáries de 58,54%, maior do que a média nacional. Tal índice revela a importância da realização de ações de promoção e de prevenção de saúde bucal, buscando diminuir as consequências provocadas pelos problemas bucais na qualidade de vida dos adolescentes (BARROS et al., 2015).

Os índices de cárie em Bayeux-PB também se apresentaram maior que a média nacional, apenas 32,1% das crianças de 5 anos foram identificadas com CEO-D igual a zero, ou seja, sem experiência de cárie. Aos 12 anos, o CPO-D apresentou média de 3,37 (80,9%) com experiência de cárie, revelando que há uma

tendência de crescimento da prevalência de cárie com o avançar da idade (AZEVEDO; VALENÇA; LIMA NETO, 2012). Tais dados corroboram com encontrados em Cascavel - PR, que demonstrou que o ensino Infantil apresentou índices menores de alterações bucais do que os ensinos posteriores.

Em Diadema – SP, a prevalência de cárie dentária em crianças avaliadas de até 5 anos foi de 20,3%. Compreendendo a faixa etária de 4 anos, o índice apresentado foi de 38,1%. Se tratando de lesões dentárias traumáticas, o percentual constatado foi de 20,1%. No estudo realizado, 51,3% da população estudada apresentou desgaste dentário erosivo. Os fatores associados a essas condições clínicas foram o aumento da idade e o número de filhos na família no que se refere à carie dentária, à presença de mordida aberta anterior e à saliência acentuada para os achados de lesões dentárias traumáticas, respectivamente, ao desgaste dentário erosivo, hábitos alimentares inadequados, uso de mamadeira e fator socioeconômico (TELLO et al., 2016).

Valores superiores aos encontrados em Cascavel - PR foram apresentados em pesquisa realizada com escolares de 12 anos em Araucária – PR, que apresentou índices de cáries em crianças do sexo feminino e masculino de 43,3% e 48,2%, respectivamente (BONOTTO, 2015).

De acordo com Figueiredo et al. (2017), 45,5% de escolares de 5 a 15 anos de idade residentes em uma zona rural do estado do Rio Grande do Sul apresentaram dentes cariados. 74,5% dos estudantes revelaram que receberam, dentro da escola, informações sobre higiene bucal. 40% das crianças de 7 a 14 anos revelaram não receber supervisão de seus responsáveis quanto à escovação dentária no domicílio. Os demais informaram que, por efeito dos responsáveis terem recebido orientações na própria escola acerca da saúde bucal e por serem menores de idade, em algum momento tiveram auxílio dos pais em domicílio. 52,72% do total de 55 crianças apresentou alterações devido à fluorose, indicando que a concentração de íons de fluoreto nas águas de abastecimentos, em sua maioria poços artesianos, não estavam dentro da normalidade.

Um estudo semelhante foi realizado na cidade de Água Santa – RS com escolares de 12 anos de escolas públicas. Os resultados revelaram que 30,8% dos estudantes não tinham informações sobre como evitar problemas bucais e 50,5% consideravam necessitar de algum tipo de tratamento (MORO et al., 2009).

Embora não ocorrendo análises dos índices de CPO-D nesta pesquisa, observa-se que a prevalência de problemas bucais foi menor em Cascavel - PR, considerando que 70,14% dos alunos do Ensino Infantil, 53,4% dos alunos do ensino Fundamental I, 67,99% dos alunos do Ensino Fundamental II e 70,99% dos alunos do Ensino Médio estavam sem alterações bucais e não necessitavam de procedimentos odontológicos.

Tais resultados podem estar associados à assistência odontológica realizada no município, que é composta por 34 clínicas odontológicas e dois Centros Especializados Odontológicos (CEO). Tanto as clínicas quanto os centros são compostos por cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares de consultório dentário, e essas equipes de Saúde Bucal desenvolvem ações de promoção, de prevenção e de recuperação em saúde bucal em todos os ciclos de vida; tais ações são realizadas nas unidades de saúde, na escola e na comunidade (SESAU, 2018).

Nas últimas décadas, observou-se expressiva redução do valor do CPO-D no Brasil. Em 1980, a média nacional era considerada muito alta, apresentando índices de 7,3. Medidas preventivas adotadas foram atribuídas aos fatores de redução desses dados. O uso de fluoretados nas águas de abastecimentos e a aplicação tópica nos dentes, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde odontológicos, a implantação da ESF, além da estruturação da Atenção Básica, que busca a priorização de ações de educação, de promoção e de prevenção em saúde bucal, resultaram nas mudanças do cenário nacional (AGNELLI, 2015).

Como medida de Saúde Pública, a Lei federal nº 6.050, de 24 de maio de 1974, torna obrigatória a fluoretação da água em sistemas de abastecimento público (BRASIL, 1974), o que foi regulamentado posteriormente pelo Decreto Federal nº 76.872, de 22 de dezembro de 1975 (BRASIL, 1975). O uso do flúor contribuiu significativamente na redução da prevalência e da severidade da cárie dentária. Entretanto, a concentração desse composto químico deve ser periodicamente avaliada para se manter em níveis adequados, garantindo a qualidade da água e da prevenção da cárie (RAMIRES; BUZALAF, 2007).

Diversos municípios não dispõem de água tratada, comumente municípios menores ficam excluídos do benefício da fluoretação. No ano 2000, 97,9% dos municípios brasileiros contavam com abastecimento de água, mas apenas 45% adicionavam flúor nos sistemas de abastecimento público, excluindo a população

dessa importante medida, o que certamente contribui para condições desiguais de saúde (ALVES et al., 2012).

Como medida para a prevenção e para o controle da cárie dentária, a fluoretação da água se constitui um método seguro, barato e eficaz. A disparidade entre as condições de saúde bucal nas regiões do Brasil revela a necessidade da fluoretação essencialmente em regiões menos desenvolvidas (GARBIN et al., 2017). As condições socioeconômicas contribuem para os impactos negativos da saúde bucal, haja vista que, quanto menor a renda, menor é a procura pelos serviços odontológicos, tornando a fluoretação da água uma importante estratégia para o controle de possíveis agravos a saúde. Essa é reconhecidamente uma ação de promoção da saúde, pois atua de forma global nas condições de vida das populações desencadeando consequente qualidade nas condições de saúde.

Ainda que os índices de CPO-D se encontrem em redução no Brasil, os valores mais elevados se apresentam nas regiões mais pobres, acometendo a população menos favorecida economicamente à maior prevalência dos problemas de saúde bucal (AGNELLI, 2015).

De acordo com Funasa (2012, p. 5),

O problema da cárie dental no Brasil assume dimensões que são determinadas pelas precárias condições socioeconômicas da maioria da população, as quais dificultam ou impedem o acesso à alimentação adequada, as informações sobre saúde, e até mesmo a produtos básicos de higiene bucal.

Nesse contexto, se encontram as regiões rurais que constantemente apresentam piores indicadores de renda, saneamento básico e níveis de escolaridade. Em Igaratinga- MG, as taxas de CPO-D foram mais elevadas na área rural, compreendendo todas as faixas etárias. A pesquisa relaciona o uso da fluoretação como possível fator para a desigualdade, já que no meio urbano existe água fluoretada contrariamente à área rural (SILVA; VARGAS; FERREIRA, 2009).

Na realidade estudada, achados demonstram que o Distrito que compreende a área rural teve maior prevalência de problemas bucais, tanto na educação Infantil como no Ensino Fundamental I, apontando a necessidade de maior suporte às comunidades rurais, para que se possam ampliar as medidas de prevenção e de atenção sobre a saúde bucal. Segundo dados do IBGE (2010a), em Cascavel – PR, o valor do rendimento nominal médio mensal rural no ano de 2010 foi de 2.326,73,

enquanto o valor referente ao rendimento urbano foi de 3.154,21, evidenciando a diferença socioeconômica existente.

Após a compreensão e a análise dos indicadores de saúde, é necessário desenvolver medidas que vão além dos aspectos biológicos, abrangendo o indivíduo e a sua comunidade como um todo, desenvolvendo políticas de saúde que englobem e compreendam a necessidade geral da população, para se reduzir possíveis desigualdades (MOTTA et al., 2016).

Outra vez, políticas públicas baseadas na universalidade, na equidade e na integralidade se fazem indispensáveis, oportunizando a população as mesmas condições de acesso aos serviços de saúde, às medidas preventivas e de tratamento. Ainda, a educação em saúde representa uma fundamental estratégia para a formação de comportamentos que promovam hábitos saudáveis e mantenham a saúde.

6.1.3 Saúde Ocular

Dentre os sentidos desenvolvidos pelo ser humano, a visão desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da criança. Alterações oftalmológicas têm impacto negativo no desenvolvimento das potencialidades físicas, cognitivas e sociais, além de prejudicar o rendimento escolar (OLIVEIRA, 2013). A acuidade visual é essencial no processo de educação e socialização infantil (CAVALCANTE JR et al., 2012).

A visão constitui o principal elemento de relacionamento com o mundo externo, e o desenvolvimento da sua função ocorre nos primeiros anos de vida. Qualquer grau de deficiência visual compromete a capacidade de orientação, de movimentação e de independência do indivíduo. Na idade pré-escolar, na ocasião em que a criança está iniciando o seu desenvolvimento escolar, as alterações na acuidade visual podem comprometer o relacionamento interpessoal e o conhecimento do mundo ao seu redor. A criança com cegueira ou baixa visão deve ser avaliada e acompanhada por profissionais da área da saúde e educação com o propósito de identificarem suas necessidades e suas potencialidades (BRASIL, 2000).

Escolares com alterações visuais podem apresentar dores de cabeça, tonturas, cansaço e olhos vermelhos, sintomas que frequentemente se acentuam ao ler, ao escrever e ao realizar atividades que necessitem esforço visual. Alterações visuais não identificados precocemente podem comprometer o processo de ensino e de aprendizagem, resultando no desinteresse e, conseqüentemente, na evasão escolar (BRASIL, 2008).

O PSE caracteriza a saúde ocular por ser um importante fator para detecção precoce de problemas de visão nos alunos, considerando que realiza triagem visual, encaminhamentos a serviços de saúde e educação em saúde aos escolares, contribuindo para a promoção e reabilitação dos problemas encontrados, possibilitando a prevenção de agravos mais complexos.

Professores aliados aos profissionais de saúde auxiliam na identificação de alterações visuais, proporcionando a diminuição dos custos em saúde e reduzindo os problemas de aprendizagem encontrados (OLIVEIRA et al., 2013). As ações em saúde realizadas na escola se mostram eficazes, visto que atingem uma ampla quantidade de escolares, proporcionando a prevenção e a detecção de condições subnormais da visão (CAVALCANTE JR et al., 2012).

O sucesso da intervenção de reabilitação dependerá, desde o momento do diagnóstico, da atuação intersetorial envolvendo profissionais da saúde, educação, indivíduo e família. Frequentemente, crianças que não foram diagnosticadas com problemas visuais podem apresentar maiores dificuldades no processo de escolarização e, em alguns casos mais graves, os escolares precisarão de apoio mais especializado, com recursos que promoverão o seu pleno desenvolvimento e aprendizagem. Poucas são as crianças cegas; em sua maioria, tem algum grau residual de visão; todavia, quando não diagnosticadas corretamente, são tratadas como as demais, impedindo-as de utilizar a visão residual no processo de desenvolvimento, conseqüentemente acometendo seu futuro e qualidade de vida (BRASIL, 2000).

A escola contribui para o enfrentamento dos obstáculos impostos pela deficiência, e se mostra grande aliada no processo de integração, trabalhando com questões relacionadas aos preconceitos e aos estigmas, se tornando um espaço de inclusão social (BRASIL, 2000).

Estima-se que, no mundo, 19 milhões de criança menores de 15 anos tenham problemas de visão. Desses, 12 milhões têm alterações devido a problemas

refrativos, ou seja, causas completamente tratáveis, e 1,4 milhões têm cegueira irreversível (WHO, 2012). Desde 1990, a prevalência mundial de problemas relacionados à visão vêm regredindo, fator que pode ser associado ao desenvolvimento socioeconômico, às estratégias de saúde pública, ao maior acesso a serviços oftalmológicos e à consciência da população sobre possíveis soluções relacionadas à saúde ocular. Não obstante, em 2015, 56% dos casos de cegueira ainda foram relacionados a causas tratáveis (FLAXMAN et al., 2017), revelando a importância de se investir em triagens, detecção precoce, promoção e prevenção de saúde.

No Brasil, a deficiência visual acomete 18,60% da população, sendo que 3,46% tem deficiência severa. Além disso, entre a faixa etária de 0 a 14 anos, 5,3% apresentam alguma alteração visual (BRASIL, 2012d).

Dados encontrados neste estudo apontam que 3.086 (12,81%) escolares foram diagnosticados com alterações na acuidade visual. A área rural do município de Cascavel - PR apresentou alta prevalência de alterações, que se concentravam nos ciclos de Ensino Infantil e Fundamental I. O Distrito urbano I também apresentou índices elevados, em que o ensino Infantil, Fundamental II e Ensino Médio foram os ciclos de ensino com maiores alterações. Os demais distritos não tiveram frequência relativa considerável entre os achados de alterações na saúde ocular, ficando a cargo do município maior atenção nas regiões nas quais os índices se mostraram elevados.

Estudos de avaliação da acuidade visual em crianças e adolescentes em idade escolar em municípios dos estados de SC, RJ, SP, CE, corroboram com os achados encontrados em Cascavel- PR. Em Herval D'Oeste – SC, 318 crianças foram avaliadas por meio da realização do Teste com a tabela de Snellen. Dos sujeitos do estudo, 30 (9,4%) apresentaram acuidade visual baixa, sendo encaminhados a consultas oftalmológicas. Dessa amostra, 06 crianças não compareceram ao especialista, 19 necessitaram de correção óptica e os demais já faziam uso de lentes corretivas (OLIVEIRA et al., 2013). No município de Barra do Piraí – RJ, 166 crianças passaram por triagem da acuidade visual pelo PSE, revelando que 21 (12,7%) escolares apresentaram déficit de acuidade visual (BRAGA; RODRIGUES, 2014). Em Blumenau - SC, 463 crianças também passaram por avaliação da qualidade visual, por meio do teste de Snellen, identificando-se 63 (13,6%) com alteração nessa variável. Já em Presidente Prudente – SP, 726

crianças participaram do estudo, das quais 100 (13,8%) apresentaram baixa acuidade visual (DAN, 2015). No município de Icapuí – CE, verificou-se que 73 (14,6%) dos 499 alunos que foram examinados por meio da Tabela de Snellen apresentavam alguma dificuldade na visão (AMORIN; RÓSEO; FERREIRA, 2013). Um estudo apresentando frequência de alterações maiores foi realizado em Patos de Minas – MG, no qual 38 (20,87%) crianças, de um montante de 182 que passaram por triagem oftalmológica, apresentaram baixa acuidade visual (FIGUEIREDO et al., 2015). Esses dados divergem da pesquisa realizada em Barcelos – AM, que avaliou 1.050 estudantes da rede pública de ensino, apresentando índices de apenas 66 (6,3%) alunos pesquisados com deficiência na acuidade visual (RÉGIS-ARANHA, 2017).

Visando à identificação e à correção de alterações visuais em 100% dos escolares do ciclo fundamental (1º ao 9º ano) e do Programa Brasil Alfabetizado, da rede pública de ensino, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, implantou em 2007 o Projeto Olhar Brasil, que amplia o acesso dessa população a consultas oftalmológicas, aumenta a demanda de oftalmologistas no SUS, oferta óculos corretivos sempre que necessário e realiza triagens oftalmológicas nos escolares em parceria com o PSE. Da mesma forma, busca contribuir para a redução das taxas de repetência e evasão escolar (BRASIL, 2012e).

A partir de todos os dados apresentados, trona-se evidente a necessidade de implementação de programas públicos que abranjam a saúde ocular, considerando a redução dos impactos negativos que tal deficiência pode acarretar. Como já observado, a realização do diagnóstico precoce, somada aos encaminhamentos para possíveis tratamentos, são fundamentais para a manutenção do bom desenvolvimento escolar e da vida cotidiana.

Medidas educativas e de formação aos profissionais que diretamente estão realizando ações acerca da saúde escolar se fazem necessárias, ressaltando a importância de medidas preventivas e promotoras da saúde, considerando o alto índice de associação do comprometimento da visão ao desenvolvimento infantil (NASCIMENTO; GAGLIARDO, 2016).

Ações educativas empoderam os indivíduos para o entendimento a respeito da saúde ocular. Ademais, estimulam a busca da resolução das alterações visuais e

contribuem para a promoção da saúde, se tornando uma importante estratégia para a manutenção e o bom desenvolvimento de saúde.

