



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DO RIO GRANDE DO NORTE**

RESOLUÇÃO Nº 34/2015-CONSUP

Natal (RN), 20 de novembro de 2015.

Aprova a Política de Saúde Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte.

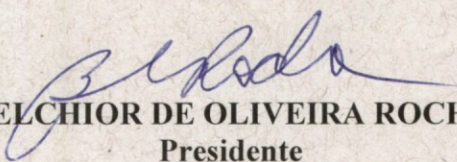
O PRESIDENTE DO CONSELHO SUPERIOR DO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE, no uso das atribuições legais que lhe confere o Art. 9º do Estatuto do IFRN,

CONSIDERANDO

o que consta no Processo nº 23421.014992.2015-91, de 24 de abril de 2015,

RESOLVE:

APROVAR, na forma do anexo, a Política de Saúde Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte.


BELCHIOR DE OLIVEIRA ROCHA
Presidente

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE
DIRETORIA DE GESTÃO DE ATIVIDADES ESTUDANTIS-DIGAE

POLÍTICA DE SAÚDE ESTUDANTIL DO IFRN

NATAL/ RN
2015

POLÍTICA DE SAÚDE ESTUDANTIL DO IFRN

Política de Saúde Estudantil do IFRN: planejando ações e buscando alternativas para promoção à saúde dos estudantes.

COMISSÃO TÉCNICA

Ana Cristina Gondim Filgueira

Assistente em administração, Cirurgiã-dentista, Mestre em Saúde Coletiva

Evanne Paula Domingos

Enfermeira, especialista em Saúde do Trabalho

Flávia Christiane de Azevedo Machado

Cirurgiã-dentista, Especialista em Saúde da Família, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva

Gerliene Maria Silva Araújo

Cirurgiã-dentista, Especialista em Implantodontia, Mestre em Saúde Coletiva

Ideíze de Barros Medeiros

Técnica de enfermagem, Gestora Financeira e Hospitalar, Especialista em Ambiente Organizacional Saúde e Ergonomia

Janmille Valdivino da Silva

Cirurgiã-dentista, Especialista em Endodontia, Mestre em Saúde Coletiva

Ricardo Alexandro Xavier Barbosa

Médico, Especialista em Geriatria

Rossana Carla Rameh de Albuquerque

Psicóloga, Especialista em Gerontologia Social, Especialista em Dinâmica de Grupo, Mestre em Saúde Coletiva, Doutoranda em Medicina Preventiva

Sandra Maria Rodrigues Medeiros

Cirurgiã-dentista, Mestre em Administração

Sara Lima Silva da Costa Araújo

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família

Solange da Costa Fernandes

Assistente Social – Diretora de Gestão de Atividades Estudantis

Thiago Antonio Raulino do Nascimento

Cirurgião-dentista, Especialista em Vigilância Sanitária, Mestrando em Demografia

AGRADECIMENTOS

Em uma instituição de ensino da magnitude do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, a elaboração de documentos normatizadores é um trabalho de autoria coletiva. É uma tarefa árdua em que as vaidades pessoais devem ser abandonadas em prol de benefícios para a coletividade. Por esse motivo, torna-se necessário agradecer.

A Deus que nos iluminou na construção desse documento.

A DIGAE que nos deu suporte institucional e proporcionou o encontro dos diversos profissionais envolvidos nesse processo.

Aos Diretores-gerais dos *campi* que permitiram o empenho destes servidores.

Ao magnífico Reitor pela condução desta instituição, sempre de forma participativa e visando a melhoria do processo ensino-aprendizagem dos alunos.

A todos que dedicaram parte de seu tempo na tentativa de edificar a trajetória do serviço de saúde dentro do IFRN.

Agradecemos a todos aqueles que, de forma direta ou indiretamente, contribuíram para a produção deste documento.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Faixa etária dos alunos do IFRN nos anos de 2011, 2012 e 2013.

Gráfico 2 - Taxa de incidência da AIDS, segundo estados do Nordeste, na população masculina de 13 a 19 anos em 2010.

Gráfico 3 - Taxa de incidência de AIDS nos estados do Nordeste, na população feminina de 13 a 19 anos em 2010.

Gráfico 4 - Número de adolescentes de 15 a 19 anos em 2008, acompanhados nutricionalmente pelo Programa Bolsa Família segundo municípios que sediam *campus* do IFRN.

Gráfico 5 - Imunizações /cobertura da população geral nos municípios com campus do IFRN.

Figura 1- Municípios participantes da amostra com coleta realizada e não realizada. Os círculos em laranja indicam, proporcionalmente, a população do município em 2010.

Figura 2 - Índice CEO-d/CPO-D e componentes de acordo com a idade para o Estado do Rio Grande do Norte em 2010.

Figura 3- Índice CEO-d/CPO-D de acordo com a idade para o estado, região Nordeste e Brasil em 2010.

Figura 4- Percentual de indivíduos sem doença periodontal em crianças e adolescentes segundo Porte Populacional (número de habitantes) e para o Rio Grande do Norte em 2010.

Figura 5- Percentual de indivíduos sem doença periodontal de acordo com a idade para o estado, região Nordeste e Brasil em 2010.

Figura 6- Distribuição do Índice de Estética Dental (DAÍ) segundo a idade para o estado do Rio Grande do Norte em 2010.

Figura 7- Percentual de indivíduos com algum grau de oclusopatia, segundo idade no Estado, Nordeste e Brasil em 2010.

Figura 8- Necessidade de prótese dentária em adolescentes, adultos e idosos no Rio Grande do Norte em 2010.

Figura 9- Necessidade de prótese dentária em adolescentes, adultos e idosos no estado, Nordeste e Brasil em 2010.

Figura 10- Percentual de indivíduos que consultaram dentista, alguma vez na vida, segundo idade no Estado, Região e País em 2010.

Figura 11- Frequência de consulta ao dentista, segundo idade no Estado do Rio Grande do Norte em 2010.

Figura 12- Tipo de serviço onde ocorreu a consulta ao dentista, segundo idade no Estado do Rio Grande do Norte em 2010.

Tabela 1- Uso de drogas psicotrópicas (exceto álcool e tabaco) entre 1.895 estudantes de ensino fundamental⁽¹⁾ e médio das redes pública e privada da cidade de Natal, de acordo com os tipos de uso, conforme gênero e faixa etária.

Tabela 2- Uso de diferentes drogas psicotrópicas entre 1.895 estudantes de ensino fundamental⁽¹⁾ e médio das redes pública e privada da cidade de Natal, de acordo com os tipos de uso.

Figura 13- Uso na vida de drogas psicotrópicas⁽¹⁾, das cinco drogas mais consumidas e de crack, exceto álcool e tabaco, entre estudantes de ensino fundamental⁽²⁾ e médio da rede pública da cidade de Natal, comparando-se os anos de 2004 e 2010.

Tabela 3- Uso no ano de diferentes drogas psicotrópicas entre 1.895 estudantes de ensino fundamental⁽¹⁾ e médio das redes pública e privada da cidade de Natal, por gênero e faixa etária.

Tabela 4- Uso na vida de diferentes drogas psicotrópicas entre 1.895 estudantes de ensino fundamental⁽¹⁾ e médio das redes pública e privada da cidade de Natal, por gênero e faixa etária.

Figura 14- Uso no ano de álcool e tabaco, entre estudantes de ensino fundamental⁽¹⁾ e médio da rede pública da cidade de Natal, comparando-se os anos de 2004 e 2010.

Tabela 5- Indicador de cobertura CAPS/ 100.000 habitantes por ano e UF. Brasil (2002- julho de 2011).

Figura 15- Programa educativo para profissionais da saúde do IFRN.

Figura 16- *Campi* do IFRN com uso de prontuário eletrônico.

Figura 17- *Campi* do IFRN com estrutura física localizada próximo a lanchonete.

Figura 18- Infraestrutura física dos setores de saúde dos *campi* do IFRN.

Figura 19- Materiais de insumo médico disponível nos diversos *campi* do IFRN.

Figura 20- Insumos odontológicos disponíveis nos diversos *campi* do IFRN.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

CPO-D – Número total de dentes cariados, perdidos e restaurados.

DATASUS- Sistema Nacional de Informações de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFRN- Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

MS – Ministério da Saúde

PeNSE- Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar

OMS- Organização Mundial de Saúde

SIM- Sistema de Informações de Mortalidade

SPA – Substâncias Psicoativas

SUAP- Sistema Unificado de Administração Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

URSAP- Unidade Regional de Saúde Pública

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA.....	12
3	A POLÍTICA DE SAÚDE	13
3.1	ANÁLISE SITUACIONAL.....	13
3.1.1	Condições de saúde dos alunos do IFRN.....	14
3.1.1.1	Perfis demográfico e socioeconômico dos alunos do IFRN.....	14
3.1.1.2	Perfil epidemiológico dos adolescentes do RN.....	16
3.1.1.2.1	Saúde geral.....	16
3.1.1.2.2	Saúde bucal.....	21
3.1.1.2.3	Saúde mental	28
3.1.2	Gestão em saúde no IFRN	35
3.2	DIRETRIZES GERAIS.....	42
3.3	OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	42
4	DESDOBRAMENTOS DA POLÍTICA	48
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49

APRESENTAÇÃO

No processo de discussão da missão dos setores de saúde do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, tornou-se evidente a necessidade de um instrumento norteador para a implantação de um modelo de atenção à saúde mais efetivo e um planejamento estratégico, permitindo definir e aperfeiçoar as bases de organização e funcionamento destes setores no âmbito desta Instituição.

Assim, esta Política de Saúde foi elaborada com o intuito de subsidiar as ações e tomadas de decisões em saúde adotada pelos serviços de saúde dos *campi* do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, no período de 2015-2018. A proposta é que o presente documento sirva de guia para elaboração da Programação Anual de Saúde de todos os *campi* deste Instituto no mesmo período.

Este documento deve nortear as ações de saúde no âmbito desta escola, possibilitando a consolidação dos setores de saúde como atenção primária à saúde dos escolares, atuando na promoção, prevenção e recuperação da saúde dos mesmos. Este também tem como proposta servir de instrumento gerencial dos setores de saúde do IFRN possibilitando assim tanto a resolubilidade de sua gestão quanto das ações e serviços prestados a comunidade escolar, permitindo uma maior efetividade dos setores de saúde.

Por se tratar de uma experiência pioneira no serviço de saúde desta Instituição, deve-se ressaltar que esta Política de Saúde requer, durante o seu período de vigência, constante avaliação por todos os profissionais envolvidos para que este possa ser aperfeiçoado na próxima edição. Assim, estaremos sempre abertos às contribuições que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou readequação.

1 INTRODUÇÃO

A escola tem como função primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenhando papel essencial na formação e atuação das pessoas em todas as áreas da vida (DEMARZO; AQUILANTE, 2008). Portanto, esta deve ser compreendida como um espaço de relações que permite o desenvolvimento crítico e político do cidadão, contribuindo para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de ver e conhecer o mundo que os cerca (BRASIL, 2009a).

Dentro desse contexto, o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte – IFRN possui sua função social “comprometida com a formação humana integral, com o exercício da cidadania e com a produção e a socialização do conhecimento, visando, sobretudo, a transformação da realidade na perspectiva da igualdade e da justiça sociais” (IFRN, 2012).

A Educação é firmada, na Constituição de 1988, como direito de todos, adicionando-se a obrigatoriedade do Estado de garantir à população brasileira a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola através do atendimento integral ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde (BRASIL, 2013a).

Neste sentido, antecipadamente a promulgação da Constituição Federal, em meados de 1962, o IFRN, até então denominado Escola Industrial do Rio Grande do Norte faz nascer a Assistência Estudantil nesta instituição por meio da implantação do Serviço Social Escolar. Este serviço tinha por missão intervir nas questões de ordem socioeconômica que afetavam e/ou dificultavam a concretização do processo ensino-aprendizagem e a permanência do estudante nesta instituição até a conclusão dos seus estudos (IFRN, 2010).

Assim, a Assistência Estudantil do IFRN, ao longo de toda sua história, vem desenvolvendo um conjunto de serviços, projetos e programas no intuito de melhorar o desempenho acadêmico e atuar previamente nas situações geradoras de repetência e evasão escolar decorrentes da insuficiência e/ou ausência de condições socioeconômicas, gerando assim uma rede de proteção social para seus alunos (CRUZ et al., 2011).

O Projeto Político Pedagógico do IFRN descreve em seu texto que, para garantir as condições básicas necessárias à concretização da educação de qualidade, é imprescindível a formação e a manutenção de uma equipe de trabalho multidisciplinar e interdisciplinar de profissionais de saúde e educação, no âmbito da assistência estudantil.

Por isso, compreender que os problemas de saúde afetam diretamente a permanência dos alunos na escola e o desempenho satisfatório das atividades escolares, assim como acreditando que a escola é uma área privilegiada para o encontro da educação e da saúde onde a convivência social permite o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma Educação Integral, a Assistência Estudantil instituiu o Serviço de Saúde na Instituição.

Atualmente, em 2015, o IFRN conta com um Setor de Saúde em cada um dos seus 21 *campi*, exceto os *campi* Educação a Distância, Lajes e Parelhas. Fazem parte deste serviço profissionais da área da Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia. E de acordo com o Plano de Assistência Estudantil do IFRN, aprovado pela Resolução nº 23/2010-CONSUP, o Setor de Saúde teria como finalidade oferecer ações de atenção básica à saúde para os alunos regularmente matriculados no IFRN, tendo em vista a promoção, proteção e recuperação da saúde dos estudantes, por meio de atendimentos ambulatoriais, atividades socioeducativas em saúde e campanhas de vacinação (IFRN, 2010).

No entanto, cada Setor de Saúde dos diversos *campi* da instituição atua de forma independente; e devido à inexistência de uma política de saúde na escola, os profissionais de saúde de cada *campus* planejam as suas ações e as executam de acordo com as características de sua demanda e infraestrutura disponível, não havendo um planejamento sistemático e estratégico que sirva de alicerce para atuação destes profissionais.

Cabe lembrar que planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro (CHORNY, 1998). Logo, o planejamento é um modo de entender os problemas de saúde, sendo, desta forma, elemento indispensável para alcance de condições adequadas de saúde, pois o planejamento estratégico em saúde é uma forma de pensar a ação política em saúde (GIOVANELLA, 1990).

Mediante o exposto, entende-se que na atual conjuntura o processo de planejamento dos setores de saúde do IFRN exige a constituição de uma política própria. Isto porque uma política consiste nas decisões tomadas por atores políticos em relação a metas e recursos para se atingir uma determinada situação (WILLIAMS JEKINS, 1978 apud HÖFLING, 2001). No caso, pretende-se efetivar um modelo de atenção na perspectiva da vigilância da saúde, rompendo com o modelo assistencial até então adotado pelos setores de saúde desta Instituição. A vigilância pressupõe uma concepção ampliada do processo saúde/doença/cuidado, compreendendo a saúde como um produto social, derivado das

relações presentes em um dado cenário político, econômico, ideológico e cultural. Essa proposição representa um deslocamento da tradicional base conceitual, limitada ao exclusivo controle e/ou erradicação dos agentes transmissores das doenças (biologicista), para uma ampliação que compreende as relações sociais como agentes relacionados às desigualdades em saúde (SANTIAGO et al., 2008).

Assim, a instituição desta política propiciaria a execução de um planejamento estratégico em saúde, corroborando para a integralidade das ações executadas, melhoria dos serviços ofertados e resolubilidade dos agravos à saúde que possam dificultar/interferir no processo ensino-aprendizagem, fortalecendo a permanência e o êxito dos discentes na instituição. Este processo de formação educacional e cidadã dos discentes representa a conexão entre a missão do Instituto e dos setores que o compõem como um todo.

Diante desse contexto, o eixo norteador dessa Política foi a construção de diretrizes que considerassem esse ponto em comum para orientar os processos de trabalho voltados ao seu público-alvo - os discentes da Instituição, com ênfase naqueles socialmente vulneráveis e com maior risco ao adoecimento. Além disso, os diferentes fatores envolvidos no processo ensino-aprendizagem enfatizam a necessidade de processos de trabalho intersetoriais, integrando as diversas potencialidades da Instituição (recursos humanos, estruturais, financeiros e logísticos) em prol desse objetivo.

2 JUSTIFICATIVA

O IFRN, cumprindo sua função social, tem promovido mudanças significativas no âmbito da formação humana, da formação para o trabalho e do desenvolvimento social e econômico, contribuindo para o combate às desigualdades estruturais de diversas ordens, inclusive na saúde, proporcionando o desenvolvimento social por meio da formação humana integral dos sujeitos atendidos. Pois a escola é um espaço privilegiado para a construção de valores e conceitos que interferem diretamente na produção social das desigualdades.

Portanto, entendemos que esta Instituição é um espaço para a ação intersetorial. Desta forma, uma parceria entre educação e saúde, como prevista pelo Programa Saúde na Escola do governo federal, onde as partes envolvidas trabalham juntas para atingir um objetivo comum, resulta em benefícios para os seus discentes e consequentemente para a região em que estão inseridos.