6.2 COMPONENTE II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos

A promoção da saúde pode ser entendida como a redução das vulnerabilidades individuais e dos fatores que colocam a saúde da população em risco, por meio de estratégias integradas que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Tudo isso contribui para a apropriação da população sobre morbidade, orientando medidas preventivas de saúde, estimulando hábitos de vida saudáveis, reduzindo os anos perdidos por incapacidades e consequentemente aumentando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2006, 2010, 2011b).

A educação em saúde é um eixo estratégico para realizar a promoção e prevenção da saúde e destina-se ao conhecimento do processo saúde-doença, aos fatores de risco e proteção à saúde, o que possibilita ao indivíduo refletir sobre seus hábitos, sendo capaz de modificá-los. A educação em saúde deve ser ofertada intersetorialmente, por profissionais de saúde da educação (BRASIL, 2016a).

A escola é um importante espaço para a construção do conhecimento e para a socialização dos saberes à sociedade, proporcionando direta ou indiretamente a melhoria das condições de vida da coletividade (PEREIRA NETO et al., 2016).

O PSE prevê a melhoria da qualidade de vida dos educandos por meio das ações de promoção e de prevenção de saúde, a partir da discussão de temas prioritários como: Promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável; Cultura de paz e de direitos humanos; Saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de Saúde Mental no contexto escolar em articulação com o GTI municipal e Direito sexual e reprodutivo e prevenção das DSTs/AIDS; Prevenção ao uso do álcool, tabaco, crack e outras drogas (BRASIL, 2015a).

Por meio dos resultados das ações realizadas no Componente I do PSE, observa-se a necessidade de medidas de promoção à saúde e prevenção de agravos para que os índices de alterações encontrados diminuam. Em todas as vertentes, constatou-se a importância dessas ações para que o indivíduo, a família e

a comunidade modifiquem o meio em que vivem e optem por escolhas mais favoráveis à saúde.

No município em estudo, os dados avaliados por meio do Simec referentes ao componente II apontam que os temas obrigatórios pactuados e que foram trabalhados sobre promoção da saúde e prevenção de agravos foram ofertados para mais de 90% dos alunos pactuados. 61,73% dos alunos matriculados no Ensino Infantil receberam ações de Promoção da Segurança Alimentar e da Alimentação Saudável. Com relação aos educandos do Ensino Fundamental I e II, os índices foram menores, 48,5% dos alunos matriculados receberam essa ação de promoção a saúde. A média se manteve em declínio, pois, em referência aos alunos matriculados no Ensino Médio, 16,41% receberam alguma ação sobre a temática.

Em se tratando da ação de promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos, todos os alunos pactuados, compreendendo a Creche, Pré-Escola e Ensino Médio, receberam tal ação. Em referência ao Ensino Fundamental I e II, o tema foi ofertado para 91,48% alunos pactuados. De acordo com os alunos matriculados, também se observa o decréscimo conforme os níveis de ensino: 63,38% dos alunos do Ensino Infantil, 47,69% dos educandos do Ensino Fundamental e 10,08% dos alunos do Ensino Médio tiveram acesso a essa ação do PSE.

Com relação às ações optativas realizadas, no Ensino Infantil, 35 alunos foram pactuados para receber ação de promoção das Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer nas Escolas. Desses, 15 (42,86%) alunos dispuseram desse tema, equivalendo a 0,28% dos alunos matriculados nesse ciclo de ensino nas escolas do município. Índices semelhantes foram apontados para a Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável, nos quais apenas 35 alunos foram pactuados e 20 (57,14%) receberam essa ação. Em referência aos alunos matriculados, 0,37% dos alunos do ensino Infantil receberam essa atividade.

Frequência maiores foram encontradas para o tema optativo *SPE: Direito Sexual e Reprodutivo e Prevenção de DST/AIDS*. 15.803 (91,34%) alunos pactuados do Ensino Fundamental receberam essa ação, atingindo 48,04% dos alunos matriculados no município. No caso do Ensino Médio, 100% dos alunos pactuados tiveram acesso a essa temática, atingindo 14,49% dos educandos matriculados nesse ciclo de ensino. Ainda com referência às ações preventivas, 14.797 (88,04%) alunos pactuados no ensino Fundamental e 2.024 (100%) dos alunos pactuados do Ensino Médio receberam ação de *SPE: prevenção ao uso de*

álcool, tabaco, crack e outras drogas, equivalendo, respectivamente, a 44,98%, 16,23% dos alunos matriculados em Cascavel - PR.

Nenhuma escola foi pactuada para trabalhar com a temática *SPE: formação de jovens multiplicadores para atuarem nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS*. As ações educativas permitem que os jovens atuantes compreendam sobre os assuntos a serem trabalhados, possibilitando-lhes compartilhar os seus saberes com os demais alunos. Essa ação possui grande relevância, considerando que, possibilita que os educandos se expressem e problematizem sobre o tema com desinibição e entre si.

Os dados de pactuação disponíveis no Simec divergem com os dados encontrados no Termo de Compromisso. Conforme o termo, 28.930 alunos seriam pactuados a receberem ações de Promoção da Segurança Alimentar e da Alimentação Saudável e promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos. Além do mais, 25.587 alunos seriam pactuados para as ações de *SPE: prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas* e *SPE: Direito Sexual e Reprodutivo e Prevenção de DST/AIDS*. Também, 1.266 alunos estariam pactuados para a *Estratégia NutriSUS – Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes* e 85 escolas deveriam promover ações de *Promoção da saúde mental no território escolar: criações de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal*. Conforme documentos oficiais (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2016b), Cascavel recebeu 20% do teto de recursos financeiros referente à pactuação dos anos 2014/2015. O restante do repasse ocorreria após o alcance de 80% das metas previstas pelo PSE. Os dados apresentados no Simec revelam que algumas atividades pactuadas no Termo de compromisso não foram realizadas.

Alguns estudos demonstram que a promoção de saúde é uma estratégia necessária e que interfere de forma positiva no desenvolvimento infantil, influenciando os hábitos de vida futuro, proporcionando menores riscos relacionados à saúde, diminuindo agravos e aumentando a qualidade das condições de vida (PEREIRA NETO et al., 2016; FAIAL, 2016; CARDOSO; RODRIGUES, 2016).

Ainda assim, sugere-se maior número de estudos descrevendo a efetividade das ações de Promoção de Saúde (TEIXEIRA et al., 2014; FAIAL; 2016). Alguns indicam o sucesso por meio da interação e do interesse dos escolares a participarem das abordagens promotoras de saúde (PIANTINO et al., 2016;

CARNEIRO et al., 2015). Martins et al. (2016) e Doria et al. (2017) apontam como resultados favoráveis de uma intervenção de promoção da saúde a participação social, o trabalho em equipe, a equidade, a autonomia nas escolhas e o empoderamento de transmitirem o conhecimento adquirido. Em adição a esses dados, Queiroz et al. (2016) concluíram que atividades educativas trouxeram esclarecimentos, autorreflexão e autonomia aos indivíduos. Carneiro et al. (2015), por sua vez, relatam, de forma positiva, a compreensão e o conhecimento dos alunos sobre a temática trabalhada, após a realização de educação em saúde.

O trabalho educativo tem impacto construtivo na atenção à saúde. Quando trabalhado de forma a respeitar a realidade dos educandos, é capaz de trazer grandes feitos para a obtenção de melhores condições de vida e para a promoção de vida saudável (CARDOSO; RODRIGUES, 2016).

A escola é um espaço de interação, de parcerias, de construção de práticas que envolve saúde, educação, famílias e a comunidade. É no período escolar que as crianças revelam suas necessidades para o autocuidado, o respeito e as interações sociais. É importante encorajar os alunos para serem sujeitos sociais, capacitando-os para cuidar de si de forma integral, por meio da educação, refletindo em promoção e proteção da própria saúde e do meio em que vivem (CORRÊA et al., 2015).

O trabalho intersetorial e a capacitação dos profissionais envolvidos são indispensáveis para garantir as ações promotoras de saúde. Observa-se que a ausência desses processos dificulta a operacionalização do trabalho intersetorial e do desenvolvimento do programa. Por outro lado, constatou-se o empenho dos profissionais a fim de proporcionar a melhor efetividade do PSE (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017).

O ambiente escolar é um espaço favorável para promoção de saúde e prevenção de agravos, sendo fundamental que atividades intersetoriais estejam inseridas nas práxis dos profissionais, contribuindo para a construção de saberes, refletindo em políticas de saúde mais efetivas.

6.3 COMPONENTE III – Formação Profissional

Os profissionais da saúde e da educação têm papel fundamental na educação em saúde dos escolares, construindo meios de formação integral, com vistas à

construção de melhores condições de vida desse público. Para que isso ocorra, é importante que os atores envolvidos tenham a compreensão dos objetivos propostos pelo programa, igualmente, amplo conhecimento sobre as demandas de saúde a serem trabalhadas na comunidade escolar.

Encontros e capacitações entre saúde e educação devem ser potencializados, para que os profissionais se mantenham preparados e seguros para desenvolver as atividades que contribuam para a promoção da saúde.

Estudos apontam a dificuldade dos profissionais em realizarem ações promotoras da saúde, devido à falta de capacitações e à insegurança para abordar certas questões. Camossa, Telarolli Junior e Machado (2012) demonstram as objeções dos profissionais de saúde em trabalharem com questões alimentares, manifestando o despreparo e a necessidade por demanda de capacitações no âmbito nutricional. Ainda, revelam que, frequentemente, ofertam orientações de forma rápida, simplificada e pouco prática, sendo passível da não adesão dos sujeitos. Já Piccoli, Johann e Corrêa (2010) revelam que a maioria dos professores buscam se atualizar por meio do livro didático e da internet, do mesmo modo, trabalham questões alimentares com enfoque na biologia, contrariando as discussões atuais dos programas voltados à educação alimentar, que discutem abordagens interdisciplinares, compreendendo aspectos culturais e sociais.

Profissionais da educação julgaram insuficiente a capacitação recebida no âmbito da saúde; todavia, não deixaram de trabalhar a temática proposta. Outros docentes revelaram procurar novas estratégias para preencher a lacuna da formação. Os professores reconhecem a importância de se trabalhar com saúde, mas a carência de educação continuada reflete negativamente em suas práticas. Outrossim, observa-se uma prática desarticulada e individual com o planejamento escolar para propagar as atividades pedagógicas (SANTOS et al., 2016).

A formação profissional também foi relatada por educadores como escassa, referenciando as temáticas que envolvem a promoção a saúde (SILVA-SOBRINHO et al., 2017). Educadores conseguem observar os principais agravos à saúde, contudo, não são capacitados para lidar com as diferentes situações encontradas. A não capacitação propicia a insegurança ou a conduta inadequada frente às diversas condições enfrentadas (MACHADO et al., 2016).

Silvestre et al. (2016) revelam que em apenas uma das escolas analisadas havia um plano de aula para a realização das atividades do PSE. Com relação ao

processo de capacitação, os professores entrevistados de todas as escolas avaliadas negaram receber quaisquer qualificações a respeito das atividades propostas pelo PSE.

Mediante os dados encontrados no Simec, constatou-se que nenhuma ação de formação aos profissionais da área da saúde e da educação envolvidos com o PSE neste município foi concretizada e/ou não foram alimentadas no sistema de monitoramento, corroborando com os estudos acima descritos que revelam a carência ou inexistência da qualificação profissional.

A qualificação profissional é necessária, pois permite a troca de experiência e vivências entre os indivíduos envolvidos. Diversos são os desafios a serem vencidos frente às ações de educação em saúde no espaço escolar, como promover a compreensão dos professores acerca das ações de saúde na escola, e incentivar que trabalhem de forma interdisciplinar, objetivando a potencialização dos resultados dessas ações (ALFING; SILVA; BOFF, 2016).

Segundo Silva-Sobrinho et al. (2017), os profissionais da saúde se colocam como os responsáveis pelas ações de promoção da saúde; já os docentes se mostram menos participativos, avaliando suas ações restritas e pontuais ao programa. Jacó et al. (2014) apuraram o restrito conhecimento sobre o PSE por parte dos profissionais entrevistados, além da necessidade de estratégias voltadas a eles, em consequência da efetivação do programa.

Diversos são os mecanismos propostos para a qualificação profissional proposto pelo programa. Dentre eles, citam-se: oficinas, EAD, apoio institucional da esfera federal aos estados e municípios, educação permanente em referência aos amplos temas de promoção e prevenção a saúde, além de cadernos temáticos disponibilizados impressos e online a todos os municípios que aderem ao PSE (BRASIL, 2015a).

O processo de formação dos profissionais envolvidos no PSE é um compromisso das três esferas de governo, devendo ser trabalhada de maneira contínua e permanente. O trabalho integrado é fundamental para a educação em saúde, tornando-se uma prática capaz de vencer os obstáculos da intersetorialidade (BRASIL, 2015a).

Perante o exposto, fica claro que a formação dos profissionais deve ser planejada e executada na expectativa de que o programa atinja os seus objetivos e de fato seja efetivado. A formação dos profissionais permite o empoderamento da

comunidade escolar, proporcionando a compreensão da saúde como um processo socialmente produzido, levando ao pleno desenvolvimento do educando, lhes dando condições para optar por meios mais favoráveis de vida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSE se mostra uma política pública intersetorial inovadora que propõe impactar de forma positiva nas condições de vida e saúde dos escolares da rede pública de ensino, por meio de ações assistenciais e educativas nas escolas e unidades de saúde, compreendendo a prática intersetorial entre saúde e educação, articulando saberes para a construção dos conhecimentos, a fim de atingir seus objetivos de formação e atenção integral a saúde dos alunos.

Dentre as ações avaliadas neste cenário pelo PSE, identifica-se que o Componente I, das avaliações das condições de saúde dos escolares, apresentou níveis reduzidos de baixo peso, em concordância com a média nacional que se encontra em declínio. Para tanto, investimentos socioeconômicos, ampliação dos serviços básicos de saúde, educação, saneamento, além de políticas sociais com intuito de auxiliar as famílias que se encontram em situação de pobreza a superar esta condição são estratégias que vêm se mostrando eficazes para o controle do baixo peso e desnutrição. Em contrapartida, é notório o aumento do sobrepeso em todo o território nacional, demonstrado por outros estudos que corroboram com o diagnóstico nutricional de sobrepeso encontrado nos escolares de Cascavel-PR. É imprescindível, então, nesse contexto, aprimorar e investir em estratégias de promoção da segurança alimentar e alimentação saudável, ampliando medidas sustentáveis como a alimentação proveniente da agricultura familiar, hortas escolares e municipais, objetivando maior qualidade nutricional nas merendas ofertadas na rede pública de ensino, conjuntamente, ofertando educação em saúde sobre esta temática a todos os escolares e formação sobre tal assunto aos profissionais envolvidos no PSE.

Avaliando os resultados do componente I, infere-se que é indispensável o investimento em educação em saúde bucal para a comunidade escolar, compartilhando esses conhecimentos com os familiares e com a comunidade, a fim de modificar os comportamentos não favoráveis a saúde. Verificou-se que os achados compreendendo a saúde bucal dos escolares desse município atingiram níveis menores do que o índice nacional, podendo associar tal resultado à ampliação da assistência odontológica na APS, considerando que ela tem o intuito de promover, prevenir e recuperar a saúde bucal de toda a população residente. Sugere-se, diante disso, que os gestores intensifiquem as ações de saúde bucal na área rural, a qual teve prevalência elevada de alterações, atentando-se aos indicadores de renda, aos serviços de saneamento básico e ao sistema de

abastecimento de água que devem dispor do benefício da fluoretação. Igualmente, indica-se maior suporte ao Distrito urbano III, que também apresentou índices elevados de alteração nesta variável, cabendo aos gestores observar se não há concentração de vulnerabilidades sociais nesta área que possam estar relacionadas a estes achados.

Em conclusão aos resultados do Componente I, constatou-se que a saúde ocular é fundamental para o desenvolvimento da criança e para o rendimento escolar. Alterações visuais não identificadas podem comprometer as potencialidades físicas, cognitivas e sociais dos indivíduos. 3086 crianças e adolescentes avaliados por este estudo apresentaram alterações na acuidade visual, em atenção à frequência alta de alterações apresentadas pelo Distrito Rural e Urbano I, que indicaram níveis elevados de alterações para o Ensino Infantil e Fundamental. Políticas públicas que incluam a saúde ocular são fundamentais para que se possa obter o diagnóstico precoce dessa deficiência. Destarte, assegurar a atenção integral à saúde objetivando que a baixa acuidade visual não implique no desenvolvimento pessoal e escolar e em dificuldades que reflitam em más condições de vida aos educandos. Evidencia-se que a formação profissional se faz necessária, para que identifiquem os alunos com dificuldades visuais e os conduzam aos serviços de saúde que possam contribuir para a resolutividade desta adversidade, cumprindo o princípio da integralidade.

No que tange ao Componente II, promoção da saúde e prevenção de agravos, as ações obrigatórias e realizadas propostas pelo PSE foram ofertadas para mais de 90% dos alunos pactuados. As temáticas mais trabalhadas foram promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, similarmente, promoção da cultura de paz e direitos humanos. Verificou-se que os temas opcionais ofertados aos escolares e que atingiram índices expressivos de alunos pactuados foram *SPE: direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/AIDS*, assim como *SPE: prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas*. Contudo, as ações de promoção das práticas corporais; atividade física e lazer nas escolas, e promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável - as quais favorecem de forma significativa a promoção da saúde, bem como a redução de níveis de sobrepeso, conseqüentemente, melhorando as condições de vida dos escolares - foram pactuadas para apenas uma escola e foi ofertada respectivamente para 15 alunos, compreendendo a primeira ação, e 20 alunos para

a segunda. Do mesmo modo, ações de Promoção da saúde mental no território escolar e Estratégia NutriSUS, que teriam sido pactuadas no termo de compromisso, não foram realizadas, assim como nenhuma escola foi pactuada para trabalhar com *SPE: formação de jovens multiplicadores para atuarem nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS*, que se mostra uma prática interessante, haja vista que o próprio aluno pode atuar no debate da temática proposta. Diante do exposto, propõe-se aos gestores o aumento das práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A escola é o espaço ideal para se construir um conjunto de saberes, oportunizando trocas de experiências, vivências e a interação cultural, contribuindo para possíveis mudanças nos hábitos, valores e na construção dos educandos como sujeitos sociais, auxiliando-os para uma vida digna em que possam usufruir de todos os seus direitos fundamentais. A educação em saúde favorece a promoção da saúde e a prevenção de agravos e possibilita que, por meio do conhecimento, os indivíduos realizem a reflexão sobre seus hábitos e possam optar por escolhas mais saudáveis, contribuindo para a melhora da qualidade de vida pessoal e do meio em que vivem. Conclui-se, desse modo, que a intersetorialidade deve estar presente em todas essas estratégias, mediante à realização da formação e a atenção integral, compreendendo todas as necessidades dos alunos, deste modo, atingindo os objetivos do PSE.

Por fim, constatou-se que nenhuma ação prevista no Componente III, formação profissional, foi realizada ou não foram alimentadas adequadamente no Simec, não sendo possível avaliar como atividades executadas. Esses dados corroboram com estudos referidos nesta pesquisa e que apontam carência ou inexistência da qualificação profissional no PSE.

Para que o PSE se concretize efetivamente, é fundamental que os profissionais que nele atuam estejam preparados para trabalhar nesta ampla política pública, que aborda diversas ações e compreende inúmeros profissionais, que se deparam com distintas demandas. A qualificação é necessária para que possam conduzir, de forma eficaz, as adversidades encontradas e, sobretudo, empoderar os educandos a modificar suas escolhas que podem impactar em seu bem-estar e da sociedade em que vivem.

Ao fim desta pesquisa, pretende-se um diálogo com os gestores municipais, com a intenção de apresentar a situação de saúde dos escolares, bem como o

desenvolvimento do PSE no município e as possíveis intervenções em benefício dos educandos e para o fortalecimento deste programa.

Sugere-se que haja a ampliação dessa política de saúde escolar com intuito de alcançar números maiores, considerando que 47,48% do total de alunos matriculados foram beneficiados pelo programa. Além disso, incentiva-se a pactuação das ações de triagem auditiva e avaliação da linguagem oral, visando identificar precocemente a perda auditiva e os distúrbios da fala e linguagem, minimizando os efeitos deletérios destas alterações na qualidade de vida dos educandos. Não menos importante, reforça-se a necessidade de avaliação de doenças em eliminação causadas por agentes infecciosos e parasitas nesse público. Especialmente importante será o investimento na formação e no treinamento para a atuação no programa, pois, em alguns momentos, os dados disponíveis para sistematização e análise sugeriam discrepâncias nos métodos para a coleta de dados, o que impacta negativamente, pois desqualifica as ações e compromete a qualidade das análises e, conseqüentemente, fragiliza a proposição, por parte da gestão municipal da saúde e demais setores, de políticas e ações para enfrentar as condições identificadas.

A partir das considerações feitas, dos dados selecionados e analisados, elaborou-se um artigo científico (Apêndice I), o qual será submetido à Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde (RIES), Qualis B1 na área interdisciplinar, cujas normas podem ser aferidas no Anexo II.

8. REFERÊNCIAS

ADDINSOFT. **Software XLSTAT Versão Anual 2017.19.02**. Licença ID 43894 (Node-lock).

- AGNELLI, P. B. Variação do índice COPD do Brasil no período de 1980 a 2010. **Rev. bras. Odontol.** Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 10-5, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/549/446>>. Acesso em: 11 jan. 2018.
- ALVES, L. F. F; MARCOLINO, F. F. Educação alimentar e nutricional na perspectiva da atenção primária a saúde. **Rev. APS**, v. 17, n. 2, p. 180-188, abr./jun. 2014. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/download/1916/801>>. Acesso em: 6 jan. 2017.
- ALVES, R. X. et al. Evolução do acesso à água fluoretada no Estado de São Paulo, Brasil: dos anos 1950 à primeira década do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, Sup: S69-S80, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012001300008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 jan. 2018.
- ALFING, C. E. S; SILVA, C. C; BOFF, E. T. O. A formação continuada nos programas de saúde escolar: relato de experiência. **XVII Jornada de Extensão**, 2016. Disponível em: <<https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/viewFile/6478/5254>>. Acesso em: 27 jan. 2018.
- AMORIN, R. S; RÓSEO, F. F. C; FERREIRA, M. L. L. Avaliação da acuidade visual de escolares de uma cidade do Ceará. **Anais do 12 Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**. Belém- PA mai./jun. 2013. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/536>> Acesso em: 22 de jan. 2018.
- ANDRADE, L. B. P. **Educação Infantil**: discurso, legislação e práticas institucionais. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/109136/ISBN9788579830853.pdf?sequence=2&isAllowed=y>> Acesso em: 17 de jul. 2016.
- ANDRADE, et al. Intervenções escolares para a redução da obesidade infantil: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde**. v. 8, n. 2, p. 72-78, mai./ago. 2015. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8Rch_gNZm0IJ:revistaseltronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/download/19790/13475+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=safari>. Acesso em: 2 jan. 2017.
- ARAGAO, C. S. A prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da cidade de Rio Branco - AC. São Paulo. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. v. 9, n. 53, p. 170-175, set./out. 2015. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/378>>. Acesso em: 3 nov. 2017.
- ARAUJO et. al. O impacto da educação alimentar e nutricional na prevenção do excesso de peso em escolares: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v. 11, n. 62, p. 94-100, mar./abr. 2017. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/494>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

ARGENTINA. Ministério de Salud de la Nación. Secretaria de Salud Comunitaria. Programa Nacional de Salud Escolar – PROSANE. **Situación de salud de niños, niñas y adolescentes en la Argentina**. Argentina: Ministério de la Salud de la Nación; 2015. Disponível em: <<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000929cnt-situacion-ninos-adolescentes-agosto-2015.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2017.

ARGENTINA. Ministério de Salud de la Nación. Secretaria de Salud Comunitaria. Programa Nacional de Salud Escolar – PROSANE. **Análisis de la situación de salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas de nivel primario de la república Argentina**: Reporte 2014. Argentina: Ministério de Salud de la Nación, 2016. Disponível em: <<http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/229-programa-de-sanidad-escolar>>. Acesso em: 30 maio 2017.

ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC, 2015.

AZEVEDO, A. C; VALENÇA, A. M. G; LIMA NETO, E. A. Perfil epidemiológico da cárie em escolares de 5 e 12 anos residentes no Município de Bayeux, Paraíba. **Arq Odontol**. Belo Horizonte, v. 48, n. 2, p. 68-75, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v48n2/a02v48n2.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARROS, J. P. P; LUZ, P. C. M. Saúde na Escola: que discursos circulam entre profissionais de saúde e educação? **Artes de Educar**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 115-132, p. 115-132, fev./maio. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/riae/article/view/10340/11835>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

BARROS, W. R. C. et al. Prevalência da cárie dentária na adolescência em Belém do Pará: uma perspectiva amazônica. **Adolsc. Saúde**. v. 12, n. 2, p. 59-68, abr./jun. 2015. Disponível em: <Prevalência da cárie dentária na adolescência em Belém do Pará: uma perspectiva amazônica>. Acesso em: 08 de jan. 2018.

BATISTA, M. S. A; MONDINI, L; JAIME, P. C. Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saude**. Brasília, v. 26, n. 3, p. 569-578, jul./set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000300569&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 9 nov. 2017.

BERTOLLI FILHO, C. B. **História da Saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003.

BLOCH, K. V. et al. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**. v. 50 (supl 1): 9s, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006685.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.

BONOTTO, D. M. V. et al. Cárie dentária e gênero em adolescentes. **RFO**. Passo Fundo, v. 20, n. 2, p. 202-207, maio/ago. 2015. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/4953>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BORSOI, A. T; TEO, C. R. P. A; MUSSIO, B. R. Educação alimentar e nutricional no ambiente escolar: uma revisão integrativa. **RIAEFE**, v. 11, n. 3, p. 1441-1460, 2016. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/7413>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRAGA, M. S; RODRIGUES, D. C. G. A. A avaliação da acuidade visual do escolar no programa saúde na escola: Proposta de vídeo para orientação docente. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 7, n. 1, mai. 2014. Disponível em: <<http://ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/212>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

BRASIL. **Lei nº 6.050 de 24 de maio de 1974**. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Brasília, 1974. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6050.htm>. Acesso em: 16 jan. 2018.

_____. **Decreto nº 76.872 de 22 de dezembro de 1975**. Regulamenta a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos e abastecimento. Brasília, 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d76872.htm>. Acesso em: 16 jan. 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. Secretaria de Educação a Distância. Cadernos da TV Escola. **Deficiência Visual**. Secretaria de Educação a Distância. Cadernos da TV Escola, Brasília 2000. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/deficienciavisual.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.

_____. **Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras da saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Projeto Olhar Brasil: Triagem de acuidade visual manual de orientação**. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1863-pse-manual-olharbrasil&Itemid=30192>. Acesso em: 21 jan. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**, Brasília: CONASS; 2009a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. **Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nºs 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm>. Acesso em: 22 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_passo_adexaoPSE2014.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo Programa Saúde na Escola (PSE): tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 11 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

_____; Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE); Coordenação Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Manual Orientação para Alimentação Escolar na Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio e na Educação de Jovens e Adultos.** Brasília: Ministério da Educação, 2012b. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/arquivos/category/110-alimentacao-e-nutricao?download=7669:manual-de-orientacao-sobre-alimentacao-escolar-nas-diferentes-etapas-de-ensino>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde 2012c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Coordenação –Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. **Cartilha do Censo 2010 Pessoa com Deficiência.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Coordenação –Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência 2012d. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/cartilha-do-censo-2010-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

_____. **Portaria nº 2.299 de 3 de outubro de 2012.** Redefine o Projeto Olhar Brasil. Brasília, 2012e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/pri2299_03_10_2012.html>. Acesso em: 22 jan. 2018.

_____. **Portaria nº 1.413 de 10 de julho de 2013.** Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html>. Acesso em: 25 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola: passo a passo para adesão.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_passo_adexaoPSE2014.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. **Portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, 2014b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 15 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno do Gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2016.

_____. **Portaria nº 1.067 de 23 de julho de 2015**. Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola em 2014 e os habilita ao recebimento de 20% do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e da outras providencias. Brasília, 2015b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1067_23_07_2015.html>. Acesso em: 12 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos temáticos do PSE- Promoção da Saúde Bucal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, Brasília 2016a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2018.

_____. **Portaria nº 2.744 de 16 de dezembro de 2016**. Habilita Municípios ao recebimento de recursos financeiros correspondente aos 80% do alcance de metas relativas as ações do Programa Saúde na Escola 2014/2015. Brasília, 2016b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2016/dia19/portaria2744.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017**. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, 2017a.

_____. **Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle – SIMEC**. Brasília, 2017b. Disponível em: <http://simec.mec.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014>. Acesso em: 19 nov. 2016.

CAMOSSA, A. C. do A; TELAROLLI JUNIOR, R; MACHADO, M. L. T. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 25, n. 1, p. 89-106, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000100009>. Acesso em: 24 jan. 2018.

CAMPOS, G. V; BARROS, R. B; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a07>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CARDOSO, S. M. M; RODRIGUES, A. P. Promoção da saúde a partir das demandas relacionadas à higiene e saúde na escola. **Revista de Ciência e Inovação do IF Farroupilha**. v.1, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.iffarroupilha.edu.br/index.php/cienciainovacao/article/view/99>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

CARNEIRO, R. F. et al. Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. **SANARE**. Sobral, v. 14, n. 1, p. 104-108, jan./jun., 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/617>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

CARVALHO, S. R; GASTALDO, D. Promoção a saúde empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalistas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n. 2, p. 2020-2040, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000100014>. Acesso em: 19 nov. 2016.

CASCAVEL. Secretaria de Saúde. Concelho Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Cascavel: Secretaria de Saúde, 2014. Disponível em: <[http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/04062014_plano_de_saude_2014_2017\(1\).pdf](http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/04062014_plano_de_saude_2014_2017(1).pdf)>. Acesso em: 29 jul. 2016.

CASCAVEL. Secretaria da Educação. **Plano Municipal de Educação**. Cascavel: Secretaria da Educação, 2015. Disponível em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/semmed/subpagina.php?id=1480>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

CAVALCANTI JUNIOR, J. et al. Acuidade visual e suas implicações para o rendimento escolar de crianças. **Rev enferm UFPE on line**, v.6, n. 11, p. 2713-8, nov. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/7639/7601>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

CAVALCANTI, P. B; LUCENA, C. M. F; LUCENA, P. L. C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Texto e Contexto**. Porto Alegre; v.14, n. 2, p. 387-402, ago./dez. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/21728/13961>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

COLAFRANCESCHI, M; FAILACHA, E; VIGORITO, A. **Desigualdad multidimensional y dinámica de la pobreza en Uruguay en los años recientes**. Uruguay: Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República, 2013. Disponível em: <<http://www.uy.undp.org/content/dam/uruguay/docs/cuadernosDH/CUADERNO%20DH02.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

CORRÊA, P. M. et al. Vivências em promoção da saúde: articulando saberes com estudantes de escolas públicas. **Extensio**. Florianópolis, v. 12, n 19, 14-24, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2015v12n19p14>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

COSTA, G. M; FIGUEIREDO, R. C; RIBEIRO, M. S. A importância do enfermeiro junto ao PSE nas ações de educação em saúde em uma escola municipal de Gurupi-TO. Araguaína. **Revista Científica do ITPAC**. v. 6, n. 2, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.itpac.br/arquivos/Revista/62/6.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

DALLA COSTA et al. Sobrepeso como fator de risco para hipertensão em escolares de município paranaense. **Varia Scientia – Ciências da Saúde**. v. 2, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/download/14313/10050>> Acesso em: 11 jan. 2018.

DAN, V. J. L. Prevalência de baixa acuidade visual em escolares do oeste paulista. **Rev Urutáguia – academia multidisciplinar – DSC/UEM**, n. 33, mai. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/view/25477>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

DIAS, M. S. A; et al. Programa Saúde na Escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. Sobral. **SENARE**. v. 13, n. 1, p. 29-34, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/428/283>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DORIA, N. G. et al. A experiência de uma horta escolar agroecológica como estratégia interativa e criativa de promoção da saúde. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**. v. 12, n. 1, p. 69-90, 2017. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/23788#.WnNo9dv9sUs>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

DUTRA, G. F. et al. Hábito de assistir à televisão e sua influência sobre a atividade física e o excesso de peso infantis. **J Pediatr (Rio J)**. v. 91, n. 4, p. 346-351, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=399741524007>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

ERDMANN, M.F. **Reconstituição histórica da Saúde Escolar em Cascavel**. 1997, 58f. Monografia (Especialização). Curso de Especialização em Saúde Pública. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, 1997.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 385-434.

SCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 333-385.

FAGNANI, E. **Política Social no Brasil (1964-2002):** entre a cidadania e a caridade. 587f. Tese (Doutorado). Instituto de Economia da Unicamp, Unicamp. Campinas, 2005.