Vale salientar que dentro do atual contexto da saúde pública nacional os alunos desta Instituição são privilegiados. Estes desfrutam de um ambiente onde se articulam educação, promoção, prevenção e recuperação da saúde, tendo em vista que o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) deste país, apesar de ser garantido constitucionalmente, ainda não se encontra em seu nível de excelência. Logo, os Setores de Saúde desta Instituição trabalham não apenas como importantes instrumentos de recuperação da saúde dos alunos, mas também como promotores de ações de educação em saúde.

Assim, para que o Setor de Saúde possa desempenhar plenamente suas atividades, a instituição de uma política configura-se como importante elemento estratégico de gestão, conferindo direcionalidade às ações a serem implantadas em benefício de uma máxima efetividade e eficiência. Ademais, ela permite a disseminação da identidade institucional, favorecendo a padronização dos processos de trabalho, tendo em vista o processo de expansão do IFRN nos últimos anos.

Diante do exposto, uma Política de Saúde construída de forma estratégica e participativa, representando a expressão dos valores e compromissos a serem adotados por seus atores, servirá como base para a execução, o monitoramento, avaliação e gestão dos serviços de saúde nesta instituição.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE

Esta Política de Saúde é um instrumento fundamental para a consolidação das ações de saúde da Assistência Estudantil, visto que, através dela, busca-se explicitar o caminho a ser seguido pelos Setores de Saúde para atingir a sua missão. Assim, ela apresenta a orientação política sobre o que fazer no conjunto das organizações de saúde durante o período de quatro anos, a partir da explicitação de diretrizes, objetivos, ações e metas. Constituindo desta forma, a expressão da responsabilidade de cada setor de saúde com os discentes deste Instituto e sendo a síntese de um processo de decisão sobre o que fazer para enfrentar um conjunto de problemas. Ela também é considerada um instrumento básico que norteará a definição da Programação Anual de Saúde dos *campi*.

Esta Política foi construída de forma coletiva com o envolvimento da equipe multiprofissional de saúde desta instituição, buscando refletir de forma genuína a necessidade de saúde dos discentes do IFRN e a factibilidade de suas metas. Este escrito foi baseado em documentos do Ministério da Saúde e Ministério da Educação (PlanejaSUS e Programa Saúde na Escola) e documentos institucionais (Projeto Político-Pedagógico e Plano de Assistência Estudantil do IFRN) que serviram como fontes inspiradoras para a reflexão do papel e da importância dos setores de saúde neste Instituto. Ele é composto, primeiramente, por uma análise situacional das condições de saúde, que por sua vez subsidiou a formulação das diretrizes, objetivos, metas e indicadores.

3.1 ANÁLISE SITUACIONAL

A análise situacional consiste no processo de identificação e priorização de problemas em uma determinada realidade, tendo como objetivo orientar as medidas e ações a serem adotadas para superação dos problemas diagnosticados. Baseado nesta análise será possível identificar quais os principais agravos à saúde a serem enfrentados pela população de estudantes, quais os fatores externos que podem interferir nas condições de saúde dos mesmos e como funciona a rede de gestão de saúde dentro do IFRN.

Para tanto, a análise situacional para elaboração desta Política de Saúde foi realizada com base em dois eixos principais: condições de saúde dos alunos do IFRN e gestão em saúde no IFRN.

3.1.1 Condições de saúde dos alunos do IFRN

3.1.1.1 Perfis demográfico e socioeconômico dos alunos do IFRN

O Sistema Nacional de Informações de Saúde, DATASUS, revela que a população do Rio Grande do Norte no ano de 2012 era composta por 302.897 adolescentes de 15 a 19 anos e 609.355 adultos jovens de 20 a 29 anos, totalizando 28% da população do estado.

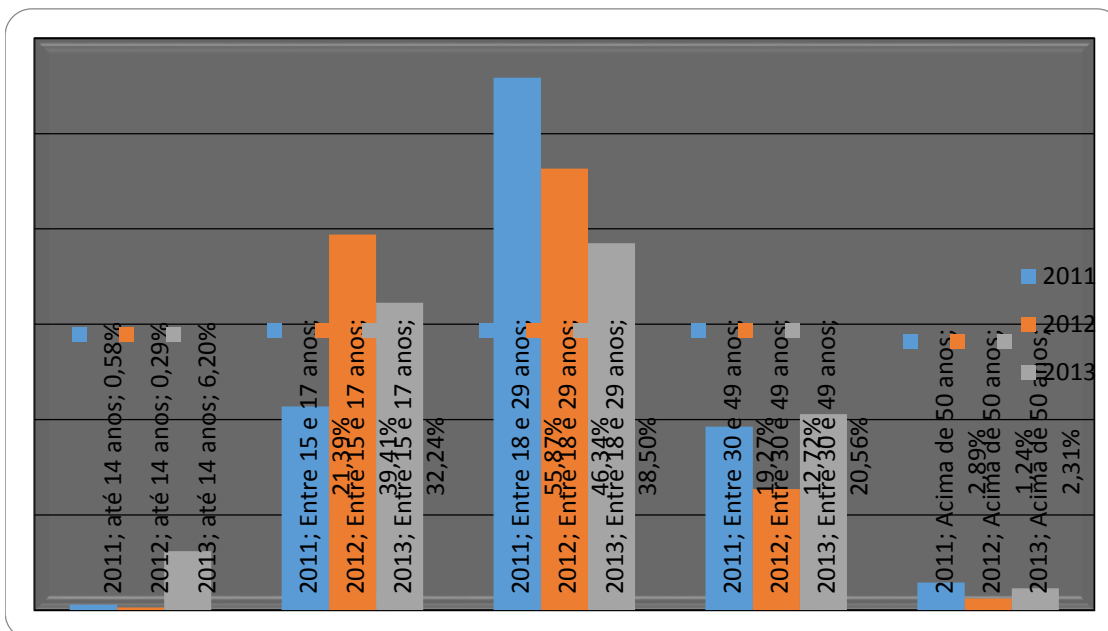
No início de 2013, o Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia do Rio Grande do Norte encontrava-se dividido em 16 *campi* distribuídos espacialmente de forma homogênea no Estado em 13 municípios (Apodi, Caicó, Currais Novos, Ipanguaçu, João Câmara, Macau, Mossoró, Natal, Nova Cruz, Parnamirim, Pau dos Ferros, Santa Cruz e São Gonçalo do Amarante) sendo acrescido no final de 2013 de mais 03 novos *campi* (Canguaretama, Ceará-mirim e São Paulo do Potengi). De acordo com seu sistema acadêmico (em julho de 2013), a escola contava com 13480 alunos regularmente matriculados nos cursos técnicos, nas modalidades integrado (7484 alunos), subsequente (4738 alunos) e Educação de Jovens e Adultos (1258); além disso, também contava com 2221alunos matriculados nos cursos do Pronatec, 643 alunas no Mulheres Mil e 2911 alunos matriculados em Cursos de Formação Inicial e Continuada.

Contudo, o censo de 2010 indicou que 2.593 adolescentes potiguares (15-19 anos) nunca frequentaram a escola e 11.280 adultos jovens (20-29 anos) estavam na mesma situação, culminando numa taxa de analfabetismo de 17,8% no estado. No referido ano, apenas 123.738 pessoas estavam frequentando regularmente o ensino médio em escolas públicas. Assim, constatamos que ainda existem adultos jovens e adolescentes fora do ensino médio e provavelmente alguns estarão inclusive fora da escola.

De acordo com o Relatório Geral de Caracterização Socioeconômica dos alunos do IFRN de 2013, disponível no SUAP, observa-se que 6,2% dos estudantes caracterizados possuem idade até 14 anos; 32,4% possuem entre 15 a 17 anos; 38,5% possuem idade na faixa-etária entre 18 a 29 anos; 20,7% possuem entre 30 a 49 anos e 2,3% possui acima de 50 anos. Observa-se um percentual significativo de adolescentes e adultos jovens nesta Instituição, sendo que a faixa etária até 17 anos concentra o percentual de 38,6% dos discentes, valor semelhante à faixa etária de 18 a 29 anos. O gráfico abaixo mostra que a

população de adolescentes e adultos jovens no IFRN tem sido a de maior prevalência nos três últimos anos.

Gráfico 1 – Faixa etária dos alunos do IFRN nos anos de 2011, 2012 e 2013.



Fonte: Relatório Geral de Caracterização Socioeconômica, SUAP, 2013.

Quanto à condição econômica, o relatório aponta que 55% do alunado possui renda familiar de até mil reais, seguido por 27% que detêm uma renda familiar média entre mil e dois mil reais e apenas 17% com renda maior que dois mil reais. Quando consideramos a renda *per capita* a situação piora, pois aproximadamente 60% das famílias estão com até $\frac{1}{2}$ salário, que é o valor considerado pelo governo como limite para classificar os alunos cotistas.

Ao analisarmos a condição educacional dos pais dos alunos, as estatísticas apontam que 42% dos pais dos alunos caracterizados estudaram no máximo até o ensino fundamental, 10% não estudaram, 7% não souberam informar e apenas 6% possuem nível superior completo. Quanto às mães, a situação não difere: apenas 37% estudaram no máximo até o ensino fundamental. Observamos, no entanto, um número menor nas que não estudaram, sendo apenas 6%. As que não souberam informar corresponderam a 9% e as que possuem o nível superior completo atingiram quase 10%. Esses dados nos revelam uma maior inserção feminina na educação, assim como revelam que os filhos têm mais contato com as mães, baseando-se no fato de não saber informar a escolaridades dos pais. Mas, infelizmente, a situação mais evidente é que a maioria desse público não teve acesso nem ao ensino médio.

Desta forma, tais achados apontam que a grande parcela dos estudantes atendidos por esta Instituição enquadra-se nos níveis sociais mais inferiores, onde problemas de educação, renda e saúde estão arraigados em seu cotidiano.

Além disso, é importante lembrar que no Brasil, de acordo com a PNAD 2011/2012, o acesso à escola é de 87,7% na faixa etária de 15 e 19 anos de idade, independentemente da classe de rendimento mensal. Portanto, a escola constitui-se como importante *locus* no monitoramento da saúde do escolar. Principalmente no nosso estado, onde a cobertura de saúde no que se refere à atenção básica é de 83%, segundo dados do DATASUS.

3.1.1.2 Perfil epidemiológico dos adolescentes do RN

3.1.1.2.1 *Saúde geral*

A realidade dos adolescentes e adultos jovens em nosso estado aponta para a grande necessidade de intervenção na faixa etária dos 15 aos 29 anos de idade, principalmente nas classes sociais menos favorecidas. Adolescentes estão iniciando cada vez mais cedo à vida sexual, na maioria das vezes sem conhecimento mínimo de proteção à saúde, como o uso de preservativos. Outro fato importante na vida dos jovens é o uso abusivo de drogas ilícitas. O consumo de substâncias psicoativas (SPA) costuma ter início na adolescência, entre colegas de escola. E segundo levantamentos epidemiológicos, entre os jovens no mundo e no Brasil, é na passagem da infância para a adolescência que se inicia o consumo de álcool e outras drogas (SAÚDE, 2011).

Das 15.598 mortes registradas em 2010 no Rio Grande do Norte, cerca de 7% acometeram jovens e adultos entre 10 e 29 anos, sendo a principal causa de morte as causas externas (acidentes e violência) com mais de 70% dos casos (DATASUS, 2013).

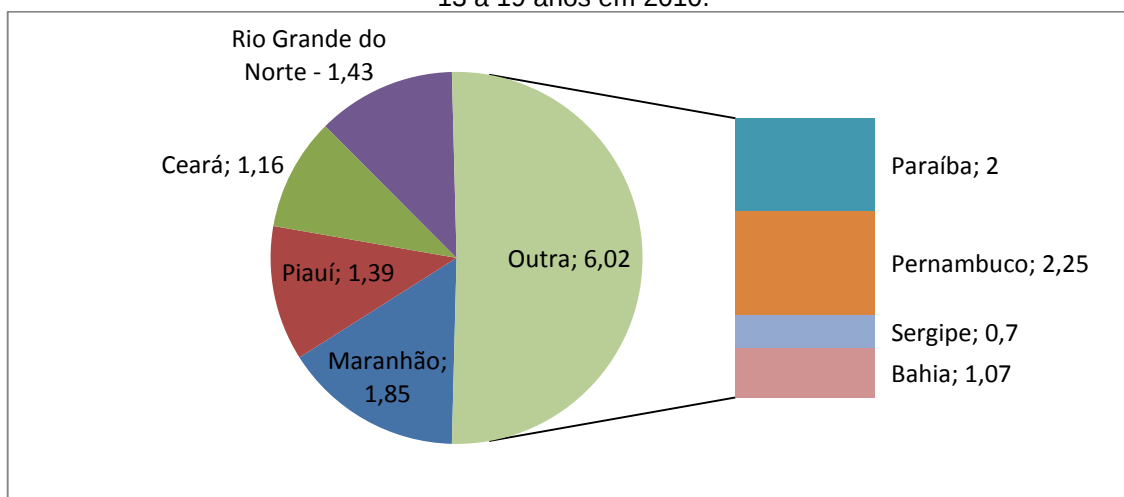
Um fator diretamente associado à violência e responsável por um enorme número de óbitos e internações é o uso do álcool que em muitos casos está associado aos acidentes de transportes, homicídios, suicídios, quedas e afogamentos. Além dos problemas associados ao seu uso prolongado como: cirrose hepática, pancreatite crônica, neoplasias de lábio, cavidade oral, faringe, laringe, esôfago e fígado, gastrite, tuberculose, pneumonia e influenza. O consumo de álcool mata 320 mil jovens e adolescentes por ano, sendo responsável por 9% das mortes de pessoas entre 15 e 29 anos no mundo, de acordo com um relatório divulgado pela OMS. No total, 2,5 milhões de pessoas perdem a vida por ano por causa do produto, que pode provocar ao menos 60 tipos de doenças e ferimentos. Esse número de mortes é maior

do que o registrado para a AIDS ou a tuberculose. O estudo indica que 4% das mortes no mundo têm o álcool como causa, apontando a imensa necessidade de trabalhar esse tema com nosso público.

Além disso, das mortes por AIDS no estado em 2010 cerca de 8% acometeram adultos jovens entre 20 a 29 anos. Mostrando a necessidade de trabalhar com os jovens a prevenção e realizar a busca ativa dos casos, pois provavelmente muitos outros estão contaminados.

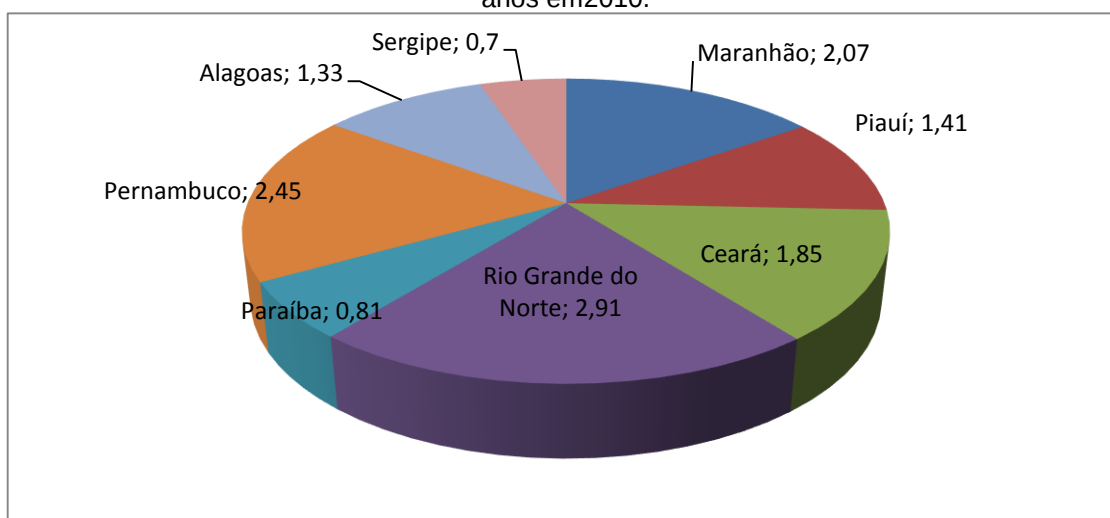
Os gráficos 2 e 3 mostram a incidência da AIDS no nordeste, entre os adolescentes, de acordo com o sexo, evidenciando que no nosso estado a população feminina tem sido mais atingida.

Gráfico 2 - Taxa de incidência da AIDS, segundo estados do Nordeste, na população masculina de 13 a 19 anos em 2010.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/Programa Nacional de DST/AIDS, 2013.

Gráfico 3 - Taxa de incidência de AIDS nos estados do Nordeste, na população feminina de 13 a 19 anos em 2010.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/Programa Nacional de DST/AIDS, 2013.