FAIAL, L. C. M. et al. A escola como campo de produção à saúde na adolescência: revisão literária. **Revista Pró-univerSUS** v. 7, n. 2, p. 22-29, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/view/344>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

FANHANI, K. K; BENNEMANN, R. M. Estado nutricional de escolares de rede municipal de ensino de Maringá, estado do Paraná, Brasil. **Acta Scientiarum. Health Sciences** v. 33, n. 1, p. 77-82, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7636>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

FERREIRA, I. R. C. et al. Diplomas normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3385-3398, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/23.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

FERRIANI, M. G. C. **A inserção do Enfermeiro na Saúde Escolar:** análise crítica de uma experiência. São Paulo: USP, 1991.

FERRIANI, M. G. C.; GOMES, R. **Saúde Escolar:** contradições e desafios, Goiânia: AB, 1997.

FIGUEIREDO, T. A. M; MACHADO, V. L. T; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccsc/v18cn12/23.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

FIGUEIREDO, S. O et al. Detecção precoce e resolução de deficiência visual em escolares da cidade de Patos de Minas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, (Supl 5): S18-S21 2015. Disponível em: < <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1853> > Acesso em: 23 de jan. 2018.

FIGUEIREDO, M. C. et al. Condições de saúde bucal de escolares de zona rural do Rio Grande do Sul. **Revista Conexão UEPG**. v. 14, n. 1, p.122-129, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/view/10241>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

FINKELMANN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FLEURY-TEIXERA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n. 2, p. 2115-2122, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2016.

FLAXMAN, S. R. et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**. v. 05, dez. 2017.

Disponível em:

<<https://id.elsevier.com/ACW/?return=https%3A%2F%2Fsecure.jbs.elsevierhealth.com%2Faction%2FconsumeSsoCookie%3FredirectUri%3Dhttp%253A%252F%252Fwww.thelancet.com%252Faction%252FconsumeSharedSessionAction%253FJSESSID%253Daaadme3xL2kHKh2Wz1Hew%2526MAID%253DkaXmez66FoeF5FNHzKmvTQ%25253D%25253D%2526SERVER%253DWZ6myaEXBLFhx%25252B6Ws3Nrug%25253D%25253D%2526ORIGIN%253D198785859%2526RD%253DRD%26code%3Dlancet-site>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

FONSECA, J. J. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015>. Acesso em: 18 nov. 2016.

FRANCA, F. C. O. et al. Mudanças dos hábitos alimentares provocados pela industrialização e o impacto sobre a saúde do brasileiro. **Anais do I Seminário Alimentação e cultura na Bahia**, 2012. Disponível em:

<http://www2.uefs.br:8081/cer/wp-content/uploads/FRANCA_Fabiana.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2017.

FRANÇA, C. J; CARVALHO, V.C.H.S. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 932-948, jul./set. 2017. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n114/932-948>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

FUNASA. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de fluoretação da água para consumo humano** Brasília: Funasa, 2012. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/mnl_fluoretacao_2.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2018.

GARBIN, C. A. S. et al. Fluoretação da água de abastecimento público: abordagem bioética, legal e política. **Rev. bioét.** v. 25, n. 2, p. 328-337, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n2/1983-8042-bioet-25-02-0328.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

GIAQUETO, A. A descentralização e intersetorialidade na política de assistência social. Campinas. **Revista Serviço Social e Saúde**. v. 6, n. 10, dez., 2010.

Disponível em:

<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=47811>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

GUERRA, P. H; FARIAS JUNIOR, J. C; FLORINDO, A. A. Comportamento sedentário em crianças e adolescentes brasileiros: revisão sistemática. **Ver Saude Pública**. v. 50, n. 9, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006307.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2017.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e estatística**: Cidades/Informações estatísticas, 2010a (online). Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410480&search=parana|cascavel>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008 - 2009**: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Rio de Janeiro 2010b. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e estatística**: Cidades/Informações estatísticas, 2015 (online) disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/panorama>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e estatística**: Cidades/Informações estatísticas, 2017 (online). Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/panorama>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

JACÓE, N. B. et al. O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. **Rev Med Minas Gerais**. v. 24, (Supl) p. 43-48, 2014. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:T76hv6JOKJgJ:rmmg.org/exportar-pdf/551/v24s1a07.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=safari>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

JUNQUEIRA, L. A. Descentralização, intersectorialidade e Rede na Gestão da Cidade. Salvador. **O&S**. v. 11, p. 129-139, 2004. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaoes/issue/view/979>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

LACERDA, L. R. F. et al. Prevalência de obesidade infantil e sobrepeso em escolares. **Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**. v. 2, n. 5, 2014. Disponível em: <<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revistainterfaces/article/view/89>>. Acesso em: 9 nov. 2017.

LIMA, G. Z. **Saúde Escolar e Educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

LIMA. Gobierno Regional de Lima. **Plan Regional Intersectorial: Aprende Saludable**. Lima, 2016. Disponível em: <http://www.drejp.gob.pe/documentos_2016/comunicados/Plan_Aprende_Saludable_2016.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

LUZURIAGA, L. **História da Educação e da Pedagogia**. 2. ed. rev. São Paulo: Editora Nacional, 2001.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**. v. 25, n. 3, p. 307-312, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_09.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2016.

MACHADO, W. D. et al. Programa Saúde na Escola: um olhar sobre a avaliação dos componentes. **SENARE**. Sobral, v. 15, n. 1, p. 62-68, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/929>>. Acesso em: 27 jan. 2018.

MALTA, D. C. et al. A política nacional de promoção a saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. Brasília. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 18, n. 1, p. 79-86, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100008>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MANACORDA, M. A. **História da Educação**: da antiguidade aos nossos dias. 3. ed. São Paulo: Cortez. 1992.

MARIE, N.g, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The lancet**. v. 384, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24880830>>. Acesso em: 28 out. 2017.

MARTINS, F. E. P. et al. Promoção à saúde no combate à dengue em Sobral (CE): relato de experiência. **SENARE**. Sobral, v. 15, n. 1, p. 112-118, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/936>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

MATSUDO, V. K. R; et al. Indicadores de nível socioeconômico, atividade física e sobrepeso/obesidade em crianças brasileiras. **Rev. Paul. Pediatr**. v. 34, n. 2, p. 162-170, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n2/pt_0103-0582-rpp-34-02-0162.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2018.

MILANI, M. O. et al. Influência da mídia nos hábitos alimentares de crianças: uma revisão da literatura. **Epidemiol. Control. Infect**. v. 5, n. 3, p. 153-157, 2015. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ka39RD7lbeqJ:https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/download/5115/4456+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=safari>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOLINA, F. **Trajetória do Serviço de Saúde Escolar no Município de Cascavel-Paraná**. 2005, 57f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2005.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/498.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

MORO, L. et al. Condições de saúde bucal de escolares de 12 anos de idade, município de Água Santa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Fac. Odontol**. Porto Alegre, v. 50, n. 2, p. 12-17, mai./ago. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/8973>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

MOTTA, L. J. et al. Análise dos índices de saúde bucal associados a indicadores sociais e econômicos no Brasil de 1986 a 2010. Belo Horizonte, **E&G Economia e Gestão**. v. 16, n. 42, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/view/P.1984-6606.2016v16n42p138>>. Acesso em: 17 jan 2018.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. São Paulo. **Serv. Soc. Soc.** n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282010000100006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 nov. 2016.

NASCIMENTO, G. C. C; GAGLIARDO, H. G. R. G. Atenção à saúde ocular de crianças com alterações no desenvolvimento em serviços de intervenção precoce: barreiras e facilitadores. **Rev Bras Oftalmol**. v. 75, n. 5, p. 370-5 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802016000500370>. Acesso em: 24 jan. 2018.

NETTO-OLIVEIRA, E. R. et al. Sobrepeso e obesidade em crianças de diferentes níveis econômicos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**. v. 12, n. 2, p. 83-89, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v12n2/a01v12n2.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017.

NOGUEIRA, R. M. et al. Sessenta anos do programa nacional de alimentação escolar no Brasil. **Rev. Nutr.** v. 12 n. 2, p. 253-257, mar. /abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n2/1415-5273-rn-29-02-00253.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

OLIVEIRA, R. S. et al. Avaliação da acuidade visual em escolares no município de Herval d'Oeste Santa Catarina, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro**, v. 8, n. 28, p. 180-6, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8%2828%29544/565>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

OLIVEIRA T. C. et al. Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil: transformações e ressignificações. **Interface**. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005021103&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 dez. 2017.

WHO. World Health Organization. **Global date on visual impairments 2010**. OMS, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

OPS. Organización Panamericana De La Salud. Ministerio de Salud Pública del Uruguay. **Plan de Intervención en Salud Bucodental para la Emergencia Social en El Uruguay 2005-2006**. Washington DC, Montevideo: OPS, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_URU_PlanIntervEmergenSoc2006.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

PAIVA, G. M. **Análise do Programa Saúde na Escola no município de Fortaleza-CE**. 140f. Dissertação (Mestrado) apresentada à Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2012.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**. v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>> Acesso em: 7 nov. 2016.

PARAGUAY. Ministério de Salud Pública y Bienestar Social. Organización Panamericana de la Salud. **Encuesta Nacional Sobre Salud Oral Paraguay 2008**. Asunción: OPS, 2008. Disponível em: <<http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/oh-par2008>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

PARAGUAY. Ministério de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección Geral de Promoción de la Salud. **Guía de Gestión de la Estrategia de Escuela Saludables**. Asunción: OPS, 2011. Disponível em: <http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/06/guia_escuelas_saludables1.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2017.

PEREIRA, K. Y. L; TEIXEIRA, S. M. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. Porto Alegre. **Texto e Contexto**. v. 12, n. 1, p. 114-127, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/12990/9619>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

PEREIRA NETO, E. A et al. Saúde na Escola: Reflexões a partir das vivências de estudantes de fisioterapia. Brasília. **Tempus, actas de saúde colet**. v. 10, n. 1, p. 231-239, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1620>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

PEREIRA, T. S; PEREIRA, R. C; PEREIRA, M. C. A. Influencia de intervenções educativas no conhecimento sobre alimentação e nutrição de adolescentes de uma escola pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 427-435, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000200427&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 5 jan. 2017.

PERES, S. V; LATORRE, M.R.D.O; SLATER, B. Prevalência de Baixo Peso em Adolescentes da Rede de Ensino Público da Cidade de Piracicaba (SP) e seus Fatores Associados. **Cient Ciênc Biol Saúde**. v. 12, n. 4, p. 23-28, 2010. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/1278/122>> Acesso em: 11 jan. 2018.

PERU. Ministerio de Salud. **Prevalencia Nacional de Caries Dental, Fluorosis del Esmalte y Urgência de Tratamiento en Escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Peru, 2001-2002**. Lima: Ministerio de Salud, 2005. Disponível em: <http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_caries/prevalencia_caries.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

_____. **Ley N 30061 de 27 de Junio de 2013.** Ley que declara de prioritario interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS). Lima, 2013a. Disponível em: <<https://www.deperu.com/legislacion/ley-30061-pdf.html>>. Acesso em: 1 jun. 2017.

_____. **Decreto Supremo nº 010-2013-SA de 21 de agosto de 2013.** Aprueban plan de salud escolar 2013-2016, con cargo al presupuesto institucional del ministerio de salud, del seguro integral de salud y de los demás pliegos involucrados. Lima, 2013b. Disponível em: <http://sellomunicipal.midis.gob.pe/wp-content/uploads/2016/10/5_ds010_2013_SA_plan_de_salud_escolar_2013-2016.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2017.

_____. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. **Estado nutricional en el Perú por etapas de vida, 2012-13.** Lima: Ministerio de Salud; 2015. Disponível em: <[http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20\(CTM\)%20080515.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20(CTM)%20080515.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2017.

PIANTINO, C. B. et al. Propostas de ações educativas no ambiente escolar como prática de promoção da saúde. **Ciência ET Praxis.** v. 9, n. 17, 2016. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2271>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

PICCOLI, L; JOHANN, R; CORRÊA, E. N. A educação nutricional nas séries iniciais de escolas públicas estaduais de dois municípios do oeste de Santa Catarina. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.** São Paulo, v. 35, n. 3, p. 1-15, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000200&pid=S1415-5273201300030000400029&lng=pt>. Acesso em: 26 jan. 2018.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** São Paulo: Hucitec, 2009.

PONCE, A. **Educação e luta de classes.** 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Participação de adolescentes em ações educativas sobre saúde sexual e contracepção. **Rev Bras Promoç Saúde.** Fortaleza v. 29, (Supl): 58-65, dez., 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6390>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

RAMIRES, I; BUZALAF, M. A. R. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária – cinquenta anos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 12, n. 4, p. 1057-1065, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/24.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

REGIS-ARANHA, L. A. et al. Acuidade visual e desempenho escolar de estudantes em um município da Amazônia Brasileira. **Escola Anna Nery.** v. 21, n. 2, 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000200204&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 jan. 2018.

RODRIGUES, V. M; FIATES, G. M. R. Hábitos alimentares e comportamento de consumo infantil: influência da renda familiar e do hábito de assistir à televisão. **Rev. Nutr., Campinas**. v. 25, n. 3, p. 353-362, maio./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000300005>. Acesso em: 12 dez. 2017.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. Brasília. **Rev. Bras. Enferm.** v. 65, n. 5, p. 1026-1029, nov./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600020>. Acesso em: 9 jul. 2016.

SANTOS, M. E. T. dos. et al. Tema transversal saúde no contexto escolar: análise da formação e da prática pedagógica docente nos anos iniciais da educação básica. **Ciências & Ideias**. v. 7, n. 1, jan./abril, 2016. Disponível em: <<http://revistascientificas.ifrj.edu.br:8080/revista/index.php/reci/article/view/471>>. Acesso em: 27 jan. 2018.

SESAU. Secretaria Municipal de Saúde. Assistência odontológica. Cascavel, 2018. Disponível em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/pagina.php?id=140>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

SICOLI, J. L; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. Botucatu. **Interface**. v. 7, n. 12, p. 101-22, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2016.

SILVA, A. M; VARGAS, A. M. D; FERREIRA, E. F. Diferenças na experiência de cárie dental em crianças residentes em áreas urbanas e rurais. **Arquivos em Odontologia**. v. 45, n. 3, jul./set. 2009. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/1683>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

SILVA, K. L. et al. Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da enfermagem. **REME. Rev Min Enferm.** v. 18, n. 3, p. 614-622, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/950>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

SILVA, D. A. S; NUNES, H. E. G. Prevalência de baixo peso, sobrepeso e obesidade em crianças pobres do Mato Grosso do Sul. **Ver Bras Epidemiol.** v. 18, n. 2, p. 466-475, abr./jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000200466&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 9 nov. 2017.

SILVA-SOBRINHO, R. A. et al. Percepção dos profissionais da educação e saúde sobre o programa saúde na escola. **Revista Pesquisa Quantitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 93-108, abr. 2017. Disponível em:

<<http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/77>>. Acesso em: 27 jan. 2018.

SILVESTRE, C. et al. Análise de promoção das práticas corporais e atividade física propostas pelo Programa Saúde na Escola nas escolas de Samambaia/ Distrito Federal. **Investigação Qualitativa em Saúde**. v. 2, 2016. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/viewFile/1103/1075>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

SCHUTZ, F; MIOTO, R. C. T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. Pelotas. **Sociedade em Debate**. v. 16, n. 1, p. 59-75, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

SCHULTZ, E. S; BARROS, S. M. A concepção de infância ao longo da história no Brasil contemporâneo. Ponta Grossa. **Ciências Jurídicas**. v. 3, n. 2, p. 137-147, 2011. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/428/283>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

SOUSA, M. C. de; ESPERIDIÃO, M. A; MEDINA, M. G. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n6/1781-1790/pt>>. Acesso em: 27 jan. 2018.

SOUZA, N. P. et al. O Programa Saúde na Escola e as Ações de alimentação e nutrição: Uma análise exploratória. **Rev. APS**. v. 18, n. 3, p. 360-367, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-784469>>. Acesso em: 08 jan. 2018.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 52-68, out, 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2014.v38nspe/52-68/pt>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

TEIXEIRA, C. S. A influência da globalização na cultura alimentar. Rio de Janeiro. **VI Congresso Nacional de Administração e Contabilidade – AdCont**. 2015. Disponível em: <<http://www.adcont.net/index.php/adcont/adcont2015/paper/viewFile/1855/458>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

TELLO, G. et al. A saúde bucal de crianças menores de 5 anos de idade no município de Diadema. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 70, n. 2, p. 172-80, 2016. Disponível em: <<http://revodontobvsalud.org/pdf/apcd/v70n2/a12v70n2.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

TRICHES, R. M. Promoção do consumo alimentar sustentável no contexto da alimentação escolar. Rio de Janeiro. **Trab. Educ. Saúde**. v. 13, n. 3, p. 757-771, set./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981->

77462015000300757&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 04 de jan. 2017.

TRIVIÑOS, A. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: atlas, 2013.

UNICEF. **Situación del Derecho a la Salud Materna, Infantil y Adolescente en Paraguay**. Asunción, 2013. Disponível em:

<<https://www.unicef.org/paraguay/spanish/unicef-informosalud.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

URUGUAY. **Ley nº 19.140 de 11 de outubro de 2013**. Ley que tiene por finalidad proteger la salud de la población infantil y adolescente que asiste a establecimientos escolares y liceales, públicos y privados, a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables en el ámbito educativo como forma de contribuir, actuando sobre este factor de riesgo, en la prevención del sobrepeso y la obesidad, hipertensión arterial y así en las enfermedades crónicas no trasmisibles vinculadas a los mismos. Montevideo, 2013. Disponível em:

<<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp788578.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

URUGUAY. Ministério de Salud Pública. **Promoción de la alimentación saludable en niños, niñas y adolescentes**: recomendaciones de buenas prácticas para la implementación de cantinas y quioscos saludables en las instituciones educativas. Uruguay: 2014a. Disponível em:

<<http://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/recomendaciones.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

URUGUAY. **Decreto nº 60/014 de 13 de março de 2014**. Prevê a reglamentación de la ley 19.140, relativo a la protección de la salud de la población infantil y adolescente a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables.

Montevideo, 2014b. Disponível em: <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/60-2014>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

VIEGAS, S. M. F; PENNA, C. M. M. A. construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**. v. 17, n. 1, p. 133-141, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019>. Acesso em: 18 nov. 2016.

VIEGAS, S. M. F; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da estratégia saúde da família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface**. v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401089&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 nov. 2016.

ZUCOLOTO, P. C. S. V. Médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol Hum**. v. 1, n. 17, p. 136-145, 2007. Disponível em:

<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/428/283>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

WARSCHAUER, M; CARVALHO, Y. M. O conceito “Intersectorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. São Paulo. **Saúde Soc.** v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00191.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

WIMMER, G. F; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia transdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 11, n. 1, p. 145-154, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100022>. Acesso em: 19 nov. 2016.

WFP. World Food Programme. **State of School Feeding Worldwide.** Italy, 2013. Disponível em: <<https://www.wfp.org/content/state-school-feeding-worldwide-2013>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

9. APÊNDICE I

AVALIAÇÕES DE SAÚDE DE ESCOLARES NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA¹

HEALTH EVALUATIONS OF SCHOOL CHILDREN IN SCHOOL HEALTH PROGRAM

Manoela Aparecida Fumagalli Coelho Mello²
Rosa Maria Rodrigues³
Solange de Fátima Reis Conterno⁴

¹ Este texto foi extraído da dissertação de mestrado intitulada: ações do programa saúde na escola em município da região Oeste do Paraná.

² Enfermeira. Mestre em Biociências e Saúde.

³ Enfermeira. Doutora em Educação. Professora no Curso de Mestrado em Biociências e Saúde e na Graduação em Enfermagem. Grupo de Estudos e Pesquisas em Práticas Educativas e Formação em Saúde. Unioeste – Cascavel/PR.

⁴ Pedagoga. Doutora em Educação. Professora no Curso de Graduação em Enfermagem. Grupo de Estudos e Pesquisas em Práticas Educativas e Formação em Saúde. Unioeste – Cascavel/PR.

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE) instituiu-se como política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e Educação para, dentre outras atividades, realizar ações assistenciais de saúde a escolares. Objetiva-se identificar as ações de saúde realizadas pelo PSE e descrever os problemas identificados. Estudo descritivo com abordagem quantitativa com dados produzidos, em 2015, em um município situado na região Oeste do estado do Paraná. Um total de 24.084 crianças e adolescentes em idade escolar passaram por avaliações relacionadas ao componente I do PSE. Verificou-se que 1,33% indivíduos encontravam-se com muito baixo peso, 4,49% com baixo peso, 70,73% eutróficos, 21,64% com peso elevado e 1,75% dos dados não foram amostrados. O índice municipal de alterações bucais foi de 36,88%. Na saúde ocular, 12,81% dos alunos avaliados apresentaram problemas de visão. Com base nos resultados, sugere-se que haja a ampliação dessa política de saúde escolar para alcançar números maiores de escolares. Em especial, será fundamental para ampliação dos índices o investimento na formação e no treinamento para a atuação no programa, a fim de que ações sejam planejadas e executadas na expectativa de que o programa atinja seus objetivos e, de fato, seja efetivado no município em análise.

Palavras-chave: Integralidade; Intersectorialidade; Promoção de Saúde; Programa Saúde na Escola.

ABSTRACT

The School Health Program (PSE) was instituted as an intersectoral policy between the Ministries of Health and Education to, among other activities, carry out health care actions for school children. The objective of this study is to identify the health actions carried out by the PSE and to describe the problems identified. A descriptive study with a quantitative approach was carried out with data produced in West of Paraná in the year of 2015. A total of 24,084 school-aged children and adolescents passed through evaluations related to component I of the PSE. It was verified that 1.33% of the individuals were underweight, 4.49% were considerably underweight, 70.73% of the individuals were eutrophic, 21.64% were overweight and 1.75% of the data were not sampled. In relation to oral health, the municipal index of oral alterations was on 36.88%. Regarding eye health, 12.81% of the students had vision problems. Hence, it is suggested that the school health policy would be expanded in order to reach higher numbers of school children. Finally, especially important will be the investment in training and formation for the program, and these should be planned and executed with the expectation that the program will reach its objectives and will effectively be applied.

Key words: Integrality, Intersectoriality; Health Promotion; School Health Program.

INTRODUÇÃO

A saúde escolar, entendida como prática que envolve elementos assistenciais e educativos tem condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais de

⁵ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora no Curso de Mestrado em Biociências e Saúde e na Graduação em Enfermagem. Uniãoeste – Cascavel/PR.

⁶ Enfermeira. Doutora em Educação. Professora no Curso de Mestrado Profissional Ensino em Saúde. Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul – Dourados/MS.

distintos momentos históricos, desde a sua emergência como higienizadora das questões de saúde das camadas populares, até sua compreensão como uma estratégia de promover saúde por meio de políticas públicas específicas. A mais recente é o Programa Saúde na Escola (PSE, doravante), criado em 2007, com a intenção de impulsionar práticas voltadas ao desenvolvimento integral e propiciar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação (BRASIL, 2015).

O PSE se desenvolve estruturado em três componentes. No componente I, são realizadas ações de avaliação das condições de saúde dos escolares. No componente II, estão alocadas as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e, por fim, o componente III engloba ações de formação de gestores e de equipes de educação e saúde envolvidos no programa (BRASIL, 2015).

Estudos sobre o PSE são recentes e, dentre eles, identificam-se pesquisas problematizando a promoção da saúde expressa no PSE (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015), as que analisam os seus documentos norteadores (DIAS et al., 2014; FERREIRA et al., 2012); ou as atividades do PSE nas regiões do país (MACHADO et al., 2015); as que investigam as concepções que circulam entre os professores sobre a saúde na escola (BARROS; LUZ, 2015); ou as que avaliam a promoção da saúde no PSE e a inserção da enfermagem (SILVA et al., 2014).

Na realidade local, a saúde escolar foi institucionalizada nos anos 1980, e até a década de 1990 foi gerenciada pelo setor de educação. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o centro de atendimento à criança passou para a gestão do sistema municipal de saúde com extensão de cobertura para todas as crianças e adolescentes. O município, segundo dados do Plano Municipal de Saúde 2014/2017, aderiu ao PSE no ano de 2013 (CASCAVEL, 2014).

Diante desses aspectos, destaca-se, neste texto, a produção de dados de avaliações de saúde realizadas no município, a partir da pactuação de ações do PSE para o ano de 2015. Têm-se, como objetivos, identificar as ações de saúde realizadas e descrever os problemas identificados.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo com abordagem quantitativa, com dados produzidos pelo PSE em 2015, em um município da região Oeste do estado do Paraná, cuja população estimada era de 319.608 habitantes (IBGE, 2017) e taxa de

analfabetismo de 16 anos ou mais estimada em 4,6% (IBGE 2010a). Em 2015, a rede pública de educação básica contava com 107 escolas municipais de ensino pré-escolar; 98 escolas de ensino fundamental (38 colégios estaduais e 60 escolas municipais). Para o ensino médio, havia 37 colégios estaduais e um federal. As matrículas totalizaram 5.352 no ensino pré-escolar em escolas municipais; 32.896 no ensino fundamental, em escolas municipais e estaduais e 12.474 matrículas no ensino médio em escolas estaduais e na escola pública federal (IBGE, 2015).

A rede de Atenção Primária à saúde encontrava-se subdividida em quatro distritos sanitários, composta por: 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 25 Unidades Saúde da Família (USF). Ressalta-se que algumas USF eram compostas por mais de uma equipe de saúde, totalizando 36 equipes. No Distrito Sanitário I, existiam cinco UBS tradicionais e oito ESF; no Distrito Sanitário II, seis UBS tradicionais e cinco ESF; no Distrito Sanitário III três UBS e 14 ESF e no Distrito sanitário IV nove USF (área rural).

Os dados produzidos pelo PSE em 2015 foram coletados pelos profissionais das UBS/ESF e registrados em tabela padronizada, pela Secretaria Municipal de Saúde, para as ações do componente I. No entanto, algumas delas foram preenchidas de formas distintas, usando siglas e formatos que alteravam o modelo padrão, o que dificultou a compreensão e a sistematização dos dados.

Um total de 24.084 crianças e adolescentes passaram por avaliações relacionadas ao componente I em 2015, de Centros Municipais de Educação Infantil (Cmeis), escolas da rede municipal e estadual, as quais foram caracterizadas quanto ao distrito a que pertenciam, ao ciclo escolar que estavam inseridos, ao diagnóstico nutricional e às alterações em saúde bucal e ocular. Os dados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel®, e para cada categoria das variáveis foi calculada a respectiva frequência absoluta e relativa.

Os dados foram analisados de forma descritiva e cotejados com outros estudos já desenvolvidos sobre o PSE no Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme Parecer CEP nº 1.942.959.

RESULTADOS

No último censo realizado em 2010, o percentual de crianças de 0 a 3 anos que frequentavam a educação infantil no município era de 26,3%. Na faixa etária de 4 e 5 anos, o percentual de crianças matriculadas na pré-escola era de 70,8%. Para

o ensino fundamental, nos anos iniciais, 98,1% das crianças e adolescentes na faixa etária de 6 a 14 anos frequentavam a escola. Já o percentual da população de 15 a 17 anos matriculadas no ensino médio era de 83,4% (IBGE, 2010a).

O número de matrículas realizadas em escolas públicas compreendendo todos os ciclos escolares, no ano de 2015, foi de 50.722 (IBGE, 2015), das quais 28.930 alunos foram pactuados para serem atendidos por atividades referentes ao componente I do PSE (Avaliação antropométrica; Avaliação da saúde bucal e Ocular). O município não pactuou as ações de avaliação da saúde auditiva, identificação de educandos com possíveis sinais de alteração de linguagem oral e identificação de possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados e doenças em eliminação, que integram esse componente. Dos alunos pactuados, 24.084 (83,25%) passaram por avaliações em saúde. Em referência aos alunos matriculados nas escolas, a frequência relativa atingida foi de 47,48%. Dentre os alunos avaliados, 13,43% eram do distrito I; 14,16% do distrito II; 15,18% do distrito III e, 4,41% do distrito IV (Tabela 1).

As escolas foram pactuadas observando-se se pertencia a regiões de maior vulnerabilidade social, se ofertava ensino infantil, fundamental, seguido do ensino médio. Além disso, consideraram-se as unidades de saúde com equipes completas, com maior número de profissionais e que cumpriam a legislação do programa.

Tabela 1 – Distribuição dos alunos da rede municipal e estadual avaliados pelo PSE em 2015.

Distrito	Ciclo Escolar	Freq. por categoria (n)	Freq. relativa por categoria do total de alunos avaliados pelo PSE (%)	Freq. relativa de alunos avaliados pelo PSE pelo total de matrículas
Distrito I	Ed. Infantil	943	3,92%	13,43%
	Ens. Fundamental I	2758	11,45%	
	Ens. Fundamental II	2533	10,52%	
	Ens. Médio	578	2,40%	
Distrito II	Ed. Infantil	1136	4,72%	14,16%
	Ens. Fundamental I	2889	12%	
	Ens. Fundamental II	1994	8,28%	
	Ens. Médio	1163	4,83%	
Distrito III	Ed. Infantil	1635	6,79%	15,18%
	Ens. Fundamental I	2544	10,56%	
	Ens. Fundamental II	2644	10,98%	
	Ens. Médio	879	3,65%	

Distrito IV	Ed. Infantil	238	0,99%	4,71%
	Ens. Fundamental I	1042	4,33%	
	Ens. Fundamental II	688	2,86%	
	Ens. Médio	420	1,74%	
Total Alunos Avaliados		24.084	100%	-
Total Alunos Pactuados		28.930	83,25%	-
Total Matrículas em 2015		50.655	47,48%	

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Em referência ao ciclo escolar infantil, com base na tabela 1, o Distrito I obteve maior frequência de crianças com peso elevado, alterações em saúde bucal e saúde ocular, bem como maior frequência de dados não amostrados em saúde ocular. O Distrito II apresentou maior frequência de crianças com baixo peso e muito baixo peso; não obteve dados significativos entre as variáveis, no que corresponde à saúde bucal e apontou maior frequência de crianças sem alterações em saúde ocular. O Distrito III obteve a maior frequência de crianças sem alterações no diagnóstico nutricional, ou seja, eutróficas; apresentou maior frequência de crianças sem alterações em saúde bucal e se destacou pelos dados não amostrados referentes a saúde ocular. O Distrito IV teve maior frequência de crianças com dados não amostrados referentes ao diagnóstico nutricional e na saúde bucal, além de maior frequência de crianças com alteração em saúde bucal e na saúde ocular.

No que se refere ao ciclo escolar fundamental I, o Distrito I apresentou maior frequência de crianças com peso elevado, bem como baixo peso ou muito baixo peso. Com relação à saúde bucal e à saúde ocular, apresentou ausência de diferenças entre os dados amostrados. O Distrito II obteve maior frequência de dados não amostrados no diagnóstico nutricional e menor frequência de crianças com alterações em saúde bucal e saúde ocular. O Distrito III apresentou maior frequência de crianças com peso elevado e crianças eutróficas. No campo da saúde bucal, esse distrito apresentou maior frequência em alterações e ausência de diferenças entre os dados relacionados à saúde ocular. O Distrito IV apontou maior frequência de crianças eutróficas, maior frequência de dados não amostrados e com alterações em saúde bucal, da mesma maneira que frequência elevada de alterações em saúde ocular.

Correspondente ao ciclo escolar fundamental II, o Distrito I apresentou maior frequência de indivíduos com peso elevado e com alterações em saúde bucal;

apontou frequência elevada em alterações, e a ausência delas no que se refere à saúde ocular. O Distrito II obteve maior frequência de indivíduos com baixo peso ou muito baixo peso, da mesma maneira que eutróficos; apresentou maior frequência de indivíduos sem alterações e de dados não amostrados na saúde bucal e frequência elevada de dados não amostrados correspondentes à saúde ocular. O Distrito III obteve maior frequência de dados não amostrados, assim como indivíduos com peso elevado; identificou-se maior frequência de indivíduos sem alteração em saúde bucal e maior frequência de dados não amostrados na saúde ocular. O Distrito IV apontou maior frequência de indivíduos eutróficos e demonstrou ausência de diferenças entre os dados correspondentes a saúde bucal e saúde ocular.

No ensino médio, no Distrito I, não houve diferenças entre os dados referentes ao diagnóstico nutricional e maior frequência de indivíduos com alterações em saúde bucal e saúde ocular. O Distrito II, da mesma maneira, apontou ausência de frequências relativas no diagnóstico nutricional e obteve frequência elevada de dados não amostrados em saúde bucal e saúde ocular. O Distrito III foi o que obteve a maior frequência de indivíduos que se apresentavam com baixo peso ou muito baixo peso; apontou, ainda, maior frequência de alterações em saúde bucal e maior frequência de indivíduos sem alterações referentes à saúde ocular. Já o Distrito IV, apresentou maior frequência de indivíduos eutróficos, ausência de diferenças entre alteração e não alteração na saúde bucal e maior frequência de indivíduos sem alterações na saúde ocular.