O DATASUS, em 2010, ainda revela alta incidência de AIDS entre adolescentes e adultos jovens. Dos 335 casos novos de AIDS registrados no mesmo ano mais de 57% ocorreram estas faixa etárias, apontando a necessidade cada vez maior de trabalhar a conscientização dos adolescentes e adultos jovens quanto ao auto-cuidado, amor próprio e sexualidade.

Incidências preocupantes também ocorrem com outros agravos. De acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), somente no ano de 2010, 03 adolescentes do sexo feminino (10-19 anos) no Rio Grande do Norte morreram por doenças infecciosas, 03 por complicações da gravidez, 17 por neoplasias, 18 por homicídios, suicídios e lesões intencionais e 19 por acidentes de trânsito. Quanto aos adolescentes do sexo masculino, 11 morreram por doenças cardiovasculares, 08 por doenças infecciosas, 19 por neoplasias, 59 por acidentes de trânsito, outros acidentes e queda e 180 por lesões intencionais indeterminadas, suicídios e homicídios.

A mortalidade materna, segundo tipo de causa, mostra que em 2010 no RN houve 16 óbitos por causa materna, destes, três foram jovens de 15 a 19 anos e sete foram adultos jovens de 20 a 29 anos, totalizando 62,5% das mortes (DATASUS, 2013).

Em relação à alimentação, a pesquisa realizada pelo IBGE com os escolares - PeNSE 2012 - avaliou a presença de cantina e de pontos alternativos de venda de alimentos nas escolas e o tipo de alimento vendido. Cerca de metade dos escolares (48,9%) estudavam em escolas com cantina e 42,8%, em escolas com ponto alternativo de venda no interior destas ou em sua entrada. A presença de cantinas foi muito maior para os estudantes das escolas privadas (94,8%) do que para os estudantes da rede pública (39,4%). Porém, para o ponto alternativo de venda, essas proporções não apresentaram diferenças significativas na mesma magnitude: 44,8% para os alunos da rede pública e 33,3% para os da rede privada.

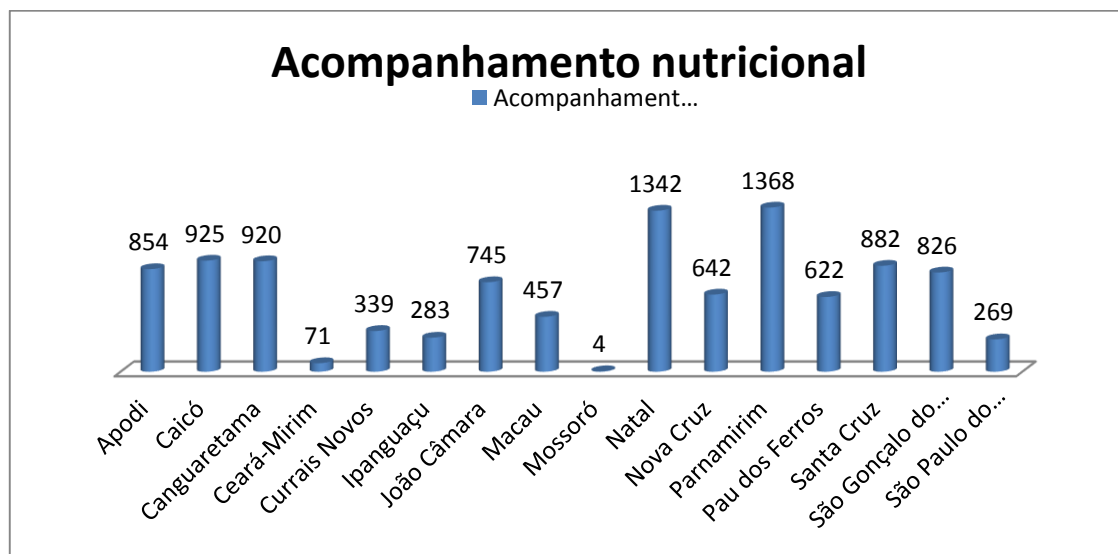
A oferta de bebidas e alimentos na cantina é apresentada de acordo com o percentual de escolares expostos a essas opções de consumo. Dentre os itens perguntados, destacaram-se como os que estão disponíveis, nas cantinas, para um maior número de escolares: os salgados de forno (39,4%), o suco ou refresco natural de frutas (34,1%) e as guloseimas (balas, confeitos, doces, chocolates, sorvetes e outros - 32,0%). Frutas frescas ou salada de frutas foram os itens de alimentos disponibilizados para a menor proporção de escolares, na cantina (11,1%).

Da oferta de bebidas e alimentos no ponto alternativo de venda, de acordo com o percentual de escolares expostos, destacaram-se, dentre os itens perguntados, como os que estão mais disponíveis: as guloseimas (balas, confeitos, doces, chocolates, sorvetes e outros) (33,2%), os salgados fritos (29,6%) e os salgadinhos industrializados (29,1%), todos considerados como alimentos não saudáveis.

Assim observamos o quanto nossos estudantes estão expostos aos fatores de risco para obesidade que tem sido definida como uma pandemia e considerada um problema de saúde pública em nosso país, merecendo atenção especial dos pais e educadores (BRASIL, 2006).

O gráfico 4 mostra que parte desses jovens são acompanhados nutricionalmente pelo Programa Bolsa Família, mas nos questionamos que tipo de acompanhamento é esse, considerando o difícil acesso relatado por nossa comunidade para acesso ao profissional nutricionista.

Gráfico 4 – Número de adolescentes de 15 a 19 anos em 2008, acompanhados nutricionalmente pelo Programa Bolsa Família segundo municípios que sediam campi do IFRN.



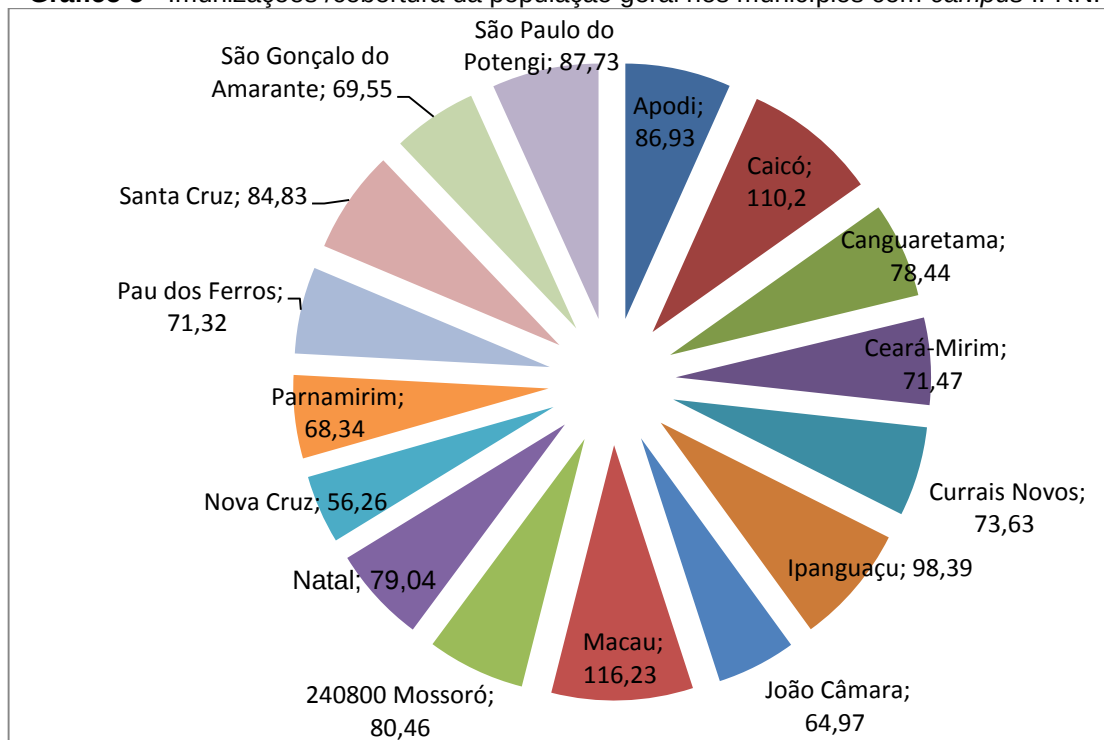
Fonte: Registro de informações do estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família, 2013.

Ao analisarmos a incidência das doenças transmissíveis em 2010 no RN, observou-se que 50% dos casos de tétano confirmados acometeram adolescentes e adultos jovens, 55% dos casos de hepatite B acometeram os jovens e adultos entre 20 e 39 anos. Quanto à

tuberculose, novos 909 casos surgiram neste mesmo ano no estado, mais de 44% atingiu a faixa etária dos adolescentes e adultos. Já a hanseníase atingiu 260 norterriograndenses, sendo 96% deles maiores de 15 anos. Todos estes agravos preveníveis com vacinação e hábitos saudáveis de vida e com possíveis curas se tratados corretamente (DATASUS, 2013).

O gráfico 5 revela a cobertura vacinal nos municípios que possuem IFRN, nos alertando para necessidade de melhorar esses índices de cobertura vacinal com acompanhamento frequente de nossos alunos.

Gráfico 5 - Imunizações /cobertura da população geral nos municípios com *campus* IFRN.



Fonte: Programa Nacional de Imunizações, 2012.

Outro agravo que vem acometendo os jovens do estado é a dengue. Em 2012 houve 7020 novos casos e 58% deles acometeram adolescentes e adultos jovens, que correspondem à maioria da população do estado. Ainda temos a febre hemorrágica da dengue que teve entre os casos confirmados mais de 40% distribuídos na população de adolescentes e adultos jovens. E a leptospirose com 23% dos casos entre jovens e adultos de 20 e 39 anos. Refletindo a urgente necessidade de conscientização da população quanto à higiene, cuidados com a água e responsabilidade social.

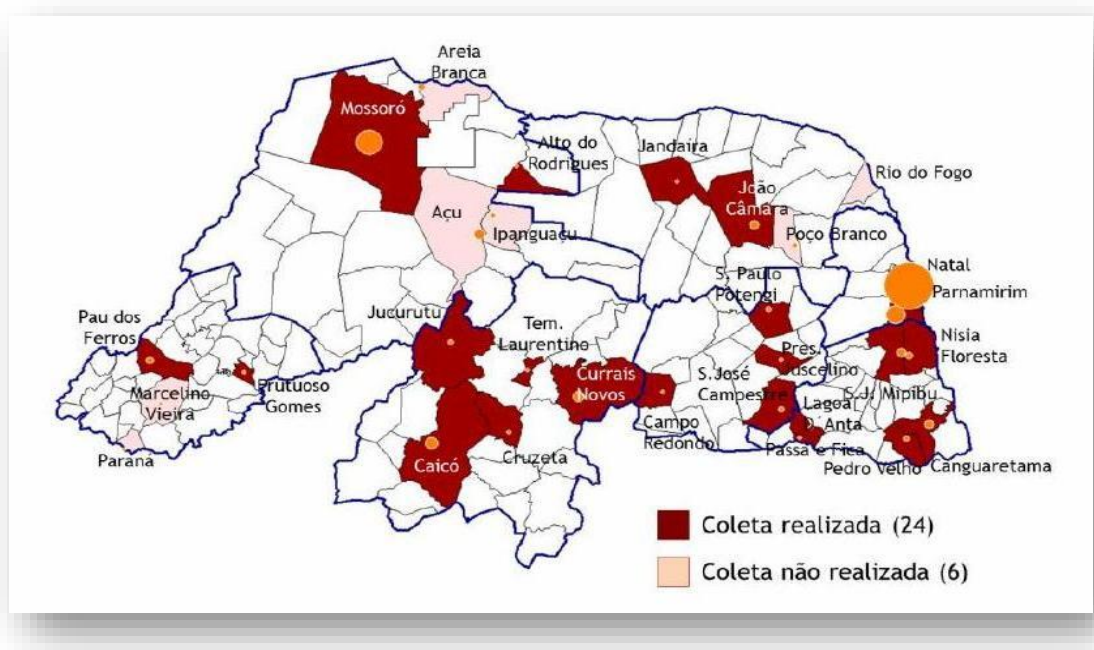
Diante do exposto, torna-se evidente a necessidade de uma estratégia de atuação dos setores de saúde do IFRN, no sentido de orientar os nossos alunos quanto às questões de

promoção, prevenção e proteção à saúde que interligue escola e família, além de cuidados de recuperação da saúde do adolescente.

3.1.1.2.2 Saúde bucal

Para delinear o perfil epidemiológico dos adolescentes do IFRN, no tocante à saúde bucal, foram utilizados dados do Projeto SBBrasil – RN 2010 (Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População do Rio Grande do Norte), realizada em moldes semelhantes à pesquisa nacional - SBBrasil 2010 - e se constituindo a 1ª experiência em inquéritos epidemiológicos em Saúde Bucal de abrangência estadual realizada no estado. A Figura 1 mostra os municípios que fizeram parte da amostra da pesquisa. O planejamento inicial incluía 30 municípios, sendo que em apenas 24 destes a coleta foi efetivada. Os resultados são representativos para o estado, com possibilidade de inferência para as URSAPs (Unidades Regionais de Saúde Pública) e para os diferentes portes populacionais.

Figura 1- Municípios participantes da amostra com coleta realizada e não realizada. Os círculos em laranja indicam, proporcionalmente, a população do município em 2010.

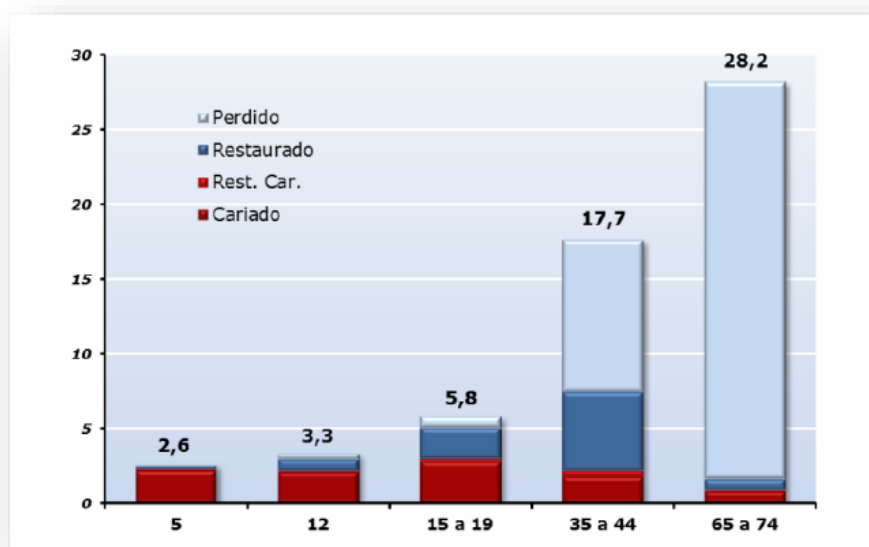


Fonte: SB Brasil RN, 2010.

Para a faixa etária de 15 a 19 anos, foram objeto de pesquisa: cárie dentária, condição periodontal, oclusão dentária, edentulismo, condição socioeconômica, utilização de serviços e autopercepção de saúde bucal. A seguir, destacaremos os resultados mais pertinentes.

Em relação à **cárie dentária**, foi verificado que apenas 35% dos elementos dentários afetados pela cárie nos adolescentes do estado recebem o tratamento restaurador adequado e aproximadamente metade deles permanece sem nenhum tratamento (Figura 2).

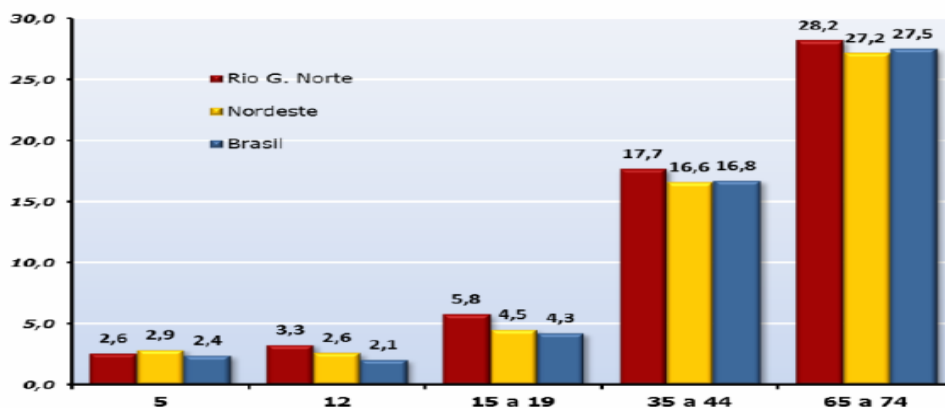
Figura 2- Índice CEO-d/CPO-D e componentes de acordo com a idade para o Estado do Rio Grande do Norte em 2010.



Fonte: SB Brasil RN, 2010.

O CPO-D do RN apresentou-se bem superior aos encontrados no Nordeste e no Brasil (Figura 3) e foram verificadas diferenças significativas entre as URSAPs. Enquanto na II URSAP a média do CPO-D foi de apenas 3,87, na I URSAP esse valor chegou a 6,85.

Figura 3- Índice CEO-d/CPO-D de acordo com a idade para o estado, região Nordeste e Brasil em 2010.

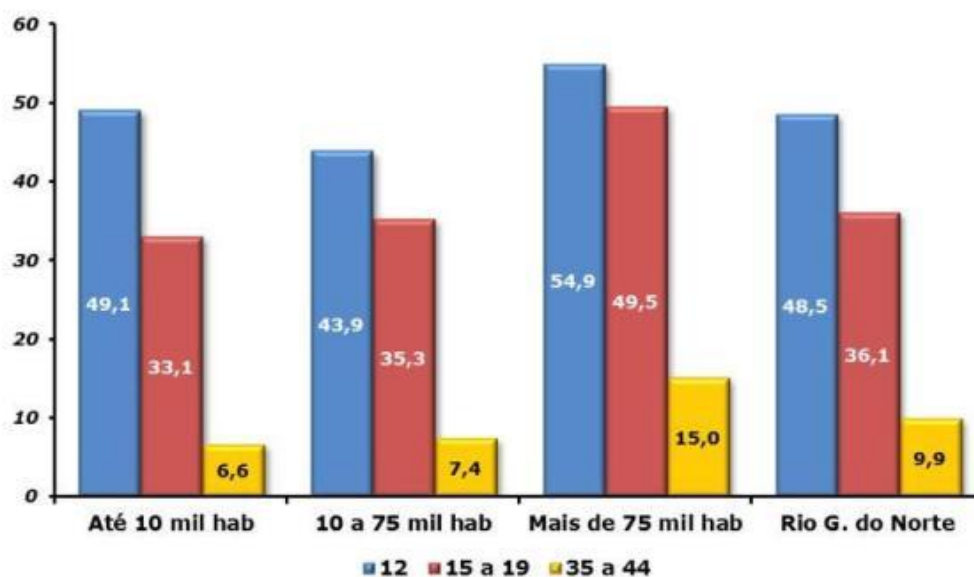


Fonte: SB Brasil RN, 2010.

Quanto à **condição periodontal**, a pesquisa identificou que, quanto maior o porte populacional do município, maior a porcentagem de adolescentes sem doença periodontal (Figura 4). De forma geral, o RN ficou bem distante de se igualar à média nacional de adolescentes livres da doença, que excede os 50% (Figura 5).

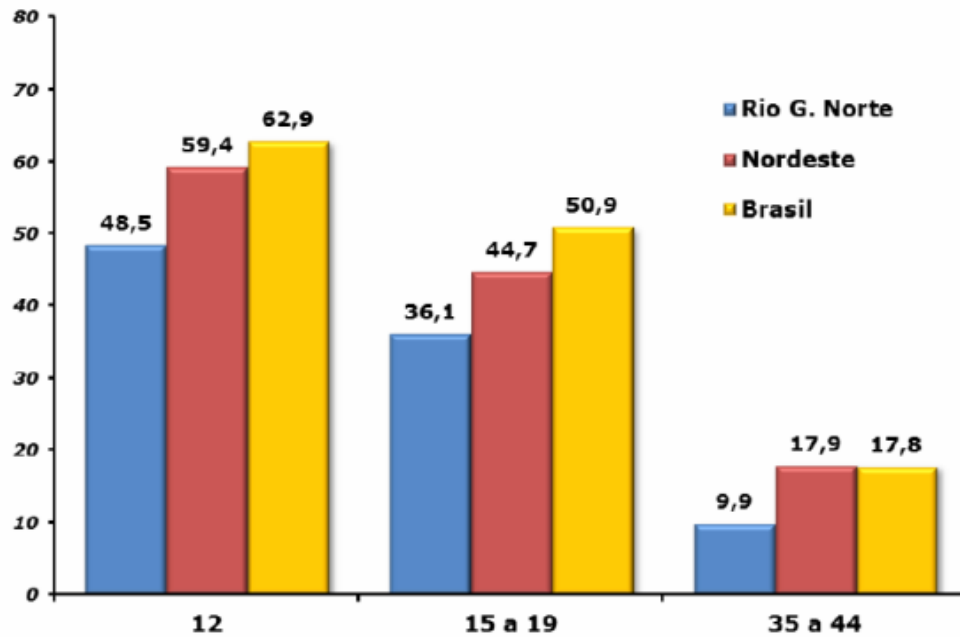
Como ocorreu nas duas condições preliminarmente abordadas, o RN também apresentou uma prevalência de **oclusopatias** em adolescentes maior que as do Nordeste e do país (Figura 7). Ela é praticamente a mesma que a encontrada para a idade de 12 anos, com cerca de 50% sem a presença do agravo (Figura 6). Isso corresponde a 63 mil adolescentes com necessidade de tratamento.

Figura 4- Percentual de indivíduos sem doença periodontal em crianças e adolescentes segundo Porte Populacional (número de habitantes) e para o Rio Grande do Norte em 2010.



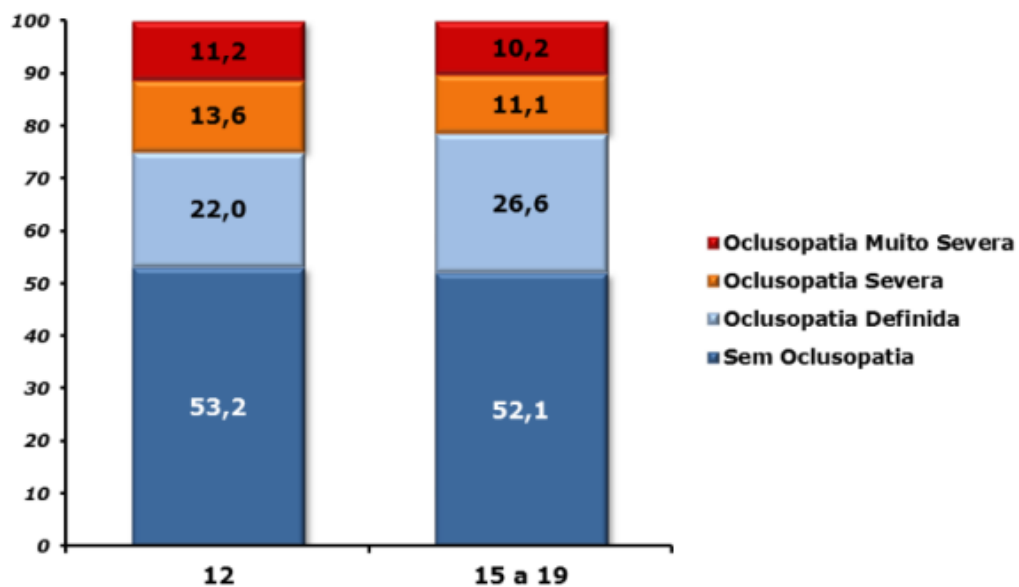
Fonte: SB Brasil RN, 2010.

Figura 5- Percentual de indivíduos sem doença periodontal de acordo com a idade para o estado, região Nordeste e Brasil em 2010.



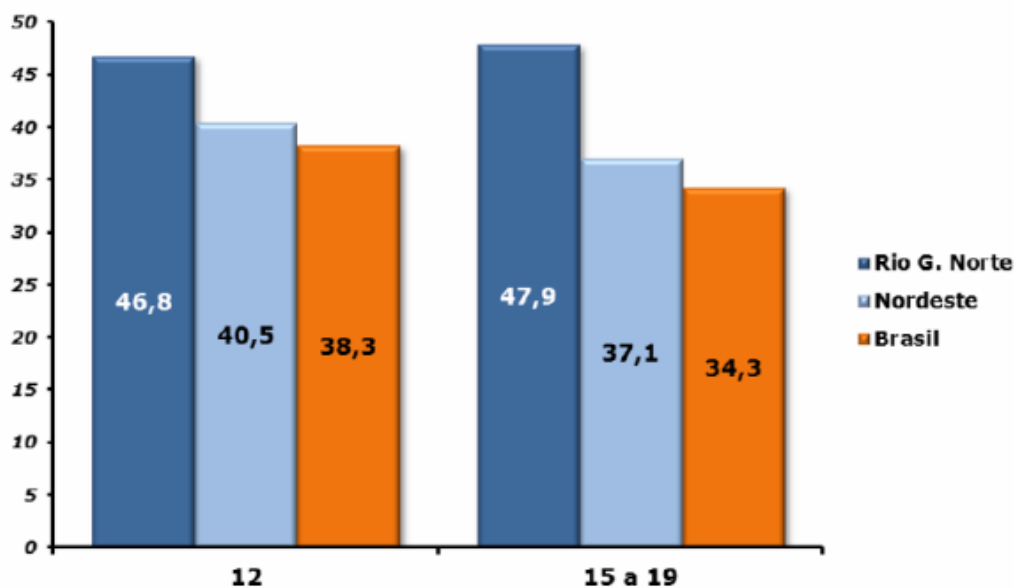
Fonte: SB Brasil RN, 2010.

Figura 6- Distribuição do Índice de Estética Dental (DAÍ) segundo a idade para o estado do Rio Grande do Norte em 2010.



Fonte: SB Brasil RN, 2010.

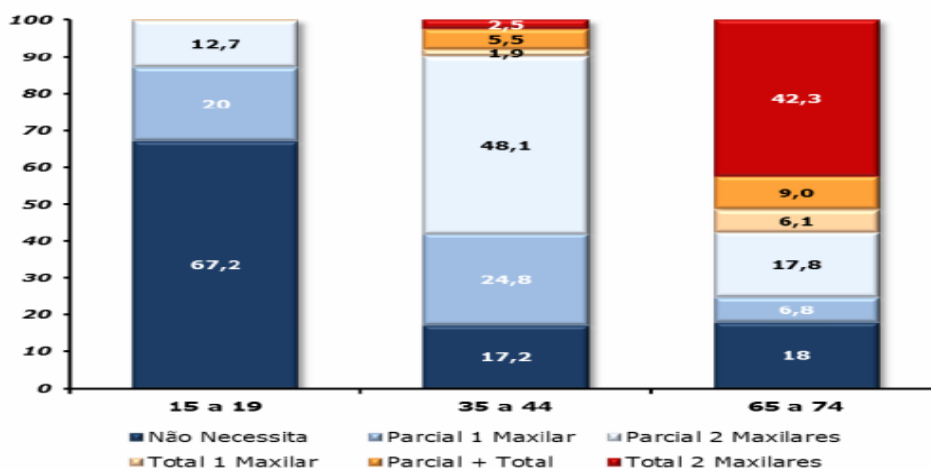
Figura 7- Percentual de indivíduos com algum grau de oclusopatia, segundo idade no Estado, Nordeste e Brasil em 2010.



Fonte: SB Brasil RN, 2010.

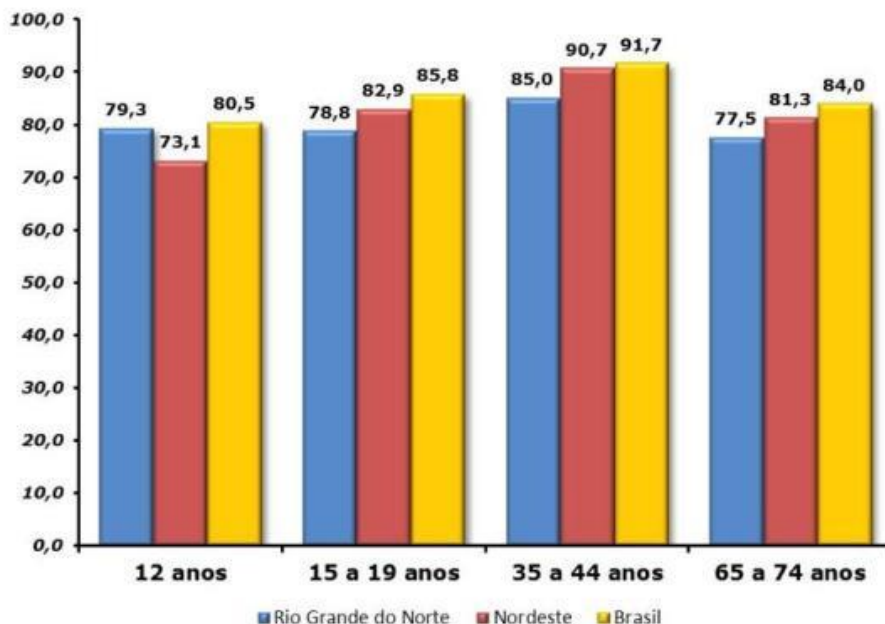
Os resultados acerca do **edentulismo** foram os mais alarmantes. Apesar da necessidade de prótese em adultos e idosos do RN ser muito semelhante à existente no Nordeste e no Brasil, para a faixa adolescente os resultados foram bem mais negativos, chegando a ser quase o triplo da média nacional (Figura 9). Um terço dos adolescentes do estado necessita de algum tipo de prótese sendo, em sua maioria, próteses parciais (Figura 8).

Figura 8- Necessidade de prótese dentária em adolescentes, adultos e idosos no Rio Grande do Norte em 2010.



Fonte: SB Brasil RN, 2010.

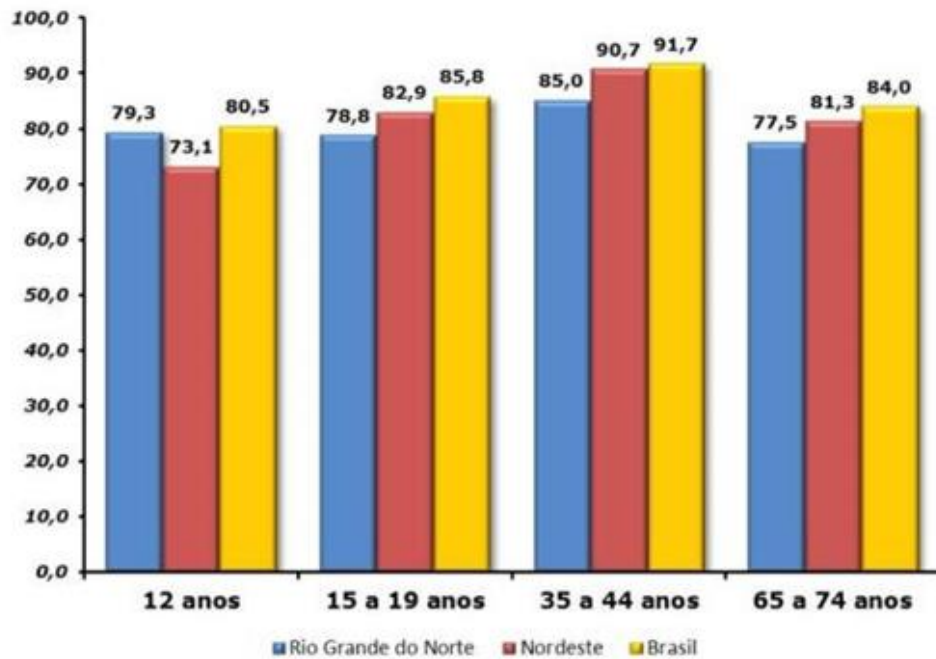
Figura 9- Necessidade de prótese dentária em adolescentes, adultos e idosos no estado, Nordeste e Brasil em 2010.



Fonte: SB Brasil RN, 2010.

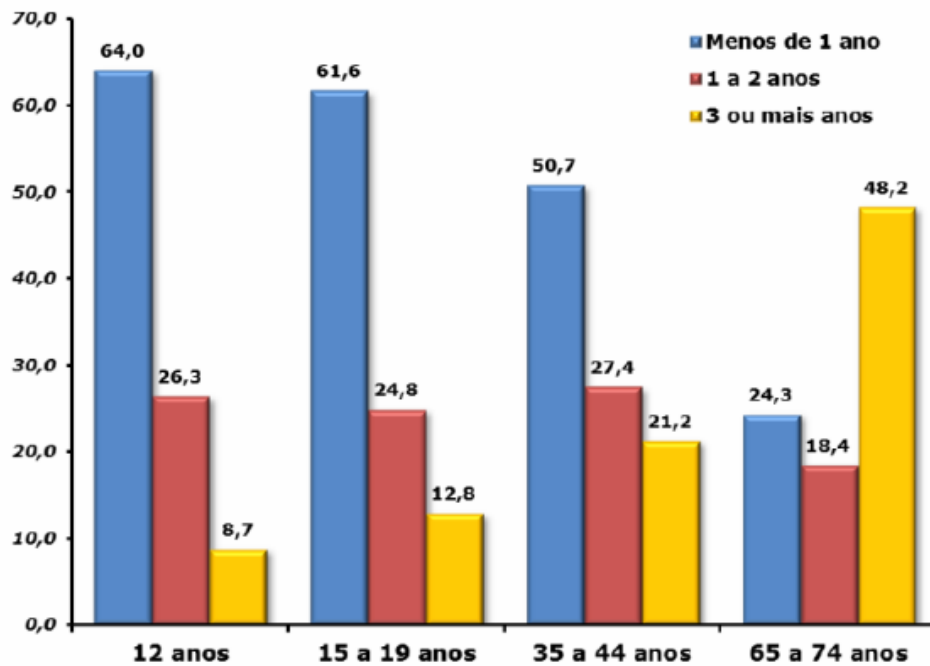
Em relação ao **uso de serviços odontológicos**, os resultados para o estado foram inferiores aos apresentados pelo nordeste e Brasil, a despeito de terem sido identificadas maiores demandas em todas as condições abordadas anteriormente (Figura 10). A pesquisa constatou que cerca de 60% dos adolescentes do estado tinham ido ao dentista nos últimos 12 meses (Figura 11) sendo que as consultas para tratamento foram predominantes (48%), havendo ainda um percentual considerável para extração (21%). 70% destas consultas ocorreram dentro do serviço público (Figura 12) e a maior parte recebeu uma boa avaliação (68%).