Quadro 1 – Síntese analítica dos dados com maior frequência quanto ao diagnóstico nutricional, saúde bucal e saúde ocular. 2015.

Ciclo Escolar	Distritos	Diagnóstico Nutricional	Saúde Bucal	Saúde Ocular
Infantil	Distrito I	↑	+	+ NA
	Distrito II	↓	=	-
	Distrito III	↔	-	NA
	Distrito IV	NA	+ NA	+
Fundamental I	Distrito I	↓↑	=	=
	Distrito II	NA	-	-
	Distrito III	↔↑	+	=
	Distrito IV	↔	+ NA	+
Fundamental II	Distrito I	↑	+	+ -
	Distrito II	↓↔	- NA	NA
	Distrito III	↑ NA	+	NA
	Distrito IV	↔	=	=
Médio	Distrito I	=	+	+

Distrito II	=	NA	NA
Distrito III	↓	+	-
Distrito IV	↔	=	-

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Legenda: ↑ (peso elevado, sobrepeso, obesidade e obesidade grave); ↓ (muito baixo peso e baixo peso); ↔ (eutrófico); = (ausência de diferença entre os dados); NA (não amostrado); + (alteração); - (não alterado).

A tabela 2 apresenta a síntese geral do diagnóstico de saúde e mostra que, quanto ao diagnóstico nutricional, 1,33% indivíduos estavam com muito baixo peso, 4,49% com baixo peso, 70,73% dos indivíduos eutróficos, 21,64% com peso elevado e 1,75% dos dados não foram amostrados. Na saúde bucal, o índice municipal de alterações bucais foi de 36,88%; 59,96% não tinham alterações nessa variável e 3,16% dos indivíduos tiveram dados não amostrados. Em saúde ocular, 12,81% dos alunos avaliados apresentaram problemas de visão, 81,52% se encontravam sem alterações e 5,67% tiveram os dados não amostrados.

Tabela 2 – Síntese geral do Diagnóstico de Saúde referentes às avaliações do componente I, 2015.

CASCAVEL			
	Categorias	Freq. (n)	Prop. (%)
Diagnóstico nutricional	MBP	333	1,33%
	BP	1082	4,49%
	EUT	17.035	70,73%
	PE	5.212	21,64%
	NA	422	1,75%
Saúde Bucal	Com Alteração	8.881	36,88%
	Sem Alteração	14.441	59,96%
	Não Amostrado	762	3,16%
Saúde Ocular	Com Alteração	3.086	12,81%
	Sem Alteração	19.633	81,52%
	Não Amostrado	1.365	5,67%

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Legenda: (BP=baixo peso; MBP=muito baixo peso; EUT=eutrófico; NA=não amostrado; PE=peso elevado). *Peso elevado equivale a e sobrepeso, obesidade e obesidade grave

DISCUSSÃO

As tendências de sobrepeso e de obesidade em diversos países, entre 1980 e 2013 mostram que a prevalência desses problemas aumentou em 27,5% para adultos e 47,1% em crianças. Em países desenvolvidos, a taxa de sobrepeso e de obesidade em crianças e adolescentes aumentou de 16,9% em meninos, nos anos 1980, para 23,8%, em 2013; já em meninas, passou de 16,2%, em 1980, para 22,6%, no ano de 2013. Em países em desenvolvimento, as taxas de peso elevado e de obesidade também se intensificaram em crianças e adolescentes, aumentando

de 8,1%, em 1980, para 12,9%, em meninos, e de 8,4% para 13,4%, em meninas, em 2013. A estimativa nacional de sobrepeso e de obesidade no Brasil em 2013 foi de 21,1%, em meninos e de 24,3%, em meninas, ambos menores de 20 anos de idade. Não foi identificada a diminuição significativa de taxas de sobrepeso ou de obesidade em nenhum país nos últimos 33 anos (MARIE et al., 2014).

Em adolescentes de 12 a 17 anos que frequentam escolas brasileiras em municípios maiores de 100.000 habitantes, tal taxa foi de 25%. A região Norte do país apresentou índices de 22% de peso elevado, equivalente à região Nordeste, que atingiu taxa de 24%. A região Centro Oeste obteve índices de 23,6% e o Sudeste apontou a frequência de 26% semelhante na região Sul, que apresentou o maior índice de sobrepeso e de obesidade, chegando a 29,8% (BLOCH et al., 2016). Esses dados se aproximam aos encontrados neste estudo, que apresentou 5,82% de crianças e adolescentes com baixo peso, 70,73% estavam com peso adequado e 21,64% foram diagnosticados com peso elevado.

Já o baixo peso pode relacionar-se ao estágio puberal e à presença de menarca entre as meninas. Em ambos os sexos, a prevalência de baixo peso é considerada baixa (PERES; LATORRE; SLATER, 2010). A ocorrência de baixo peso entre adolescentes do sexo feminino pode estar associada a patologias alimentares como anorexia e bulimia (DALLA COSTA et al., 2016).

Os achados associam-se aos hábitos alimentares que podem estar relacionados à falta de tempo para o preparo de alimentos, sendo normalmente tarefa feminina. As mulheres assumem o trabalho fora do lar, mas mantêm o cuidado doméstico, favorecendo a inserção de hábitos alimentares mais práticos, contribuindo para o consumo de alimentos industrializados (OLIVEIRA et al., 2017). Cumpre ao sistema de saúde e ao de educação fortalecer os laços da intersetorialidade para a implementação das ações necessárias para o seu enfrentamento, tais como a prática de atividades físicas desde a escola, o incentivo e a oferta de alimentação saudável que estimule bons hábitos alimentares e a introdução dos conteúdos sobre alimentação saudável no currículo escolar.

É preciso fortalecer a compreensão de nutrição escolar que não se restrinja à refeição ofertada, mas que possibilite a criação de hábitos (BORSOI; TEO; MUSSIO, 2016), superando a ideia de atrair os escolares, corrigir as deficiências nutricionais (a fome e desnutrição) e garantir ao menos uma refeição diária às crianças em situação em vulnerabilidade social. Essas ações já estavam incluídas no programa

denominado Fome Zero, o qual exigia a articulação de políticas na área da educação, saúde, agricultura e cultura, priorizando alimentação de qualidade a todos os brasileiros, objetivando o bem-estar e a manutenção da saúde da população (NOGUEIRA et al, 2016).

A prevenção e proteção à saúde, por meio de programas educativos, de atividade física e da compreensão de hábitos de vida saudáveis, aliados ao ambiente escolar e ao convívio dos familiares como norteadores dessas ações, se revelam como uma das mais benéficas estratégias de controle da obesidade infantil (ANDRADE et al., 2015).

A alimentação escolar é uma importante estratégia para o consumo alimentar sustentável, considerando que hábitos e preferências adquiridos na infância prosseguem na vida adulta. A alimentação nos primeiros anos de vida traz efeitos para a saúde atual e futura, influenciando na manutenção ou na mudança dos hábitos e sistemas alimentares (TRICHES, 2015).

Aliada à alimentação está a saúde bucal, que constitui um importante instrumento para o desenvolvimento integral do escolar. A odontologia deve estar integrada ao planejamento de estratégias de educação em saúde, mudando o conceito anteriormente voltado às lesões, para uma abordagem pautada em ações educativas e preventivas com o foco na promoção de saúde. Portanto, as avaliações de inspeção bucal não devem se restringir ao exame individual, mas apresentar um diagnóstico situacional que norteie os principais fatores de risco, entre eles a alimentação, o consumo de açúcar, as condições de higiene cotidianas e os possíveis acidentes no ambiente escolar, possibilitando a construção de políticas e avaliação de sua eficácia (BRASIL, 2016).

Neste estudo, a prevalência de alterações bucais no município foi de 36,88%. No caso do Ensino Infantil, a frequência de alterações foi de 29,86%, sendo que os Distritos I e IV apresentaram a maior frequência relativa de alterações. O Ensino Fundamental I teve prevalência de 46,6% dessas alterações, e os Distritos Sanitários III e IV foram os que apresentaram maior frequência nesta variável. O Ensino Fundamental II apontou índices de 32,01%, correspondendo aos Distritos I e III com maiores índices de alterações. Já o Ensino Médio apresentou a frequência de 29,01%, ficando a cargo dos Distritos I e III a maior frequência de alterações nessa variável.

No Brasil, em 2010, 46,6% das crianças aos 5 anos de idade estavam livres da cárie dentária; aos 12 anos, 43,5% apresentavam a mesma condição em dentes permanentes. A média nacional de CEO-D (índice de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados) e CPO-D (índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) para as idades de 5, 12 e 15 a 19 anos foram, respectivamente, 2,43, 2,07 e 4,25. Segundo a classificação da OMS, para o país ser considerado com baixa incidência de cárie, o índice de CPO-D/CEO-D, aos 12 anos deve estar entre 1,2 a 2,6 (BRASIL, 2012a).

Apesar de estar entre os países com baixa incidência em cárie, no Brasil se observa disparidade entre suas regiões. Os maiores índices de CPO-D estão concentrados na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste, apresentando média geral de 3,16; 2,63; 2,63, seguidos das regiões Sudeste e Sul com taxas de 1,72 e 2,06 (BRASIL, 2012a).

Em Belém do Pará pesquisa sobre hábitos de higiene bucal em adolescentes identificou índices de cáries de 58,54%, portanto, maior do que a média nacional, que revela a importância da realização de ações de promoção e de prevenção de saúde bucal, buscando diminuir as consequências provocadas pelos problemas bucais na qualidade de vida dos adolescentes (BARROS et al., 2015).

De acordo com Figueiredo et al. (2018), 45,5% dos escolares de 5 a 15 anos de idade residentes em uma zona rural do estado do Rio Grande do Sul apresentaram dentes cariados. Dentre eles, 74,5% receberam informações sobre higiene bucal na escola, mas 40% das crianças de 7 a 14 anos não recebiam supervisão de seus responsáveis quanto à escovação dentária em suas casas. Em 52,72% do total de 55 crianças havia alterações devido à fluorose, concluindo que a concentração de íons de fluoreto nas águas de abastecimento, em sua maioria poços artesianos, não estavam dentro da normalidade.

Embora não foram feitas análises específicas dos índices de CEO-D e CPO-D nesta pesquisa, observa-se que a prevalência de problemas bucais foi menor, considerando que, 70,14% dos alunos do Ensino Infantil, 53,4% dos alunos do Ensino Fundamental I, 67,99% dos alunos do Ensino Fundamental II e 70,99% dos alunos do Ensino Médio estavam sem alterações bucais e não necessitavam de procedimentos odontológicos.

Tais resultados podem estar associados à assistência odontológica realizada no município prestada por 34 clínicas odontológicas e dois Centros Especializados

Odontológicos (CEO) contando com cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares de consultório dentário, os quais, organizados em equipes de Saúde Bucal, desenvolvem ações de promoção, de prevenção e de recuperação em saúde bucal nas unidades de saúde, nas escolas e na comunidade (CASCAVEL, 2018).

Nas últimas décadas, observou-se uma expressiva redução do valor do CPO-D no Brasil. Em 1980, a média nacional era considerada muito alta, apresentando índices de 7,3. As medidas preventivas adotadas justificam os fatores de redução desses dados. O uso de fluoretados nas águas de abastecimentos e a aplicação tópica nos dentes, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde odontológicos, a implantação da ESF, além da estruturação da Atenção Básica que busca a priorização de ações de educação, de promoção e de prevenção em saúde bucal, resultaram nas mudanças do cenário nacional (AGNELLI, 2015).

Contribuindo para a prevenção e para o controle da cárie dentária, a fluoretação da água se constitui um método seguro, barato e eficaz. A disparidade entre as condições de saúde bucal nas regiões do Brasil revela a necessidade da fluoretação essencialmente em regiões menos desenvolvidas (GARBIN et al., 2017). As condições socioeconômicas contribuem para os impactos negativos da saúde bucal, haja vista que, quanto menor a renda, menor é a procura pelos serviços odontológicos, tornando a fluoretação da água, uma importante estratégia para o controle de possíveis agravos a saúde. Essa é reconhecidamente uma ação de promoção da saúde, pois atua de forma global nas condições de vida das populações desencadeando consequente qualidade nas condições de saúde.

Ainda que os índices de CPO-D se encontrem em redução no Brasil, os valores mais elevados se apresentam nas regiões mais pobres, acometendo a população menos favorecidas economicamente à maior prevalência dos problemas de saúde bucal (AGNELLI, 2015).

Na realidade estudada, achados demonstram que o Distrito que compreende a área rural teve maior prevalência de problemas bucais, tanto na educação infantil quanto no ensino fundamental I, apontando a necessidade de maior suporte as comunidades rurais visando ampliar medidas de prevenção e atenção sobre a saúde bucal. Segundo dados do IBGE (2010b), no município, o valor do rendimento nominal médio mensal rural no ano de 2010 foi de 2.326,73, enquanto o valor referente ao rendimento urbano foi de 3.154,21, evidenciando a diferença socioeconômica existente.

A compreensão e a análise dos indicadores de saúde são o ponto de partida, mas considera-se necessário desenvolver medidas para além dos aspectos biológicos, abrangendo o indivíduo e a comunidade, desenvolvendo políticas de saúde que englobem e compreendam a necessidade geral da população, cujo foco seja reduzir possíveis desigualdades (MOTTA et al., 2016).

Outra vez, políticas públicas baseadas na universalidade, na equidade e na integralidade se fazem indispensáveis, oportunizando à população as mesmas condições de acesso aos serviços de saúde, medidas preventivas e de tratamento. Ainda, a educação em saúde representa uma fundamental estratégia para a formação de comportamentos que promovam hábitos saudáveis e mantenham a saúde.

Dentre os sentidos desenvolvidos pelo ser humano, a visão desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da criança. Alterações oftalmológicas têm impacto negativo no desenvolvimento das potencialidades físicas, cognitivas e sociais, bem como, prejudicam o rendimento escolar (OLIVEIRA, 2013).

Escolares com alterações visuais podem apresentar dores de cabeça, tonturas, cansaço e olhos vermelhos, sintomas que frequentemente se acentuam ao ler, escrever e ao realizar atividades que necessitem esforço visual. Alterações visuais não identificadas precocemente podem comprometer o processo ensino/aprendizagem, resultando no desinteresse e, conseqüentemente, na evasão escolar (BRASIL, 2008).

O PSE caracteriza-se como um importante programa para detecção precoce de problemas de visão nos alunos, tendo em vista que realiza triagem visual, encaminhamentos a serviços de saúde e educação em saúde aos escolares, contribuindo para a promoção e para a reabilitação dos problemas encontrados, o que possibilita a prevenção de agravos mais complexos.

Estima-se que, no mundo, 19 milhões de criança menores de 15 anos tenham problemas de visão. Desses, 12 milhões têm alterações devido a problemas refrativos, ou seja, causas completamente tratáveis, e 1,4 milhões se encaixam na condição de cegueira irreversível (WHO, 2012). Desde 1990, a prevalência mundial de problemas relacionados à visão vem regredindo, fator que pode ser associado ao desenvolvimento socioeconômico, às estratégias de saúde pública, ao maior acesso a serviços oftalmológicos e à consciência da população sobre possíveis soluções relacionadas à saúde ocular. Contudo, em 2015, 56% dos casos de cegueira ainda

foram relacionados a causas tratáveis (FLAXMAN et al., 2017), revelando a importância de se investir em triagens, detecção precoce, promoção e prevenção de saúde.

No Brasil, a deficiência visual acomete 18,60% da população, sendo que 3,46% tem deficiência severa. Entre a faixa etária de 0 a 14 anos, 5,3% apresentam alguma alteração visual (BRASIL, 2012b).

Dados encontrados neste estudo apontam que 3.086 (12,81%) escolares foram diagnosticados com alterações na acuidade visual. A área rural do município de Cascavel - PR apresentou maior prevalência de alterações, que se concentravam nos ciclos de ensino infantil e fundamental I. O Distrito urbano I também apresentou índices elevados, referenciando o Ensino Infantil, Fundamental II e Ensino Médio, os ciclos de ensino com maiores alterações. Os demais distritos não tiveram frequência relativa considerável entre achados de alterações na saúde ocular, ficando a cargo do município, maior atenção onde os índices se mostraram elevados.

Estudos de avaliação da acuidade visual em crianças e adolescentes em idade escolar em municípios dos estados de SC, RJ, SP, CE, corroboram com os achados encontrados nesta pesquisa. Em Herval D'Oeste – SC, dentre 318 crianças avaliadas por meio do Teste com a tabela de Snellen, 30 (9,4%) apresentaram acuidade visual baixa, sendo encaminhados a consultas oftalmológicas. Dessa amostra, seis crianças não compareceram ao especialista, 19 necessitaram de correção óptica e as demais já faziam uso de lentes corretivas (OLIVEIRA et al., 2013). Em Blumenau- SC, entre 463 crianças que passaram por avaliação da qualidade visual, por meio do teste de Snellen, 63 (13,6%) tinham alteração. Já em Presidente Prudente – SP, das 726 crianças pesquisadas, 100 (13,8%) apresentaram baixa acuidade visual (DAN, 2015/2016). No município de Icapuí – CE, verificou-se que 73 (14,6%) dos 499 alunos que foram examinados por meio da tabela de Snellen, apresentavam alguma dificuldade na visão (AMORIN; RÓSEO; FERREIRA, 2013). Outro estudo apresentando frequência de alterações maiores foi realizado em Patos de Minas – MG, no qual 38 (20,87%) crianças, em um montante de 182 que passaram por triagem oftalmológica, apresentaram baixa acuidade visual (FIGUEIREDO et al., 2015). Em Barcelos – AM, dentre 1.050 estudantes da rede pública de ensino, 66 (6,3%) apresentaram alterações na acuidade visual (RÉGIS-ARANHA, 2017).

Diante dos dados apresentados, é imprescindível a implementação de programas públicos que abranjam a saúde ocular, considerando a redução dos impactos negativos que tal deficiência pode acarretar. Como já observado, a realização do diagnóstico precoce, bem como os encaminhamentos para possíveis tratamentos, são fundamentais para a manutenção do bom desenvolvimento escolar e da vida cotidiana.

Medidas educativas e de formação dos profissionais que diretamente estão realizando ações acerca da saúde escolar se fazem necessárias, ressaltando a importância de medidas preventivas e promotoras da saúde, considerando o alto índice de associação do comprometimento da visão ao desenvolvimento infantil (NASCIMENTO; GAGLIARDO, 2016). Ações educativas empoderam os indivíduos para o entendimento a respeito da saúde ocular, estimulam a busca da resolução das alterações visuais e contribuem para a promoção da saúde, se tornando uma importante estratégia para a manutenção e o bom desenvolvimento de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As avaliações das condições de saúde dos escolares evidenciaram níveis reduzidos de baixo peso, em concordância com a média nacional que se encontra em declínio. Para tanto, investimentos socioeconômicos, ampliação dos serviços básicos de saúde, educação, saneamento, além de políticas sociais com intuito de auxiliar as famílias que se encontram em situação de pobreza a superar esta condição são estratégias que vêm se mostrando eficazes para o controle do baixo peso e desnutrição.

Em contrapartida, é notório o aumento do sobrepeso em todo o território nacional, demonstrado por outros estudos que corroboram com o diagnóstico nutricional de sobrepeso encontrado nos escolares estudados. É mister aprimorar e investir em estratégias de promoção da segurança alimentar e alimentação saudável, ampliando medidas sustentáveis, tais como a alimentação proveniente da agricultura familiar, criação de hortas escolares e municipais, para maior qualidade nutricional nas merendas fornecidas na rede pública de ensino, conjuntamente, ofertando educação em saúde sobre esta temática a todos os escolares e formação sobre tal assunto aos profissionais envolvidos no PSE.

Infere-se que é indispensável o investimento em educação em saúde bucal para a comunidade escolar, compartilhando esses conhecimentos aos familiares e à

comunidade, a fim de modificar comportamentos não favoráveis a saúde. Os achados compreendendo a saúde bucal dos escolares deste município atingiram níveis menores do que o índice nacional, podendo associar tal resultado à ampliação da assistência odontológica na APS. Mesmo assim, sugere-se que os gestores intensifiquem as ações de saúde bucal na área rural, a qual teve prevalência elevada de alterações, atentando-se aos indicadores de renda, aos serviços de saneamento básico e ao sistema de abastecimento de água que devem dispor da fluoretação. Igualmente, é proposto maior suporte ao Distrito urbano III, que apresentou índices elevados de alteração nessa variável, cabendo aos gestores observar se não há concentração de vulnerabilidades sociais nesta área que possam estar relacionadas a estes achados.

Constatou-se que 3.086 crianças e adolescentes avaliados apresentaram alterações na acuidade visual, em atenção à frequência alta de alterações apresentadas pelo Distrito Rural e Urbano I, que apontaram níveis elevados de alterações para o ensino infantil e fundamental. Políticas públicas que incluam a saúde ocular são fundamentais para que se possa obter o diagnóstico precoce. Destarte, é importante assegurar a atenção integral à saúde objetivando que a baixa acuidade visual não impacte no desenvolvimento pessoal. Evidencia-se que a formação profissional se faz necessária, para identificação dos alunos com dificuldades visuais e para condução a serviços de saúde que possam contribuir para a resolutividade desta adversidade, cumprindo o princípio da integralidade. Outrossim, alerta-se para o planejamento sistemático da atenção à saúde escolar para que se cumpra a integralidade e a resolutividade na Atenção Primária.

Sugere-se a ampliação do PSE para alcançar números maiores de escolares, considerando que 47,48% do total de alunos matriculados foram beneficiados pelo programa. Incentiva-se a pactuação das ações de triagem auditiva e a avaliação da linguagem oral, visando identificar precocemente a perda auditiva e distúrbios da fala e linguagem, minimizando os efeitos deletérios destas alterações na qualidade de vida dos educandos. Não menos importante encontra-se a necessidade de avaliação de doenças em eliminação causadas por agentes infecciosos e parasitas neste público. Para que tais ações se efetivem e permaneçam, é fundamental investir na formação e no treinamento para a atuação no programa, pois, em alguns momentos, os dados disponíveis para sistematização e para análise sugeriam discrepâncias nos métodos para a coleta de dados, o que impacta negativamente,

pois desqualifica as ações e compromete a qualidade das análises e, por consequência, fragiliza a proposição, por parte da gestão municipal da saúde e demais setores, de políticas e ações para enfrentar as condições identificadas.

REFERÊNCIAS

AGNELLI, Patrícia Bolzan. Variação do índice COPD do Brasil no período de 1980 a 2010. **Rev. bras. Odontol.** Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 10-5, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/549/446>>.

Acesso em: 11 jan. 2018.

AMORIN, Rosane Silva de; RÓSEO, Fabianne Ferreira Costa; FERREIRA, Maria de Lourdes Lima. Avaliação da acuidade visual de escolares de uma cidade do Ceará. 12 Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. **Anais.** Belém- PA mai./jun. 2013. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/536>> Acesso em: 22 de jan. 2018.

ANDRADE, Julia et al. Intervenções escolares para a redução da obesidade infantil: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde.** v. 8, n. 2, p. 72-78, maio/ago. 2015.

Disponível em:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8Rch_gNZm0IJ:revistaseltronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/download/19790/13475+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=safari>. Acesso em: 2 jan. 2017.

BARROS, *João Paulo Pereira*; LUZ, *Paulo Cezar Moura*. Saúde na Escola: que discursos circulam entre profissionais de saúde e educação? **Artes de Educar.** Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 115-132, p. 115-132, fev./maio. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/riae/article/view/10340/11835>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

BARROS, Wallace Rafael Conde et al. Prevalência da cárie dentária na adolescência em Belém do Pará: uma perspectiva amazônica. **Adolsc. Saúde.** v. 12, n. 2, p. 59-68, abr./jun. 2015. Disponível em: <Prevalência da cárie dentária na adolescência em Belém do Pará: uma perspectiva amazônica>. Acesso em: 08 de jan. 2018.

BLOCH, Katia Vergetti. et al. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública.** v. 50 (supl 1), 9s, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006685.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.

BORSOI, *Aline Tecchio*; TEO, *Carla Rosane Paz Arruda*; MUSSIO, *Bruna Roniza*. Educação alimentar e nutricional no ambiente escolar: uma revisão integrativa. **RIAEFE**, v. 11, n. 3, p. 1441-1460, 2016. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/7413>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Projeto Olhar Brasil:** Triagem de acuidade visual manual de orientação. Brasília: Ministério da Saúde,

Ministério da Educação, 2008. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1863-pse-manual-olharbrasil&Itemid=30192>. Acesso em: 21 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Coordenação –Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. **Cartilha do Censo 2010 Pessoa com Deficiência**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2012b. Disponível em:
<<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/cartilha-do-censo-2010-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno do Gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos temáticos do PSE- Promoção da Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2018.

CASCAVEL. Secretaria de Saúde. Concelho Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Cascavel: Secretaria de Saúde, 2014. Disponível em:
<[http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/04062014_plano_de_saude_2014_2017\(1\).pdf](http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/04062014_plano_de_saude_2014_2017(1).pdf)>. Acesso em: 29 jul. 2016.

CASCAVEL. Secretaria Municipal de Saúde. **Assistência odontológica**. Cascavel: Secretaria de Saúde, 2018. Disponível em:
<<http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/pagina.php?id=140>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; LUCENA, Carla Mousinho Ferreira; LUCENA, Pablo Leonid Carneiro. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Texto e Contexto**. Porto Alegre; v.14, n. 2, p. 387-402, ago./dez. 2015. Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/21728/13961>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

DALLA COSTA, Márcia Cristina et al. Sobrepeso como fator de risco para hipertensão em escolares de município paranaense. **Varia Scientia – Ciências da Saúde**. v. 2, n. 1, p. 31-42, jan./jul. 2016. Disponível em:
<<http://erevista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/download/14313/10050>> Acesso em: 11 jan. 2018.

DAN, Vanderson José Lopes. Prevalência de baixa acuidade visual em escolares do Oeste paulista. **Rev Urutáguia – academia multidisciplinar – DSC/UEM**, n. 33, dez. 2015/maio 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/view/25477>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. Programa Saúde na Escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. Sobral. **SENARE**. v. 13, n. 1, p. 29-34, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/428/283>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa et al. Diplomas normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3385-3398, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/23.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

FIGUEIREDO, Márcia Cançado et al. Condições de saúde bucal de escolares de zona rural do Rio Grande do Sul. **Revista Conexão UEPG**. v. 14, n. 1, p.122-129, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/view/10241>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

FLAXMAN, Seth R. et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**. v. 5, dez. 2017.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Fluoretação da água de abastecimento público: abordagem bioética, legal e política. **Rev. Bioét.** v. 25, n. 2, p. 328-337, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n2/1983-8042-bioet-25-02-0328.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Cidades/Informações estatísticas**, 2010b (online). Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410480&search=parana|cascavel>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Cidades/Informações estatísticas**, 2015 (online). Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/panorama>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Cidades/Informações estatísticas**, 2017 (online) disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/panorama>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008 - 2009**: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Ministério do Planejamento, 2010a. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **Journal of Human**

Growth and Development. v. 25, n. 3, p. 307-312, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_09.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2016.

MARIE, N.G. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The lancet.** v. 384, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24880830>>. Acesso em: 28 out. 2017.

MOTTA, Lara Jansiski et al. Análise dos índices de saúde bucal associados a indicadores sociais e econômicos no Brasil de 1986 a 2010. Belo Horizonte, **E&G Economia e Gestão.** v. 16, n. 42, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/view/P.1984-6606.2016v16n42p138>>. Acesso em: 17 jan 2018.

NASCIMENTO, Gabriela Cordeiro Corrêa do; GAGLIARDO, Heloisa Gagheggi Ravanini Gardon. Atenção à saúde ocular de crianças com alterações no desenvolvimento em serviços de intervenção precoce: barreiras e facilitadores. **Rev Bras Oftalmol.** v. 75, n. 5, p. 370-5 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802016000500370>. Acesso em: 24 jan. 2018.

NOGUEIRA, Rosana Maria et al. Sessenta anos do programa nacional de alimentação escolar no Brasil. **Rev. Nutr.** v. 12 n. 2, p. 253-257, mar. /abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n2/1415-5273-rn-29-02-00253.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

OLIVEIRA Tatiana Coura. et al. Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil: transformações e ressignificações. **Interface.** 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005021103&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 dez. 2017.

OLIVEIRA, Rafaela Santini de et al. Avaliação da acuidade visual em escolares no município de Herval d'Oeste Santa Catarina, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro,** v. 8, n. 28, p. 180-6, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8%2828%29544/565>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

PERES, Stela Verzinhasse; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; SLATER, Betzabeth Prevalência de Baixo Peso em Adolescentes da Rede de Ensino Público da Cidade de Piracicaba (SP) e seus Fatores Associados. **Cient Ciênc Biol Saúde.** v. 12, n. 4, p. 23-28, 2010. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/1278/122>> Acesso em: 11 jan. 2018.

RÉGIS-ARANHA, Lauramis de Arruda et al. Acuidade visual e desempenho escolar de estudantes em um município da Amazônia Brasileira. **Escola Anna Nery.** v. 21, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000200204&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 jan. 2018.

SILVA, Kenia Lara et al. Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da enfermagem. **REME. Rev Min Enferm.** v. 18, n. 3, p. 614-622, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/950>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

TRICHES, Rozane Marcia. Promoção do consumo alimentar sustentável no contexto da alimentação escolar. Rio de Janeiro. **Trab. Educ. Saúde.** v. 13, n. 3, p. 757-771, set./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000300757&script=sci_abstract&tIng=pt> Acesso em: 04 de jan. 2017.

WHO. World Health Organization. **Global date on visual impairments 2010.** OMS, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

10. ANEXO I

Parecer CEP nº 1.942.959 de 24 de fevereiro de 2017.

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS PARANAENSES

Emenda para as dissertações:

Atuação do Odontólogo no Programa Saúde na Escola em municípios do Paraná

Ações do Programa Saúde na Escola no município de Cascavel Paraná

Pesquisador: ROSA MARIA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 43815615.8.0000.0107

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.942.959

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa avaliativa, através de análise de implantação utilizando o método de estudo de casos múltiplos, com dados quantitativos e qualitativos.

Serão coletados dados quantitativos disponíveis no site do Ministério da Educação no sistema Simec e dados quanti qualitativos, através de entrevistas com os coordenadores do Programa Saúde na Escola das Secretarias de Educação e das Secretarias de Saúde e com os diretores ou responsáveis pelo Programa nas escolas.

Os dados do Simec serão distribuídos em tabelas e gráficos e analisados estatisticamente. Os dados produzidos nas entrevistas serão submetidos a análise de conteúdo na modalidade de análise temática. O princípio da integralidade a intersetorialidade e a interdisciplinaridade serão as categorias de análise dos dados coletados.

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3272

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.942.959

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar a implantação do Programa Saúde na Escola, em municípios da 10ª. Regional de Saúde no Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos a que se expõe os sujeitos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento para responder às questões da entrevista semiestruturada.

Benefícios:

Os benefícios relacionados com a participação dizem respeito à contribuição para a realização de um trabalho que visa avaliar a implantação do Programa Saúde na Escola nos municípios da 10ª Regional de Saúde que pode contribuir com o desenvolvimento do programa no município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta elevado nível de relevância para a comunidade científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos anexados

Recomendações:

Projeto pode ser aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_766852_E1.pdf	03/01/2017 19:38:07		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DAD_ARQ_GIONE.pdf	03/01/2017 19:37:20	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DEC_NAO_INICIO_GIONE.pdf	03/01/2017 19:37:01	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DAD_ARQ_MANOELA.pdf	03/01/2017 19:35:31	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DEC_NAO_INICIO_MANOELA.pdf	03/01/2017 19:35:08	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.942.959

Outros	Instrumentoodontol.pdf	10/09/2016 10:51:36	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	memo06.pdf	10/09/2016 10:10:01	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocasc.pdf	10/09/2016 10:04:06	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	declnaoiniciopse.pdf	10/09/2016 10:03:38	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	latesmanoela.pdf	10/09/2016 10:03:13	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	campocascavel.pdf	10/09/2016 10:02:22	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	latesgione.pdf	10/09/2016 09:59:43	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	declodontologia.pdf	10/09/2016 09:58:45	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoodontologia.pdf	10/09/2016 09:57:12	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	termocampo.pdf	10/09/2016 09:55:01	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleodontologia.pdf	10/09/2016 09:49:27	ROSA MARIA RODRIGUES	Aceito
Outros	TERMOS-DE-AUTORIZACAO-NRE- CASCAVEL.pdf	08/04/2015 21:17:06		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	08/04/2015 21:13:22		Aceito
Outros	LATTES_SOLANGE.pdf	08/04/2015 21:05:38		Aceito
Outros	LATTES_ROSA.pdf	08/04/2015 21:05:16		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prrpg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.942.959

CASCADEL, 24 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Fausto José da Fonseca Zamboni
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

11. ANEXO II

23/02/2018

Submissões

Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde

CAPA SOBRE ACESSO CADASTRO PESQUISA ATUAL
 ANTERIORES NOTÍCIAS PORTAL DE PERIÓDICOS DA UNIARP
 PORTAL UNIARP DIRETRIZES PARA AUTORES

[OPEN JOURNAL
SYSTEMS](#)

IDIOMA

Capa > Sobre a revista > **Submissões**

Submissões

- [Submissões Online](#)
- [Diretrizes para Autores](#)
- [Declaração de Direito Autoral](#)
- [Política de Privacidade](#)

Submissões Online

Já possui um login/senha de acesso à revista Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde?