Figura 10- Percentual de indivíduos que consultaram dentista, alguma vez na vida, segundo idade no Estado, Região e País em 2010.



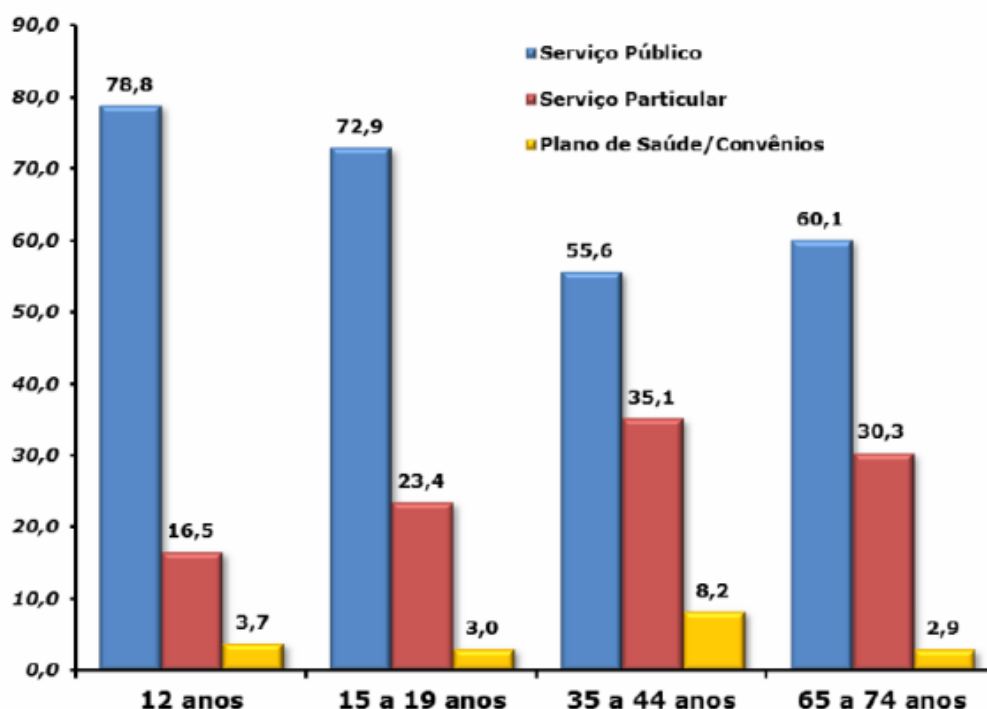
Fonte: SB Brasil RN, 2010.

Figura 11- Frequência de consulta ao dentista, segundo idade no Rio Grande do Norte em 2010.



Fonte: SB Brasil RN, 2010.

Figura 12- Tipo de serviço onde ocorreu a consulta ao dentista, segundo idade no Rio Grande do Norte em 2010.



Fonte: SB Brasil RN, 2010.

Entre as conclusões do estudo, podemos destacar que o perfil de declínio dos principais agravos como a cárie parece estar ocorrendo também no estado, mas de uma maneira menos favorável quando comparada ao Nordeste e Brasil. A reconhecida posição do RN na região e no Brasil em termos socioeconômicos, trata-se de um desafio lançado para a efetivação da equidade na atenção à saúde. Até mesmo dentro do estado foi possível perceber desigualdades regionais marcantes que vêm ressaltar o papel da gestão na definição da política de saúde bucal.

3.1.1.2.3 Saúde Mental

Saggese e Leite (2011) discutem sobre os agravos à saúde mental dos jovens, nos quais encontramos algumas situações particularmente delicadas, que imperativamente nos reclamam ações de prevenção e reabilitação para reverter ou impedir o crescimento dos adolescentes e jovens com vulnerabilidades pessoais e sociais. Destacamos dois agravos deles que para a comunidade escolar é de grande importância: os quadros psicóticos, tanto pelos prejuízos imediatos que causam ao adolescente ou jovem, quanto pelas restrições que

podem determinar no seu futuro desenvolvimento adulto e o grupo em “dificuldade de aprendizagem escolar”.

Durante o período agudo, a psicose está frequentemente associada ao risco de suicídio e à exposição a outras situações igualmente de risco psicossocial, como uso de drogas, comportamento violento, envolvimento em acidentes, internação psiquiátrica e início de uma “*carreira manicomial*”, que pode significar uma incessante busca por internações que acabam por estigmatizar ainda mais o jovem, etc (PEREIRA, 2011).

Já entre os que se encontram em situação de risco psicossocial, estão aqueles em que a “dificuldade de aprendizagem escolar” e/ou o “mau comportamento” em sala de aula criam precocemente o estigma de serem aqueles que *não dão certo na escola e nem darão certo na vida*. Procurando responder ou acalmar a dificuldade que a instituição-escola tem em lidar com a aprendizagem do aluno que recebe, desenvolveu-se uma prática disseminada, a necessidade de recorrer ao saber psiquiátrico e psicológico para legitimar que o fracasso escolar está no aluno e não no sistema (SAGGESE, LEITE, 2011).

Essas situações críticas podem facilitar o surgimento de outras, como o caso da gravidez não planejada e não desejada, o desenvolvimento do abuso de drogas, a possibilidade de envolvimento em situações de violência, dentre outras.

É importante assinalar, no entanto, que aos agravos à saúde mental podem ser contrapostas medidas que diminuam o impacto das situações de risco, identificando-se fatores de proteção que impeçam ou atenuem esses riscos.

Especificamente sobre o perfil epidemiológico do uso de drogas em Natal, o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (CARLINI, 2010), mostram que apesar de 23,8% dos estudantes terem referido *uso na vida* de alguma droga (exceto álcool e tabaco), apenas 11,3% referiu *uso no último ano* e 4,9% referiu *uso no mês*, sem diferenças entre gêneros. Entre os que relataram algum consumo, embora a maioria tivesse idade maior de 16 anos, também foram observados relatos na faixa entre 10 e 12 anos (Tabela 1). Mesmo sendo considerado “baixo” o consumo no último mês os dados encontrados demonstram a necessidade de ações preventivas e requerem atenção em especial por se tratar de adolescentes e jovens em idade escolar.

Ainda na mesma pesquisa o total de estudantes com relato de *uso no ano* de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 9,9% para a rede pública e 15,0% na rede particular. As drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco, que são drogas lícitas e muitas vezes compreendidas como de “menor risco”. Em relação às demais, foram: inalantes, ansiolíticos, maconha e cocaína (Tabela 2).

Tabela 1- Uso de drogas psicotrópicas (exceto álcool e tabaco) entre 1.895 estudantes de ensino fundamental⁽¹⁾ e médio das redes pública e privada da cidade de Natal, de acordo com os tipos de uso, conforme gênero e faixa etária.

Características Demográficas	Tipos de Uso % ⁽⁴⁾				
	Vida ⁽²⁾	Ano ⁽³⁾	Mês ⁽³⁾	Frequente ⁽³⁾	Pesado ⁽³⁾
Gênero					
Masculino	28,3	13,7	6,2	1,5	0,8
Feminino	19,7*	9,2*	3,7*	0,0*	0,5
Total	23,8	11,3	4,9	0,7	0,6
Faixa Etária					
10 a 12 anos	9,8	6,0	2,6	0,0	0,4
13 a 15 anos	22,4	10,8	4,5	0,7	0,4
16 a 18 anos	33,1	14,3	5,1	0,6	1,3
19 anos e mais	51,2	20,1	13,1	2,0	0,0
Total	23,8	11,3	4,9	0,7	0,6

Nota: Rede pública engloba as escolas municipais, estaduais e federais.

(1) A partir do 6º ano.

(2) Maconha, cocaína, crack, anfetaminas, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos, analgésicos opiáceos, esteróides/anabolizantes, ópio/heroína, LSD, êxtase, metanfetamina, ketamina, benflogin®, energético com álcool.

(3) Maconha, cocaína, crack, anfetaminas, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos.

(4) Dados ponderados e expressos em porcentagem.

* indica significância estatística com $p \leq 0,05$; Teste de Qui-quadrado.

Fonte: CEBRID, 2010

Tabela 2- Uso de diferentes drogas psicotrópicas entre 1.895 estudantes de ensino fundamental⁽¹⁾ e médio das redes pública e privada da cidade de Natal, de acordo com os tipos de uso.

Tipo de Droga	Tipos de Uso % ⁽⁵⁾				
	Vida ⁽³⁾	Ano ⁽⁴⁾	Mês ⁽⁴⁾	Frequente ⁽⁴⁾	Pesado ⁽⁴⁾
Maconha	5,0	3,2	1,6	0,3	0,2
Cocaína	2,4	1,9	0,8	0,1	0,1
Crack	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Anfetamínicos	1,9	1,4	0,6	0,0	0,1
Solventes/Inalantes	11,7	6,6	2,2	0,2	0,0
Ansiolíticos	6,0	2,9	1,5	0,1	0,3
Anticolinérgicos	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0
Analgésicos Opiáceos	0,4	-	-	-	-
Esteróides/Anabolizantes	1,9	-	-	-	-
Ópio/Heroína	0,3	-	-	-	-
LSD	0,5	-	-	-	-
Êxtase	0,7	-	-	-	-
Metanfetamina	0,0	-	-	-	-
Ketamina	0,1	-	-	-	-
Benflogin®	0,2	-	-	-	-
Energético com Álcool	10,0	-	-	-	-
Qualquer Droga ⁽²⁾	23,8	11,3	4,9	0,7	0,6
Tabaco	15,5	9,2	4,6	0,7	0,7
Álcool	62,9	43,7	20,7	2,0	1,7

Nota: Rede pública engloba as escolas municipais, estaduais e federais.

(1) A partir do 6º ano.

(2) Excluindo álcool e tabaco.

(3) Maconha, cocaína, crack, anfetaminas, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos, analgésicos opiáceos, esteróides/anabolizantes, ópio/heroina, LSD, êxtase, metanfetamina, ketamina, benflogin®, energético com álcool.

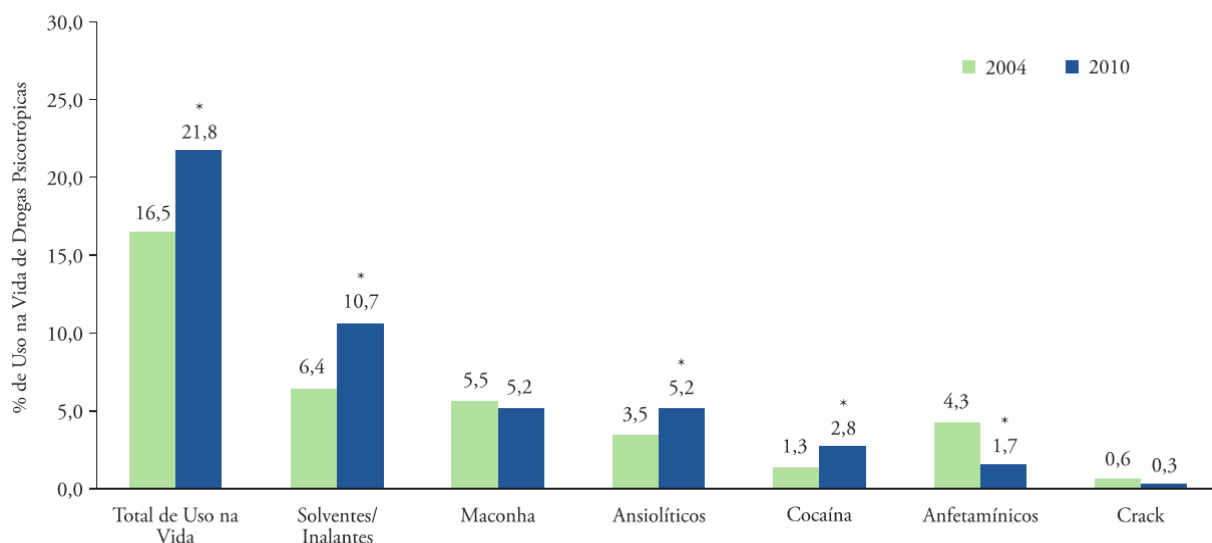
(4) Maconha, cocaína, crack, anfetaminas, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos.

(5) Dados ponderados e expressos em porcentagem.

Fonte: CEBRID, 2010.

Soma-se a informação acima, o achado da pesquisa de que entre os anos de 2004 e 2010, na qual foi observada a redução no número de estudantes que relataram consumo de tabaco *no ano*, enquanto para bebidas alcoólicas foi observado aumento para *uso na vida*. Embora tenha sido detectado aumento de estudantes que relataram *uso na vida* de qualquer das demais drogas, notou-se redução para o *uso no ano*. A principal redução de *uso no ano* ocorreu para anfetamínicos e, por outro lado, foi observado aumento para cocaína (figura 13, tabelas 3 e 4, figura 14).

Figura 13- Uso na vida de drogas psicotrópicas⁽¹⁾, das cinco drogas mais consumidas e de crack, exceto álcool e tabaco, entre estudantes de ensino fundamental⁽²⁾ e médio da rede pública da cidade de Natal, comparando-se os anos de 2004 e 2010.



Nota: Rede pública engloba as escolas municipais, estaduais e federais.

(1) 2004: maconha, cocaína, crack, anfetaminas, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos, barbitúricos, opiáceos, xaropes, alucinógenos, orexígenos, esteróides/anabolizantes, energético com álcool. 2010: maconha, cocaína, crack, anfetaminas, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos, analgésicos opiáceos, esteróides/anabolizantes, ópio/heroina, LSD, êxtase, metanfetamina, ketamina, benflogin®, energético com álcool.

(2) A partir do 6º ano.

* indica significância estatística com $p \leq 0,05$; Teste de Qui-quadrado.

Fonte: CEBRID, 2010.

Tabela 3- Uso no ano de diferentes drogas psicotrópicas entre 1.895 estudantes de ensino fundamental⁽¹⁾ e médio das redes pública e privada da cidade de Natal, por gênero e faixa etária.

Tipo de Droga	Gênero % ⁽³⁾		Faixa Etária % ⁽³⁾			
	Masculino	Feminino	10 a 12 anos	13 a 15 anos	16 a 18 anos	19 anos e mais
Maconha	4,9	1,7*	0,4	2,4	5,5	5,8
Cocaína	3,4	0,8*	0,1	1,6	3,2	5,1
Crack	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1
Anfetamínicos	0,8	1,9*	0,8	1,9	0,7	2,2
Solventes/Inalantes	9,5	4,2*	1,6	6,0	10,1	12,6
Ansiolíticos	2,1	3,5*	3,8	2,7	2,3	2,9
Anticolinérgicos	0,4	0,1	0,0	0,1	0,2	2,1
Qualquer Droga ⁽²⁾	13,7	9,2*	6,0	10,8	14,3	20,1
Tabaco	11,4	7,4*	1,6	8,5	13,8	24,1
Álcool	43,8	43,8	17,0	45,6	59,8	65,3

Nota: Rede pública engloba as escolas municipais, estaduais e federais.

(1) A partir do 6º ano.

(2) Excluindo álcool e tabaco.

(3) Dados ponderados e expressos em porcentagem.

* indica significância estatística com $p \leq 0,05$; Teste de Qui-quadrado.

Fonte: CEBRID, 2010.

Tabela 4- Uso na vida de diferentes drogas psicotrópicas entre 1.895 estudantes de ensino fundamental⁽¹⁾ e médio das redes pública e privada da cidade de Natal, por gênero e faixa etária.

Tipo de Droga	Gênero % ⁽³⁾		Faixa Etária % ⁽³⁾			
	Masculino	Feminino	10 a 12 anos	13 a 15 anos	16 a 18 anos	19 anos e mais
Maconha	7,2	3,2*	0,4	3,3	8,5	22,4
Cocaína	4,2	1,0*	0,1	1,7	3,9	10,9
Crack	0,3	0,2	0,0	0,0	0,4	4,1
Anfetamínicos	1,3	2,3	1,2	2,4	1,1	2,2
Solventes/Inalantes	15,1	9,0*	4,4	10,1	17,3	27,9
Ansiolíticos	5,0	6,8	4,3	6,6	6,2	8,0
Anticolinérgicos	0,4	0,1	0,0	0,1	0,2	2,1
Opiáceos	0,5	0,4	0,0	0,4	0,4	1,9
Esteróides/Anabolizantes	3,3	0,8*	0,6	1,6	2,0	9,9
Ópio/Heroína	0,5	0,1*	0,0	0,2	0,0	2,1
LSD	0,8	0,2	0,1	0,2	0,7	0,0
Êxtase	0,8	0,7	0,0	1,0	0,5	2,1
Metanfetamina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ketamina	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Benflogin®	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0
Energético com Álcool	13,3	7,0*	1,2	7,7	17,9	24,4
Qualquer Droga ⁽²⁾	28,3	19,7*	9,8	22,4	33,1	51,2
Tabaco	18,1	13,2*	2,4	14,3	23,9	38,2
Álcool	63,2	62,9	31,2	65,9	80,5	91,6

Nota: Rede pública engloba as escolas municipais, estaduais e federais.

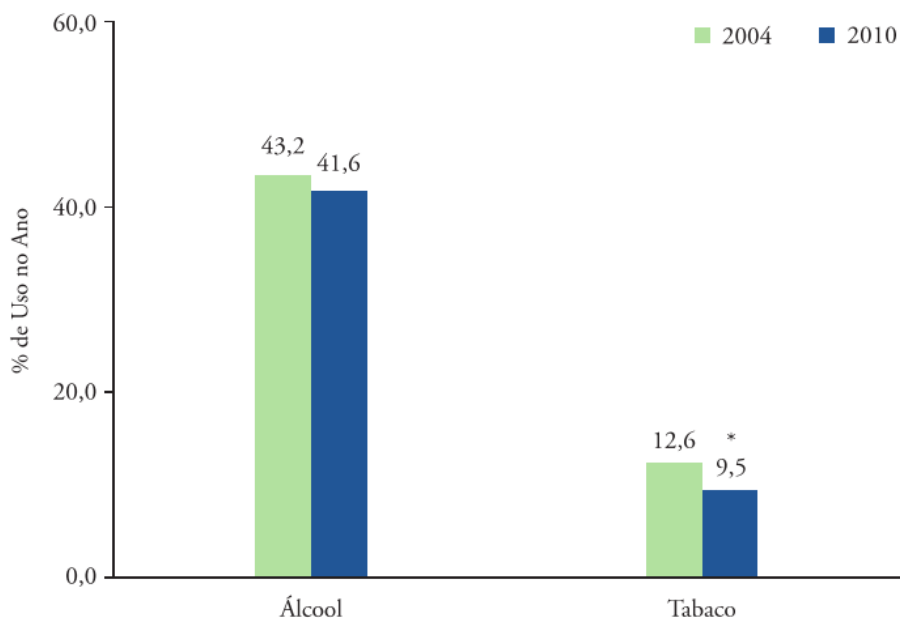
(1) A partir do 6º ano.

(2) Excluindo álcool e tabaco.

(3) Dados ponderados e expressos em porcentagem.

* indica significância estatística com $p \leq 0,05$; Teste de Qui-quadrado.

Fonte: CEBRID, 2010.

Figura 14- Uso no ano de álcool e tabaco, entre estudantes de ensino fundamental⁽¹⁾ e médio da rede pública da cidade de Natal, comparando-se os anos de 2004 e 2010.

Nota: Rede pública engloba as escolas municipais, estaduais e federais.

(1) A partir do 6º ano.

* indica significância estatística com $p \leq 0,05$; Teste de Qui-quadrado.

Fonte: CEBRID, 2010.

Em relação à rede de serviços que podem oferecer ajuda aos encaminhamentos que o setor de saúde pode articular em caso de necessidade, observa-se que apesar de ser considerada tecnicamente uma “boa cobertura”, na prática, tanto quantitativamente quanto qualitativamente os serviços de Caps e Caps AD ofertados na cidade de Natal e no Estado do Rio Grande do Norte (tabela 5) são insuficientes e precários para as necessidades da população (BRASIL, 2010).

Tabela 5- Indicador de cobertura CAPS/ 100.000 habitantes por ano e UF. Brasil (2002- julho de 2011)

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	0,12	0,16	0,19	0,21	0,25	0,29	0,31	0,36	0,41	0,42
Acre		0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,27	0,27
Amazonas				0,03	0,11	0,11	0,10	0,12	0,23	0,23
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,48	0,45	0,45
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,39	0,43	0,44
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,66	0,70	0,74
Roraima		0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33	0,33
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,50	0,47	0,47
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,72	0,81	0,83
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88	0,88
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82	0,85
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93	0,94
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63	0,63
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22	1,23
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55	0,59
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82	0,83
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84	0,84
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02	1,11	1,16
Centro-oeste	0,14	0,19	0,23	0,30	0,35	0,37	0,43	0,46	0,49	0,49
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,21	0,21	0,21
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,37	0,42	0,42
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69	0,69
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,55	0,61	0,65	0,68	0,70	0,69	0,69
Sudeste	0,26	0,28	0,32	0,34	0,39	0,44	0,47	0,52	0,58	0,58
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,44	0,44	0,44
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65	0,67
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55	0,58
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,51	0,56	0,56
Sul	0,29	0,32	0,38	0,45	0,58	0,69	0,73	0,79	0,87	0,88
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,67	0,72	0,74
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,90	1,01	1,01
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,79	0,87	0,87
Brasil	0,21	0,24	0,29	0,33	0,43	0,50	0,55	0,60	0,66	0,68

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Parâmetros:

Cobertura muito boa (acima de 0,70)

Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69)

Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)

Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)

Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

Fonte: CEBRID, 2010.

Diante desses achados percebe-se o quanto a escola é um espaço de grande importância para o desenvolvimento do estudante, pois, além do programa de ensino, a educação em saúde, envolve a identificação das condições orgânicas gerais e hábitos do adolescente através de planejamento de ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Para tal, um projeto de melhoria da qualidade de vida do jovem, através de ações educativas, reflexivas e de abordagem psicossocial, ajuda na identificação de precoce dos hábitos inadequados e de alterações corporais e psíquicas através da investigação da saúde mental podendo promover melhor qualidade de vida.

3.1.2 Gestão em saúde no IFRN

- Planejamento e Financiamento:

No contexto do planejamento, o sistema do processo deve ser desenvolvido de forma contínua, articuladora, integrada e solidária entre os serviços de saúde desta Instituição e possivelmente com os serviços de saúde municipais com níveis de atenção à saúde maiores. No âmbito da saúde integrada, implica na decisão permanente da política de saúde e reconhecimento da população para identificação das necessidades de saúde da mesma, organização das ações e serviço da saúde em redes de atenção, tanto dentro do Instituto quando com a participação de parcerias das redes municipais, e organização para alocação dos recursos de custeio e investimento.

A atual conjuntura dos serviços de saúde do IFRN revela uma realidade adversa a ideal, onde planejamentos dos setores de saúde descentralizados e apenas de insumos são realizados anualmente sem nenhuma política de saúde para embasá-los.

Quanto às questões financeiras, por ser cada campus uma unidade autônoma, estes executam seu planejamento financeiro destinando o percentual de recursos para o setor de saúde de acordo com o olhar da gestão local e com o planejamento de prévio do setor.

- Participação social

A participação comunitária é um canal importante de relação entre a gestão, os trabalhadores em saúde/educação e a sociedade para a definição e o alcance de objetivos que fortaleçam a política institucional e de saúde adotada por esta escola. Esse segmento vem atuando na sociedade de forma significativa e legítima, corroborando para que o atendimento das necessidades da população de fato seja contemplado com a agilidade e a eficácia necessária.

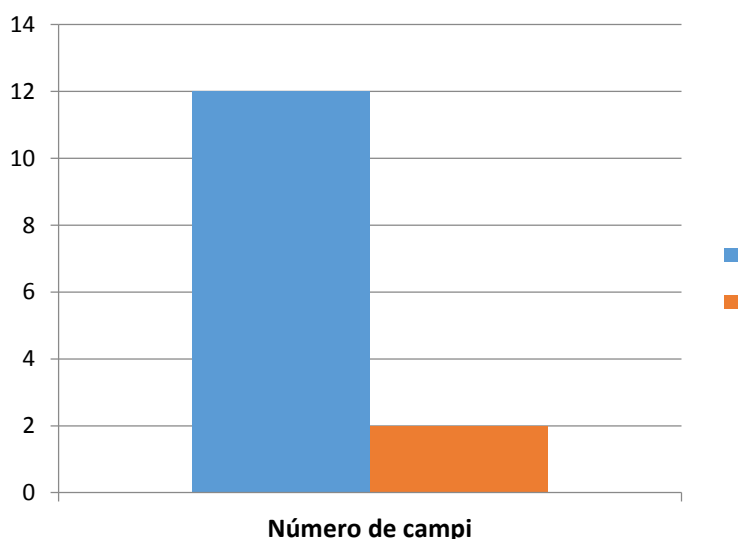
A comunidade acadêmica ainda não se mostra participativa nas atividades relativas ao setor de saúde desta instituição. Sua organização para cooperação na formulação e no controle da política de saúde da escola poderia de consolidar através da participação dos conselhos escolares. Como é sabido, cada câmpus possui um conselho escolar ativo sendo constituído por representantes da gestão, alunos, pais, professores e comunidade em geral. Visto que os conselhos escolares são espaços institucionais de participação social e gestão compartilhada.

- Gestão do trabalho

A grande maioria dos câmpus que constituem esta escola possui um setor de saúde composto por uma equipe básica (técnico de enfermagem, médico, psicólogo e dentista), exceto o câmpus mais antigo (Natal-central) que conta também com o auxílio de fisioterapeuta e nutricionista.

Todos os servidores são admitidos pelo processo de concurso público, tendo vínculo efetivo na instituição. Como os demais servidores da escola, possuem plano de cargo e carreira com incentivo à qualificação. No entanto, nota-se uma precarização no processo de capacitação dos mesmos, afetando negativamente o aprimoramento da qualificação da assistência aos alunos. De acordo com o questionário enviado aos servidores, observa-se que menos de 15% dos *campi* possuem programa de educação permanente para profissionais da saúde (figura 15).

Figura 15- Programa educativo para profissionais da saúde do IFRN.



Fonte: docs.google.com, 2013.

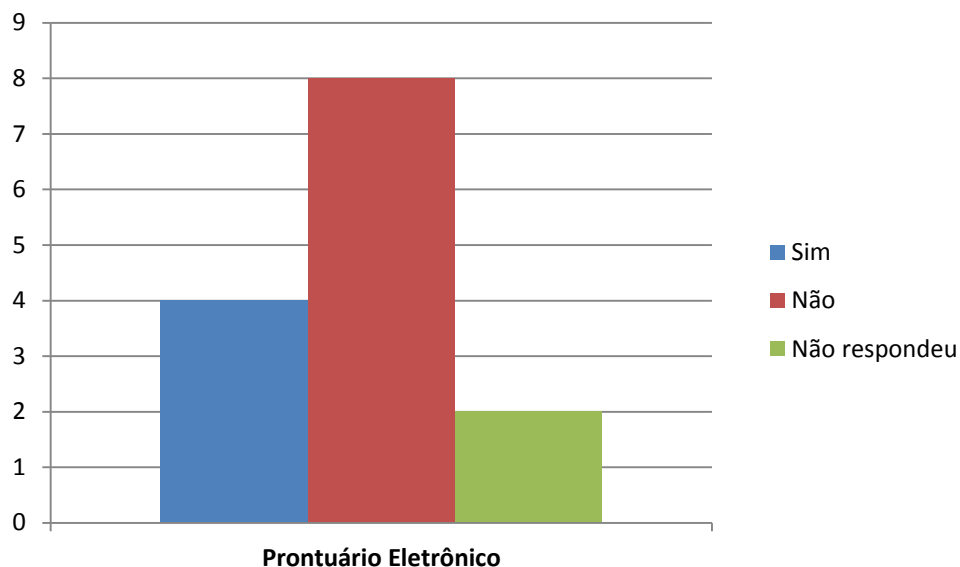
Adiciona-se a isso o caso da Psicologia. Esta vem ainda enfrentando indefinições em relação a sua forma de atuação. A depender da formação do psicólogo este tenderá a atuar na Coordenação de Atividades Estudantis (no âmbito da saúde ou da clínica), na Equipe Técnica-pedagógica (na relação ensino-aprendizagem) ou na Coordenação de Gestão de Pessoas (saúde do trabalhador / qualidade de vida); visto que não há uma obrigatoriedade para que seja feita uma única modalidade de atuação. Isto pode ser vantajoso para a comunidade escolar, desde que haja algum tipo de norteamiento do trabalho desenvolvido. Neste sentido os psicólogos do IFRN estão se organizando a fim de constituírem uma orientação geral para o desenvolvimento de seu trabalho: a Psicologia Sistêmica.

- Informação em saúde

A informação em saúde é um importante subsídio no planejamento e na tomada de decisão dos gestores, pois disponibiliza o suporte necessário para que não se baseiem em conhecimentos ultrapassados ou suposições. A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos, proporcionando elementos para análise de situação encontrada e buscando alternativas para soluções dos mesmos.

Para se obter informações são necessários dados, que devem ser compilados para produção de um documento-síntese que facilite o entendimento do resultado para toda a equipe de profissionais envolvidos, aos responsáveis pela definição de ações e políticas públicas, além da sociedade em geral. A informação em saúde, quando bem assimilada, tem grande poder de transformação da realidade.

Infelizmente, o IFRN ainda não dispõe de um sistema de informação em saúde adequado. Atualmente, alguns profissionais utilizam o Sistema de Informações do Serviço Social (SISS), com interface para a área da Saúde, que apenas gera relatórios referentes a procedimentos individuais e coletivos executados. Na figura 16, pode-se observar que esse modelo em uso não é bem aceito no momento, já que 57,14% dizem não existir prontuário eletrônico em seu *campus*.

Figura 16- *Campi do IFRN com uso de prontuário eletrônico.*

Fonte: docs.google.com, 2013.

Está em fase de criação um novo sistema de informação em saúde, voltado para as questões do planejamento financeiro, gerencial e estudos epidemiológicos.

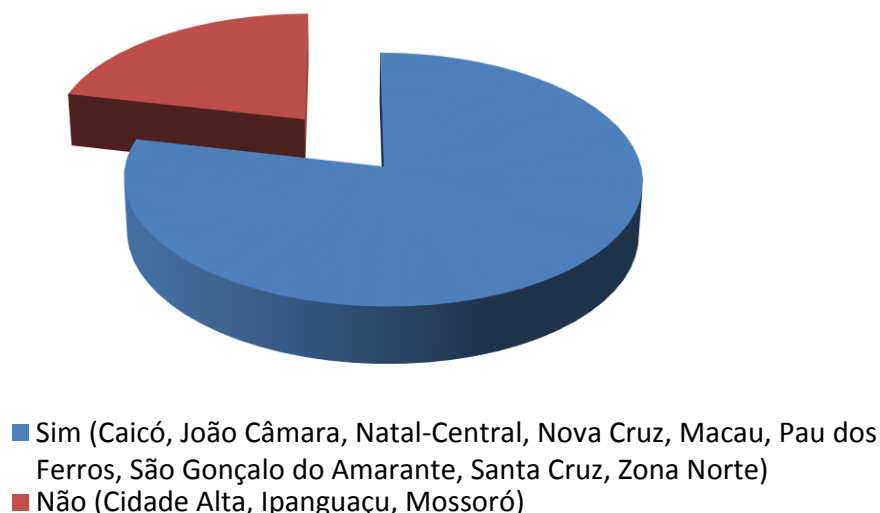
- Infraestrutura

As inúmeras atividades desenvolvidas na promoção, prevenção e recuperação da saúde, a depender de seu grau de complexidade, envolvem maior ou menor risco sanitário durante e após sua execução. Visando minimizar ou eliminar o risco potencial proveniente deste tipo de atividade, os Órgãos de Fiscalização Sanitária normatizam não só aspectos relacionados aos processos de trabalho, mas também àqueles relacionados à infraestrutura, acessibilidade, localização espacial, fluxos, equipamentos e materiais utilizados nas edificações.

A legislação vigente normatiza que, para todos estabelecimentos de saúde, é exigida a aprovação de projeto básico de arquitetura pela Vigilância Sanitária local (RDC 189/2003 e RDC 63/2011). Em todos os *campi do IFRN* os setores de saúde foram construídos sem aprovação de tal projeto. No entanto, em alguns (Natal-Central e Mossoró), eles foram readequados para atender a estas normas, possuindo alvará sanitário. Soma-se a isto o fato dos setores estarem construídos em local inapropriado (figura 17).