[ACESSO](#)

Não tem login/senha?

[ACESSO A PÁGINA DE CADASTRO](#)

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Diretrizes para Autores

FINALIDADE

A Revista Científica "RIES", do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde (GIES) da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP) tem por objetivo publicar Artigos Científicos originais, de Revisão, Comunicações e Resenhas das áreas de saúde e afins.

As linhas de pesquisa do GIES, que mantém a Revista Científica RIES, são:

- 1 - Investigação de compostos com atividade biológica;
- 2 - Promoção, prevenção e reabilitação em saúde;
- 3 - Gestão de serviços de saúde.

PROCEDIMENTOS PARA ENCAMINHAMENTO E ACEITE PARA PUBLICAÇÃO

O procedimento para encaminhamento e aceite de artigos para publicação na RIES é o seguinte:

Fase 1: Submissão do artigo através da página eletrônica da revista (<http://www.periodicosuniarp.com.br/ries>). A revista também pode ser acessada a partir de <http://www.periodicosuniarp.com.br>.

Fase 2: Escolha dos artigos segundo critérios de relevância e adequação às diretrizes editoriais. A escolha é efetuada pelo Conselho Editorial da RIES subsidiada por uma equipe de consultores Ad Hoc.

Fase 3: Parecer emitido pelo Conselho Editorial da RIES, com auxílio de colaboradores "ad-hoc" especialistas e/ou mestres e/ou doutores. Os artigos terão um dos seguintes pareceres:

- aceitação na íntegra;
- aceitação com ajustes;
- recusa integral.

O autor, que encaminhou o artigo, receberá cópia por e-mail do parecer.

Fase 4 - Publicação dos artigos selecionados na RIES.

AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

<http://periodicosuniarp.com.br/ries/about/submissions#authorGuidelines>

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Login

Senha

Lembrar usuário

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar](#)
- [Assinar](#)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos ▼

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por título](#)
- [Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

- [Para leitores](#)
- [Para Autores](#)
- [Para Bibliotecários](#)

23/02/2018

Submissões

Será considerado autorizado o artigo enviado pelo(os) autor(es) que aceitar as normas de publicação da revista explicitadas ao longo do processo de submissão.

Trabalhos que contiverem partes de texto de outras publicações devem obedecer aos limites especificados para manter a originalidade do trabalho elaborado.

Antes de submeter o artigo para publicação, verifique se o mesmo atende às exigências para a publicação na RIES.

RESPONSABILIDADE PELAS IDEIAS E CONCEITOS

As ideias e conceitos constantes nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es).

NORMAS GERAIS DE APRESENTAÇÃO

RIES aceita trabalhos nos seguintes idiomas: português, inglês e espanhol.

Todos os trabalhos apresentados à RIES devem seguir as seguintes normas gerais de apresentação:

- Margens superior e esquerda de 3 cm e direita e inferior de 2 cm;
- Título no idioma do texto e em inglês (caso o texto seja inglês, apresentar título também em português);
- Autor(es), alinhamento à direita, fonte arial 10, espaço simples. Em nota de rodapé devem constar a Nome, Titulação, Instituição de proveniência e Email para correspondência;
- Resumo no idioma do texto (máximo de 250 palavras). Fonte arial 12, espaço simples e justificado;
- Palavras-chave no idioma do texto (entre 3 e 5). Fonte arial 12, com espaço de uma linha antes e uma depois;
- Abstract (máximo de 250 palavras). Caso o idioma do texto seja inglês, fornecer resumo em português. Fonte arial 12, espaço simples e justificado;
- Keywords (entre 3 e 5), caso o idioma do texto seja inglês, fornecer palavras-chave em português. Fonte arial 12, com espaço de uma linha antes e uma depois;
- Títulos são alinhados à esquerda, sem recuo e/ou numeração, fonte arial 12 e caixa alta;
- corpo texto em fonte arial 12, espaçamento 1,5 entre linhas e justificado;

Os **Artigos Científicos originais** devem ter um mínimo de 05 e máximo de 20 páginas e, além do que consta nas normas gerais, conter os seguintes tópicos:

- Introdução;
- Material e Métodos;
- Resultados e discussão;
- Considerações finais;
- Referências.

As **Comunicações Científicas** compreendem textos menores que contém resultados preliminares, novos e/ou relevantes, de uma pesquisa que está em andamento. São menos detalhados do que os artigos.

- Uma Comunicação também pode conter datas e locais para registrar onde e quando um resultado importante/relevante foi observado pelo(s) autor(es).
- Uma Comunicação pode ter entre 3 e no máximo 5 páginas e, além do que consta nas normas gerais, conter texto da comunicação, sem subdivisões, mas que inclua introdução, metodologia, resultados e conclusão, com ou sem tabelas e/ou quadros e/ou figuras.

Um **Artigo de Revisão** deve ter um mínimo de 05 e máximo de 20 páginas e, além do que consta nas normas gerais, conter os seguintes tópicos:

- Introdução;
- Desenvolvimento;
- Considerações finais;
- Referências.

23/02/2018

Submissões

Uma **Resenha** é a apresentação crítica de uma obra bibliográfica relevante nas áreas da saúde e afins, com no máximo 3 (três) anos de publicação no Brasil, que pode ter até 5 páginas. Ela deve conter os seguintes elementos:

- Título, segundo as normas gerais de apresentação.
- Nome do autor/es, segundo as normas gerais de apresentação.
- Referência completa da obra resenhada precedida da expressão "Resenha de:"
- Corpo do texto, segundo as normas gerais de apresentação.

CITAÇÕES

Citações diretas com menos de 3 (três) linhas são transcritas no corpo de texto entre aspas. Citações com mais de 3 (três) linhas devem figurar em parágrafo próprio, com fonte arial 10, entre linhas simples, com recuo de 4 cm da margem esquerda e espaços duplos em relação aos parágrafos anterior e posterior. Para todas as citações diretas deve-se mencionar autor, ano e página de onde foram extraídas conforme exemplos a seguir.

RIES adota o padrão autor/data para a elaboração de citações conforme exemplos abaixo:

Citações indiretas

Ex. 1: Conforme Silva (2013), a saúde...

Ex. 2: A saúde merece ... (SILVA, 2013).

Citações diretas

Ex. 1: Conforme Silva (2013, p. 999), "a saúde [...]".

Ex. 2: "A saúde merece [...]" (SILVA, 2013, p. 999).

Citação de citação

Ex. 1: Conforme Silva apud Silva (2013), a saúde...

Ex. 2: A saúde merece ... (SILVA apud SILVA, 2013).

Ex. 3: Conforme Silva (apud SILVA, 2013, p. 999), "a saúde [...]".

Ex. 4: "A saúde merece [...]" (SILVA apud SILVA, 2013, p. 999).

REFERÊNCIAS

RIES adota o modelo ABNT para a elaboração de referências conforme exemplos abaixo:

EXEMPLOS DAS REFERÊNCIAS MAIS COMUNS EM TRABALHOS ACADÊMICOS

A regra geral é: SOBRENOME, Prenome. **Título** [negrito]: subtítulo. Edição. Local: Editora, ano.

Monografia no Todo

Ex.:

CURY, Augusto Jorge. **Pais brilhantes, professores fascinantes**. 6. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

Outra obra do(s) mesmo(s) autor(es)

Ex.:

CURY, Augusto Jorge. **Nunca desista de seus sonhos**. 7. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

_____. **Dez leis para ser feliz**. São Paulo: Sextante, 2003.

De 1 a 3 Autores: Referencia-se todos, separados por ponto e vírgula.

Ex.:

DAMIÃO, Regina Toledo; HENRIQUES, Antonio. **Curso de português jurídico**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Se há mais de 3 autores, menciona-se o primeiro seguidos da expressão latina et al. (e outros).

Ex.:

23/02/2018

Submissões

ANDRADE, Carlos Drummond de. et al. **Cinco estrelas**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001.

Coordenador, Organizador, Compilador e Editor

Ex.:

AZEREDO, José Carlos de (coord.). **Escrevendo pela nova ortografia**: como usar as regras do novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa. 3. ed. São Paulo: Ed. Houaiss, 2009.

MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES

A regra geral é: SOBRENOME, Nome do autor. Ponto. **Título da obra** [em destaque]. Ponto. Ano da defesa. Ponto. Número de folhas [uso da abreviatura f.]. Ponto. Tipo do documento [monografia, dissertação, tese] (Mestrado ou Doutorado em [área de interesse]). Traço. Nome da instituição, vírgula, nome da instituição, vírgula, local.

Ex.:

BUBLITZ, Gustavo Gomes. **Contribuições de uma pesquisa de avaliação para o desenvolvimento de uma política de informatização de escolas públicas**: O caso do PROINFO/SC. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Administração - área de Gestão Estratégica das Organizações) - Curso de Mestrado em Administração. UDESC, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.

DICIONÁRIOS, MANUAIS E ENCICLOPÉDIAS

Dicionário

Ex.:

HOUAISS, Antônio (Ed.). **Novo dicionário Folha Webster's**: Inglês/português, português/inglês. Co-editor Ismael Cardim. São Paulo: Folha da Manhã, 1996. Edição exclusiva para o assinante da Folha de São Paulo.

Manual

Ex.:

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Esportes e Turismo do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Turismo. **Turismo no Código de Defesa do Consumidor**: manual de esclarecimentos. São Paulo, 1991.

Enciclopédias

Ex.:

KOOGAN, André; HOUAISS, Antônio (Ed.). **Enciclopédia e dicionário digital 98**. Direção geral de André Koogan Breikman. São Paulo: Delta: Estadão, 1998. 5 CD-ROM.

ENTIDADES COLETIVAS (ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS, EMPRESAS)

Se a entidade coletiva tiver denominação genérica entra-se pelo órgão superior (em maiúscula).

Ex.:

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria de Educação e Cultura. **Caderno de restauro**: Solar Lopo Gonçalves. Porto Alegre, 1987.

Se a entidade tiver uma denominação específica entra-se diretamente pelo seu nome (em maiúscula).

Ex.:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação: referências – elaboração. Rio de Janeiro, 1989.

MONOGRAFIAS CONSIDERADAS EM PARTES

Quando o autor da parte é o mesmo do todo

Ex.:

SANTOS, Vilmar Pereira dos. **Manual de diagnóstico e reestruturação financeira de empresas**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 11-19.

Quando o autor da parte não for autor do todo

RAPPAPORT, Alfred. Selecionando estratégias que criam valor para os acionistas. In: MONTGOMERY, Cynthia; PORTER, Michael. (Org.). **Estratégia**: a busca da vantagem competitiva. Rio de Janeiro: Campus, 1998. Cap. 9, p. 395-418.

23/02/2018

Submissões

TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS

Ex.:

CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 9., 1998, Goiânia.
Anais... Goiânia: ABESS, 1998.

SONNENBURG, Cláudio. Um modelo de fluxo de dados e respectiva arquitetura.
 In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ARQUITETURA DE COMPUTADORES, 7, 1995,
 Canela. **Anais...** Porto Alegre: Instituto de Informática da UFRGS, 1995. p. 41-
 60.

MONOGRAFIA NO TODO SEM AUTORIA

Tem sua entrada pelo título com a primeira palavra em maiúscula.

Ex.:

DIAGNÓSTICO do setor editorial brasileiro. São Paulo: Câmara Brasileira do
 Livro, 1993. 64 p.

ATAS DE REUNIÃO

Ex.:

INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO. Biblioteca, Curitiba. **Ata n. 7 da reunião de
 5 de abr. de 1999.** Livro 1, p. 5-8.

PUBLICAÇÃO PERIÓDICA (revistas científicas)**Publicação periódica como um todo (coleção)**

Ex.:

REVISTA BRASILEIRA DE GEOGRAFIA. Rio de Janeiro: IBGE, 1939-.

BOLETIM GEOGRÁFICO. Rio de Janeiro: IBGE, 1943-1978. Trimestral.

SÃO PAULO MEDICAL JOURNAL. São Paulo: Associação Paulista de Medicina,
 1941-. Bimensal. ISSN 0035-0362.

Publicação periódica em partes (artigos publicados em revistas científicas)

Ex.:

WERNKE, Rodney. Contabilidade para a nova economia. **Revista Brasileira de
 Contabilidade**, Brasília, v. 40, n. 131, p. 31-43, bimestral, set./out. 2001.

Artigos e matérias de jornais

Ex.:

NAVES, P. Lagos Andinos dão banho de beleza. **Folha de S. Paulo**, São Paulo,
 28 jun. 1999. Folha Turismo, Caderno 8, p.13.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE OUTROS DOCUMENTOS**Entrevistas**

SOBRENOME DO ENTREVISTADO, Prenome. **Assunto ou título do programa.**
 Local do depoimento, entidade onde aconteceu o pronunciamento. Data. Nota
 indicando o tipo de depoimento e nome do entrevistador.

SUSSENKIND, Arnaldo. **Anteprojeto da nova CLT.** Porto Alegre, Televisão
 Guaíba. 29 abr.1979. Entrevista a Amir Domingues.

DOCUMENTOS JURÍDICOS**Legislação**

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 42.822, de 20 janeiro de1998. **Lex:** coletânea
 de legislação e jurisprudência, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-220, 1998.

BRASIL. **Código civil.** 46 ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 9, de 9 de novembro de
 1995. **Lex:** legislação federal e marginalia, São Paulo, v. 59, p. 1966, out./dez.
 1995.

DOCUMENTOS DE ACESSO EXCLUSIVO EM MEIOS ELETRÔNICOS

Ex.:

ÁCAROS no Estado de São Paulo. In: FUNDAÇÃO TROPICAL DE PESQUISAS E
 TECNOLOGIA "ANDRÉ" TOSELLO". **Base de dados Tropical.** 1985. Disponível

23/02/2018

Submissões

em: <<http://www.bdt.fat.org.br/acaro/sp/>>. Acesso em: 30 maio 2002.

ALVES, Castro. **Navio negroiro**. Disponível em: <<http://www.bibvirt.futuro.usp.br/acervo/literatura/autores/castroalves/negroiro>>. Acesso em: 22 jul. 1999.

ZERO HORA DIGITAL. Diário. Disponível em: <<http://www.zh.com.br/capa/index.htm>>. Acesso em: 22 jul. 1999.

POLÍTICA. In: DICIONÁRIO da língua portuguesa. Lisboa: Priberam Informática, 2004. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo>>. Acesso em: 8 mar. 2004.

RIBEIRO, Pedro. Adoção à brasileira: uma análise sóciojurídica. **Dataveni@**, São Paulo, ano 3, n. 18, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.datavenia.inf.br/frame.artig.html>>. Acesso em: 10 set. 2006.

ARRANJO tributário. **Diário do Nordeste Online**, Fortaleza, 27 fev. 2005. Disponível em: <<http://www.diariodonordeste.com.br>>. Acesso em: 28 fev. 2005.

VEIRA, Cássio Leite; LOPES, Marcelo. A queda do cometa. **Neo Interativa**, Rio de Janeiro, n. 2, inverno 1994. 1 CD-ROM.

SILVA, M. M. L. Crimes da era digital. **Net**, Rio de Janeiro, Nov. 1998. Seção Ponto de Vista. Disponível em: <<http://www.brazilnet.com.br/contextos/brasilrevistas.htm>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

IMPORTANTE!

Maior detalhamento das normas para a elaboração de referências pode ser encontrado na normalização de trabalhos acadêmicos da UNIARP disponível em: http://extranet.uniarp.edu.br/secretaria/Normalizao/Normalizacao_corrigida_201

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço entre linhas de 1,5 pontos; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

- a. Autores mantém os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Licença Creative Commons Attribution](#) que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.
- b. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.
- c. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja [O Efeito do Acesso Livre](#)).

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ISSN: 2238-832X

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP)
Rua Victor Baptista Adami, 800 - Centro
CEP: 89500-000 - Cx. Postal 232 - Fone: (49) 3561-6200
E-mail: uniarp@uniarp.edu.br

Copyright © 2010 UNIARP. Todos os direitos reservados.