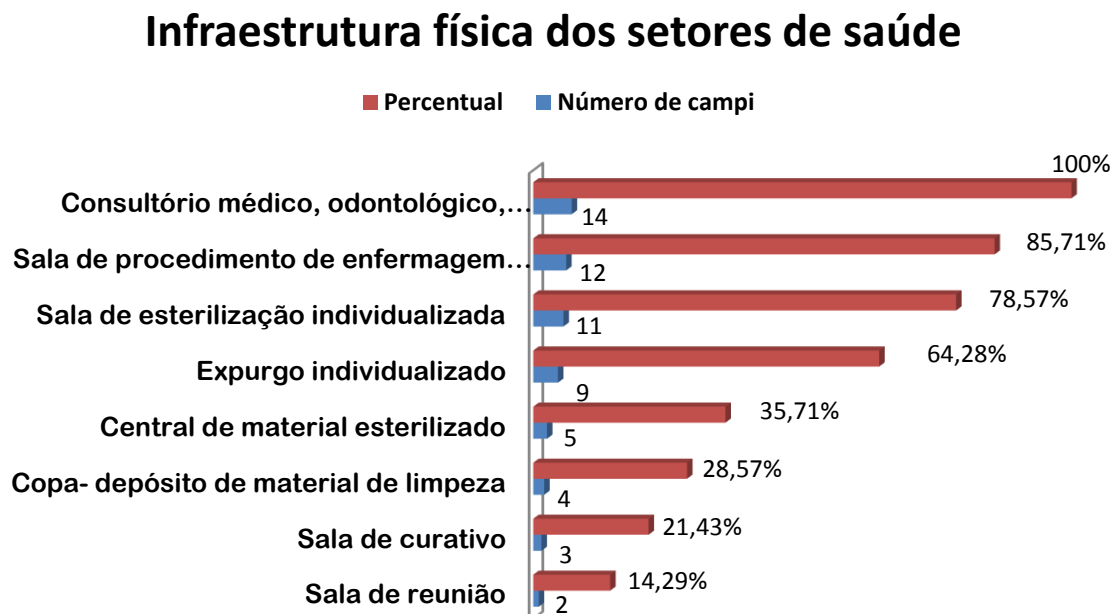
Figura 17- Campi do IFRN com estrutura física localizada próximo a lanchonete.

Estrutura do Setor de saúde localizado próximo a lanchonete



Fonte: docs.google.com, 2013.

Considerar as especificidades dos *campi* é fator indispensável. No entanto, esforços devem ser direcionados na tentativa de padronizar, em termos de infraestrutura, pontos críticos como a Central de Material de Esterilização (CME) e abrigo para resíduos de saúde (figura 18).

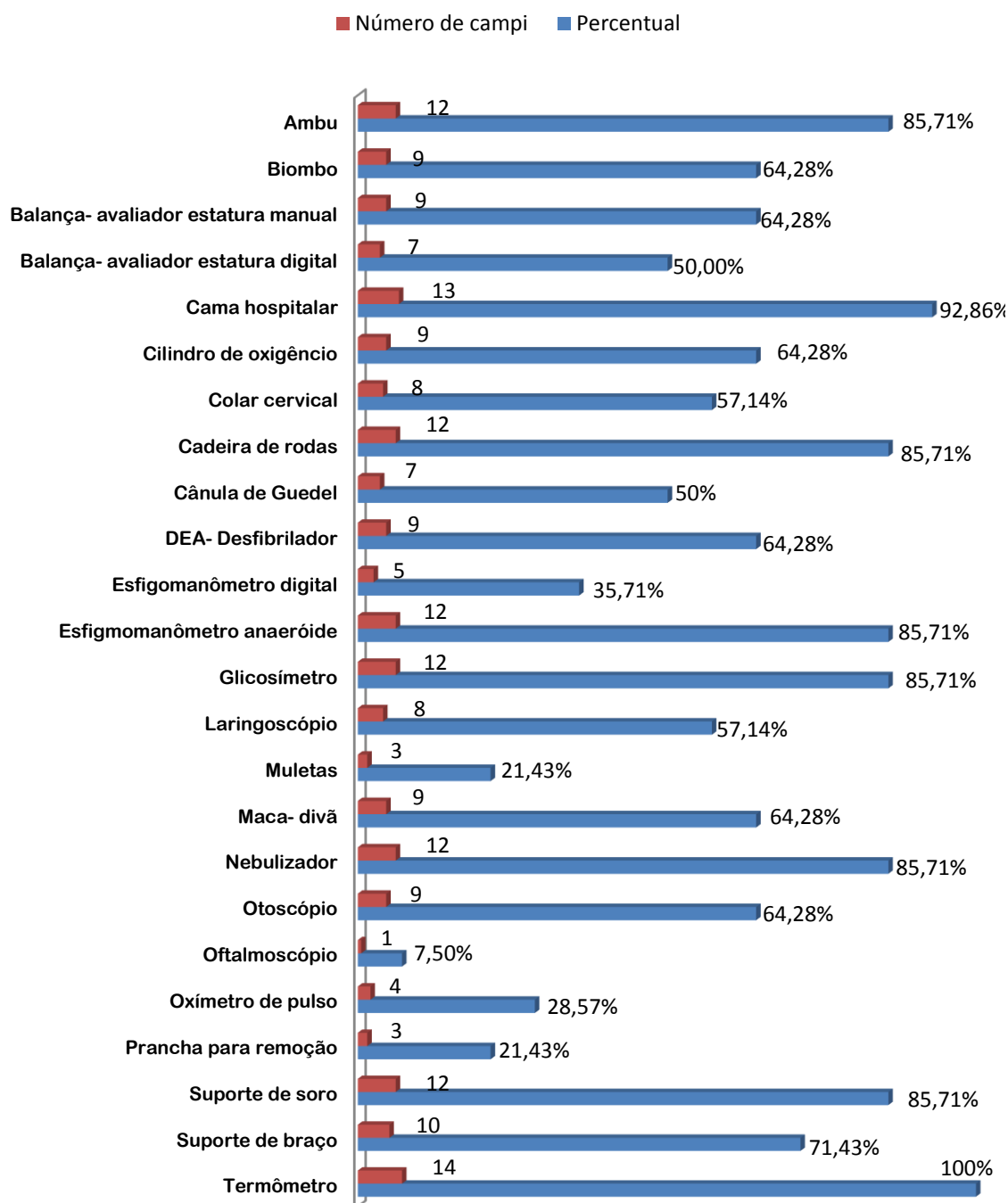
Figura 18- Infraestrutura física dos setores de saúde dos *campi* do IFRN.

Fonte: docs.google.com, 2013.

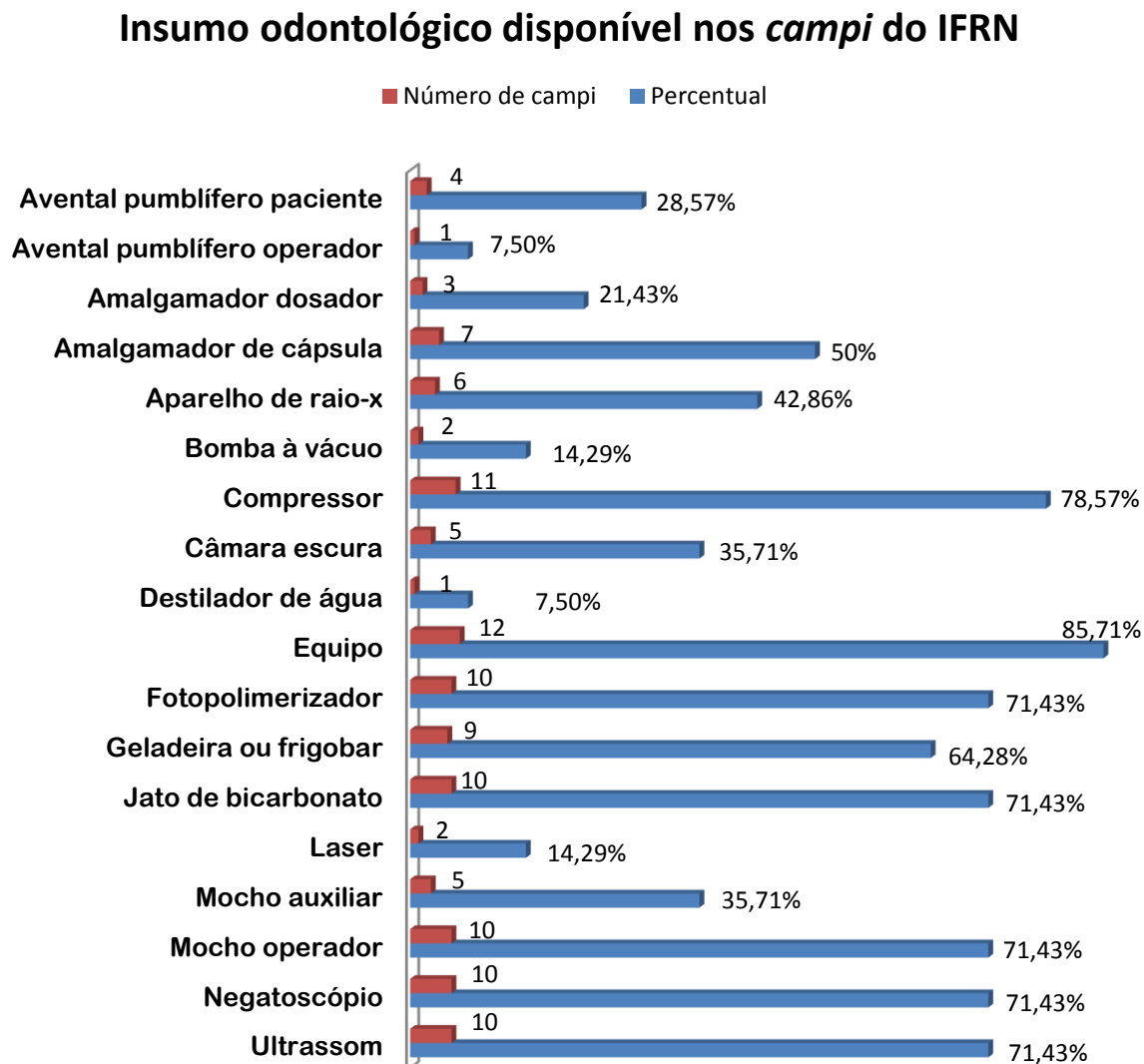
Ressalta-se, também, a inexistência de padronização quanto aos equipamentos disponíveis nos diversos setores, que presume ainda a falta de protocolo a nível institucional para normas e rotinas (figuras 19 e 20).

Figura 19- Materiais de insumo médico disponível nos diversos *campi* do IFRN.

Insumo médico disponível nos *campi* do IFRN



Fonte: docs.google.com, 2013.

Figura 20- Insumos odontológicos disponíveis nos diversos *campi* do IFRN.

Fonte: docs.google.com, 2013.

3.2 DIRETRIZES GERAIS

Tendo ciência de que as diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas pelos setores de saúde do IFRN para efetivação da saúde dos alunos em prol de uma melhor educação, e devendo as mesmas estar em consonância com a análise situacional do nosso público-alvo acima relatada, com as Leis de Diretrizes e Bases da Assistência Estudantil e com o Programa Saúde na Escola do Ministério da Saúde, definimo-las:

- I. Promover a saúde e a cultura de paz, de maneira a colaborar com o processo de ensino-aprendizagem;
- II. Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- III. Contribuir para a construção de um sistema de atenção social dentro da escola, focando na promoção da cidadania e dos direitos humanos;
- IV. Articular Educação e Saúde, ampliando o alcance e o impacto das ações, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis.
- V. Constituir uma política de gestão para os serviços de saúde do IFRN.

3.3 OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

A análise situacional acima descrita revelou as **principais dimensões** relacionadas à saúde dos adolescentes e adultos jovens do Rio Grande do Norte. Além disso, também foram diagnosticados os principais eixos na gestão em saúde no IFRN que precisam ser trabalhados para um melhor funcionamento e eficácia das ações (anexo II). São eles:

Agravos à saúde:

- ✓ Obesidade/alimentação/sedentarismo/hipertensão/diabetes;
- ✓ Sexualidade (DST/AIDS/gravidez/aborto);
- ✓ Parasitoses/qualidade da água;
- ✓ Álcool/drogas/tabagismo/violência;
- ✓ Cárie/doença periodontal/perda dentária precoce;
- ✓ Doenças imunopreveníveis;
- ✓ Problemas oftalmológicos;
- ✓ Doenças endêmicas;

- ✓ Transtornos mentais.

Gestão em saúde:

- ✓ Planejamento;
- ✓ Financiamento;
- ✓ Participação social;
- ✓ Gestão do trabalho;
- ✓ Informação em saúde;
- ✓ Infraestrutura.

Norteados pelas dimensões supracitadas, esta Política de Saúde propõe para os setores de saúde **objetivos**, **metas** e **indicadores**. Estes foram categorizados em três dimensões (educação em saúde, atividades assistenciais e atividades administrativas) para facilitar o entendimento e execução das atividades (anexo II). São eles:

1. Educação em Saúde- Objetivos:

1.1- Abordar a temática de reeducação alimentar.

Indicador: Percentual de alunos do *campus* atingidos por ações que abordem o tema durante 01 ano.

Meta: Atingir 10% dos discentes do *campus*.

1.2- Abordar a temática da hipertensão.

Indicador: Percentual de alunos do *campus* atingidos por ações que abordem o tema durante 01 ano.

Meta: Atingir 10% dos discentes do *campus*.

1.3- Incentivar a prática esportiva.

Indicador: Número de campanhas relacionadas à prática esportiva durante 01 ano.

Meta: Mínimo de 01 campanha ao ano.

1.4- Abordar temáticas relacionadas à higienização pessoal e do ambiente.

Indicador: Número de reuniões temáticas com professores e discentes no período de 01 ano.

Meta: Mínimo de 01 campanha ao ano.

- 1.5- Abordar questões relacionadas ao consumo de tabaco, álcool e drogas.

Indicador: Realização de reuniões temáticas com professores e discentes no período de 01 ano.

Meta: Mínimo de 01 reunião ao ano.

- 1.6- Abordar questões de promoção à saúde mental.

Indicador: Número de reuniões sobre a temática com professores e discentes no período de 01 ano.

Meta: Mínimo de 01 reunião ao ano.

- 1.7- Acompanhar a situação vacinal dos discentes.

Indicador: Percentual dos cartões de vacina dos alunos ingressantes, no ensino médio integrado, analisados pela equipe de enfermagem do *campus* no período de 01 ano.

Meta: 100% dos cartões de vacina

- 1.8- Realizar ações relacionadas à saúde reprodutiva.

Indicador: Número de ações realizadas com o tema durante 01 ano.

Meta: Mínimo de 01 ação ao ano.

- 1.9- Criar um canal de comunicação entre equipe de saúde, professores e discentes para trabalhar temáticas relacionadas à saúde.

Indicador: Existência de um grupo de discussão.

Meta: Criação do grupo de discussão dentro de 01 ano.

- 1.10- Informar sobre formas de transmissão, riscos de doenças endêmicas da região onde se localizam os *campi*.

Indicador: Número de ações educativas voltadas para as questões relacionadas às doenças endêmicas características da região dos *campi* no período de 01 ano.

Meta: Mínimo de 01 ação ao ano.

- 1.11-Incentivar a participação da comunidade escolar (alunos e professores) no planejamento de atividades do setor de saúde.

Indicador: Existência de um caixa para verificar a percepção do discente sobre o atendimento.

Meta: Implantação da caixa de avaliação para verificar a adequação da assistência ao aluno no período de 01 ano.

1.12- Instituir uma política de educação permanente para os profissionais de saúde.

Indicador: Número de ações de educação permanente realizadas no período de 01 ano.

Meta: Mínimo de 01 ação ao ano.

2. Atividade Assistenciais:

2.1- Estimular a imunização vacinal de acordo com o calendário do Ministério da Saúde

Indicador: Percentual de discentes imunizados do ensino médio integrado.

Meta: 100% dos discentes que ingressam no ensino médio integrado.

2.2- Diagnosticar mediante o exame biomédico de agravos à saúde oftalmológica.

Indicador: Percentual de alunos ingressantes, no ensino médio integrado, submetidos a exame biomédico durante 01 ano.

Meta: 100% exames realizados nos discentes que ingressam no ensino médio integrado.

2.3- Diagnosticar mediante o exame biomédico precocemente situações de risco para obesidade, diabetes e hipertensão.

Indicador: Percentual de alunos ingressantes, no ensino médio integrado, submetidos a exame biomédico durante 01 ano.

Meta: 100% dos discentes que ingressam no ensino médio integrado.

2.4- Acompanhar alunos acometidos por obesidade, diabetes e/ou hipertensão em parceria com as equipes de saúde da família.

Indicador: Percentual de alunos diagnosticados com diabetes/obesidade/hipertensão assistidos no setor de saúde.

Meta: Acompanhar 100% dos discentes diagnosticados com os agravos.

2.5- Dar suporte e orientação relativos aos cuidados bucais às gestantes.

Indicador: Percentual de gestantes acompanhados durante o ano.

Meta: Acompanhar e assistir 100% das gestantes.

2.6- Avaliar a resolutividade da assistência odontológica prestada.

Indicador: Proporção de alunos com tratamento concluído em relação ao total de alunos atendidos.

Meta: Conclusão de 30% dos tratamentos iniciados

2.7- Verificar a condição de saúde bucal dos alunos: Diagnosticar por meio do exame biomédico, o nº de dentes cariados, perdidos e obturados (índice CPO-D).

Indicador: Percentual dos alunos ingressantes no ensino médio integrado submetidos ao exame bucal (índice CPO-D) durante exame biomédico no período de 01 ano.

Meta: 100% dos discentes que ingressam no ensino médio integrado.

3. Atividades Administrativas:

3.1- Assegurar a oferta de alimentos saudáveis na merenda escolar.

Indicador: Percentual de itens relacionados a alimentos saudáveis adquiridos no processo licitatório e na agricultura familiar.

Meta: Mínimo de 70% dos itens do processo licitatório e 50% da agricultura familiar.

3.2- Incentivo ao consumo de alimentação saudável na cantina.

Indicador: Padronização do contrato da refeição/cantina.

Meta: Padronização nos próximos 12 meses a partir da institucionalização da política.

3.3- Assegurar o controle da qualidade da água na escola em parceria com a coordenação de manutenção.

Indicador: Número de laudos de análise microbiológica e físico-química durante 01 ano.

Meta: 02 laudos de análise microbiológica e 01 laudo de análise físico-química por ano respectivamente.

Indicador: Número de higienizações do reservatório de água, com registro.

Meta: 01 limpeza semestral, com registro, no reservatório de água.

3.4- Assegurar a construção da programação anual do setor de saúde.

Indicador: Existência da Programação Anual de Saúde (PAS)

Meta: Realizar anualmente a PAS

3.5- Assegurar a construção da política de saúde para o período de quatro anos por meio da discussão coletiva da comunidade.

Indicador: Existência da Política de Saúde Plurianual (PSP)

Meta: Construir no penúltimo ano do período de 04 anos de vigência do PSP, a nova política.

3.6- Compartilhar informações acerca da aquisição de materiais, equipamentos e contratos entre diversos *campi*.

Indicador: Existência de ferramenta do SUAP disponibilizada com esta função.

Meta: Construção da ferramenta dentro de 12 meses a partir da instituição da política.

3.7- Compartilhar informações acerca da aquisição de materiais, equipamentos e contratos entre diversos campi.

Indicador: Percentual de profissionais que utilizam a ferramenta

Meta: 100% dos profissionais utilizando o módulo SUAP Saúde.

3.8- Criar e manter um catálogo atualizado com materiais e equipamentos médico-odontológicos.

Indicador: Existência de ferramenta do SUAP disponibilizada com esta função

Meta: Construção da ferramenta dentro de 01 ano a partir da instituição da política.

3.9- Implantar Sistema de Informações de Saúde no módulo SUAP.

Indicador: Existência de Módulo Saúde no SUAP.

Meta: Utilizar o sistema de informação no módulo SUAP para realizar diagnósticos situacionais e as ações de planejamento no Instituto.

3.10- Incentivar a alimentação do módulo SUAP Saúde pelos profissionais.

Indicador: Percentual de profissionais que utilizam e alimentam o sistema de informação no módulo SUAP

Meta: Adesão de 100% dos profissionais ao módulo SUAP Saúde.

3.11- Incentivar a pesquisa no IFRN relacionadas às questões de saúde.

Indicador: Existência de Grupo cadastrado no CAPES.

Meta: Instituir um grupo de pesquisa em saúde no IFRN nos próximos 02 anos cadastrado na CAPES.

Indicador: Número de projetos submetidos aos editais de instituição de pesquisas.

Meta: Submissão de, no mínimo, 01 projeto de pesquisa em saúde por *campus* no período de 04 anos.

3.12- Regularizar o funcionamento do setor de saúde frente às normas sanitárias.

Indicador: Existência de Alvará sanitário em vigência.

Meta: Existência de Licença Sanitária para todos os *campi* - setores de saúde- dos IFRN nos próximos 04 anos.

3.13- Assegurar a padronização quanto à infraestrutura dos setores de saúde.

Indicador: Existência de Projeto Básico de Arquitetura aprovado pela vigilância sanitária.

Meta: Padronizar o espaço físico dos setores de saúde de acordo com as questões ergonômicas e sanitárias nos próximos 04 anos.

3.14- Firmar parcerias com as Secretarias Municipais e Estaduais para encaminhamento dos alunos que necessitem de serviços não ofertados pela escola.

Indicador: Existência de termo de parceria em vigência assinado.

Meta: Firmar parcerias dentro de 01 ano a partir da institucionalização da Política.

3.15- Inserir outras categorias profissionais da área da saúde nas equipes dos setores de saúde dos *campi* do RN.

Indicador: Número de *campi* do RN com presença de psicólogo, enfermeiro, nutricionista, odontólogo, médico e técnicos de enfermagem na equipe de saúde em relação ao número total de *campi* do RN

Meta: Ao longo de 04 anos, haver um nutricionista lotado em cada *campus* do RN.

3.16- Adotar protocolos de boas práticas para serviços de saúde.

Indicador: Existência de Manual e distribuição para todos os setores de saúde dos *campi* do RN.

Meta: Existência de Manual de Boas Práticas dentro de 01 ano a partir da institucionalização da Política.

Indicador: Existência e Implementação de Plano de Gerenciamento de Resíduos.

Meta: Existência de Plano de Gerenciamento de Resíduos dentro de 12 meses a partir da institucionalização da Política e sua implementação nos próximos 24 meses

3.17- Normatizar o funcionamento dos setores de saúde.

Indicador: Existência de norma técnica de funcionamento dos setores de saúde.

Meta: Instituir a normatização dos setores dentro de 12 meses a partir da institucionalização da Política.

4 DESDOBRAMENTOS DA POLÍTICA

Levando em consideração os indicadores e metas propostos, salientamos a necessidade das seguintes ações: a necessidade de um comitê de ética em pesquisa, a inserção de ações de educação em saúde no calendário acadêmico, a reformulação de organogramas institucionais, a criação de protocolos e fluxogramas para facilitar a integração intersetorial, estabelecimento de parcerias com outras instituições e, por fim, processos de avaliação para gestão que contemplem, entre outros, o impacto desta Política sobre a permanência e êxito dos discentes na escola.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de planejamento para a construção da Política de Saúde Estudantil do IFRN se deu por meio da combinação de diversos atores, lugares, tempos e movimentos. A avaliação situacional de saúde adotada, apesar de pioneira e incipiente, em virtude da carência de sistemas de informação adequados, possibilitou elaborar uma sequência de problemas a serem enfrentados e traçar diretrizes para alcançar os objetivos almejados.

Desde a possibilidade de planejamento integrado até a finalização deste documento ocorreu, de certo modo, um amadurecimento nesta equipe condutora, na medida em que se exercitou a construção coletiva de uma proposta, implicando em uma maior responsabilização político-gerencial dos sujeitos envolvidos, e desencadeando, também, movimentos de aprendizagem institucional.

É com grande satisfação que encerramos esta etapa da nova caminhada da Saúde do Instituto com um olhar de pluralidade e multiplicidade mais aguçado mediante a construção coletiva de uma visão do futuro próximo.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Cadernos de atenção básica 12: obesidade**. Brasília: Ministério da saúde, 2006.
- BRASIL. **Cadernos de atenção básica 24: saúde na escola**. Brasília: Ministério da saúde, 2009a.
- BRASIL. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva- instrumentos básicos**. Brasília: Ministério da saúde, 2009b.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, 2013a.
- BRASIL. **Departamento de informática do SUS-DATASUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: agosto de 2013.
- BRASIL. **Manual instrutivo - Programa saúde na escola 2013**. Brasília: Ministério da educação e da saúde, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 9. Ano VI, nº 9, julho de 2011**. Brasília, 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 21p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental
- BUSS, PM; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, p. 77-93, 2007.
- CAMPOS FCC; FARIA HP; SANTOS MA. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
- CARLINI, E. A. (supervisão) [et. al.]. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/** - São Paulo: **CEBRID** - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010.
- CHORNY, A. H. Planificación em salud: Viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosário, v. 73, p. 5-30, 1998.
- CRUZ AS; SILVA KBF; FRANÇA KRO; FERNANDES VPO. **Anotações acerca dos critérios de elegibilidade para os programas de assistência estudantil no IFRN**. Natal: 2011.
- DEMARZO, MMP; AQUILANTE, AG. **Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde**. In: PROGRAMA de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.
- GIOVANELLA L. Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, p. 129-153, 1990.

IBGE. **Atlas do censo demográfico 2010**. Brasília: 2010.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012**. Rio de Janeiro: 2013.

IBGE. **Resultado Geral da Amostra: Censo 2010**. Brasília: 2010.

IFRN. **Plano de Assistência Estudantil**. Natal: 2010.

IFRN. **Projeto Político-Pedagógico do IFRN: uma construção coletiva**. Natal: 2012.

IFRN. **Relatório Geral de caracterização socioeconômica dos alunos do IFRN 2013**. Disponível em: <http://www.suap.ifrn.edu.br> > Acesso em: setembro de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estudo saúde Brasil 2012**. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/saude-brasil-2012-estudo-vai-apresentar-analise-da-saude-dos-brasileiros/>> Acesso em: agosto 2013.

MUSSEN, CONGER, KAGAN. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. Ed. Harbre. São Paulo, 1988.

NATAL. **Relatório de Gestão 2010**. Natal: Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN, 2010.

NATAL. **SB Brasil RN 2010. Pesquisa de saúde bucal da população do Rio Grande do Norte**. Natal: Secretarias Municipais de Saúde, 2012.

SAGGESE E., LEITE L. C. **Da Clínica à Reabilitação Psicossocial - Manual de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes**. Cadernos IPUB Versão online: nº1. UFRJ/IPUB, 2011.Vol. I. Semestral. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria. Rio de Janeiro, 2011.

SAÚDE. **Álcool provoca quase 10% das mortes de jovens no mundo: Bebida mata mais que a Aids ou a tuberculose, alerta a OMS**. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/noticias/alcool-provoca-10-das-mortes-de-jovens-no-mundo-20110211.html>> Acesso em: setembro de 2013.

SANTIAGO AC, FRACOLLI LA, ZOBOLI ELCP, SILVA RMV. Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2008; 42(4):798-803.

TEIXEIRA C. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiência**. Bahia: EDUFBA, 2010.

WILLIAMS JEKINS, 1978 *apud* HÖFLING EM. Estado e Políticas públicas sociais. **Cadernos Cedes**. 2001; XXI (5):30-41

ANEXO I: QUESTIONÁRIO GESTÃO EM SAÚDE NO IFRN

Link do questionário

https://docs.google.com/forms/d/1T3uXL5M04DCqQH_bwLgPOGpMh8Fy1ryGAoOs7nXuLJg/viewform

“A assistência à saúde no Instituto Federal: uma análise situacional dos serviços de atenção frente ao crescimento da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica no RN”

Convidamos a equipe de saúde do presente câmpus para participar da pesquisa “A assistência à saúde no Instituto Federal: uma análise situacional dos serviços de atenção frente ao crescimento da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica no RN” que se propõe em coletar informações relacionadas à realidade das equipes de saúde dos câmpus do IFRN.

*Obrigatório

1. Qual o seu câmpus?

- ☐ CENTRAL
- ☐ ZONA NORTE
- ☐ CIDADE ALTA
- ☐ IPANGUASSU
- ☐ CURRAIS NOVOS
- ☐ CAICÓ
- ☐ SANTA CRUZ PARNAMIRIM
- ☐ SÃO GONÇALO DO AMARANTE
- ☐ NOVA CRUZ
- ☐ APODI
- ☐ PAU DOS FERROS
- ☐ CEARÁ-MIRIM
- ☐ CANGUARETAMA
- ☐ SÃO PAULO DO POTENGI
- ☐ MACAU
- ☐ MOSSORÓ
- ☐ JOÃO CÂMARA

2. Este Setor de Saúde realiza algum tipo de programa de prevenção ou promoção à saúde?

*

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

3. Se sim, enumere e descreva se esta desenvolve-se sazonalmente ou permanentemente, sua frequência, quais suas temáticas e se o material utilizado é fornecido pelo IFRN e/ou por outros (SMS, SESAP, MS).

4. Este Setor participa de campanhas promovidas pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, ou pelo Ministério da Saúde? *

Exemplos: Campanha de Vacinação, Tuberculose, Diabetes, Hipertensão e outros...

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

5. Se SIM, quais tipos de campanhas.

6. Este Setor avalia a situação vacinal dos alunos? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

7. Este setor realiza avaliação antropométrica? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

8. Este setor possui o termo de consentimento autorizado pelos pais para os atendimentos aos alunos menores de idade? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

9. Este setor dispõe: *

Equipamentos de uso comum

- ☐ Telefone (VOIP)
- ☐ Computador (Odontologia)
- ☐ Computador (Enfermagem)
- ☐ Computador (Médico)
- ☐ Computador (Recepção)
- ☐ Impressora
- ☐ Seladora
- ☐ Geladeira ou frigobar
- ☐ Autoclave
- ☐ Televisão
- ☐ Condicionador de ar
- ☐ Gelágua
- ☐ Outros

10. Este setor dispõe: *

Materiais de insumos médicos

- Otoscópio
- Laringoscópio
- Oftalmoscópio
- Esfingomanômetro aneroide
- Esfingomanômetro digital
- Oxímetro de pulso
- Nebulizador
- Desfibrilador (DEA)
- Dispositivo bolsa/valva/máscara (AMBU)
- Cânulas tipo Guedel
- Prancha de madeira para remoção
- Cadeira de rodas
- Colar cervical
- Balança com avaliador de estatura digital
- Balança com avaliador de estatura manual
- Glicosímetro
- Termômetro
- Maca (divã)
- Cilindro de O2
- Muletas
- Cama hospitalar
- Suporte de braço
- Suporte de soro
- Biombo

11. Este setor dispõe: *

Materiais de insumos odontológicos

- Equipo
- Mocho operador
- Mocho auxiliar
- Negatoscópio
- Câmara escura
- Aparelho de raios-X
- Amalgamador de cápsula
- Amalgamador dosador
- Fotopolimerizador
- Ultrassom
- Jato de bicarbonato
- Bomba a vácuo
- Compressor
- Laser
- Destilador de água
- Geladeira ou frigobar
- Avental pumblífero para operador
- Avental pumblífero para paciente
- Cuba ultrassônica

- ☐ Incubadora

12. Este setor possui quais tipos de medicamentos orais? *

- ☐ Analgésicos e antitérmicos
- ☐ Antiinflamatórios
- ☐ Antieméticos
- ☐ Antibióticos
- ☐ Ansiolíticos
- ☐ Vermífugos
- ☐ Outros

13. Este setor possui material para realizar infusão de soro ou medicamentos injetáveis? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

14. Quais os medicamentos injetáveis de emergência? *

- ☐ Adrenalina
- ☐ Atropina
- ☐ Bicarbonato de sódio
- ☐ Glicose 25% e 50%
- ☐ Furosemida
- ☐ Fenegran (prometazina)
- ☐ Diazepam
- ☐ Hidrocortisona 100mg e 500mg
- ☐ Xilocaína
- ☐ Outros

15. Este setor possui Medicamentos de Uso Tópico? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

16. Se SIM, descrever quais.

17. Este setor dispõe de coberturas específicas para realização de curativos básicos? *

Ex.: Gazes, esparadrapo/micropore, SF 0,9%, PVPI, luva estéril/não estéril e atadura.

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

18. Qual a equipe que compõe o setor de saúde? *
(Número de profissionais, cargo/área, carga horária).

19. A estrutura física do setor dispõe de: *

- Consultório médico individualizado
- Sala de procedimentos de enfermagem individualizada
- Consultório odontológico
- Sala de esterilização
- Expurgo
- Sala de espera (recepção)
- Sala de observação individualizada
- Sala de curativo
- Sala de reunião
- Banheiros
- Copa
- Depósito de material de limpeza (DML)
- Central de material esterilizado (CME)

20. A localização do setor é próxima à cantina? *

- SIM
- NÃO

21. Se SIM, qual a sua opinião a respeito da localização?
(concorda ou poderia ser em outro local)

22. Qual o local de armazenamento dos medicamentos em estoque? *

23. Como é realizado o controle de validade das medicações e materiais de consumo? *

24. O setor de saúde possui Alvará Sanitário? *

Se estiver com o Alvará Sanitário em atraso selecione o item "outro".

- SIM
- NÃO
- Outro

25. Este setor possui um PGRSS (Plano de gerenciamento de resíduos sólidos de saúde)? *

- SIM
- NÃO

26. O setor conhece o destino final do lixo que produz? *

- SIM
- NÃO

27. Se SIM, descreva o destino final do resíduo.

28. Existe um contrato com alguma empresa de coleta de lixo hospitalar no seu Câmpus? *

- SIM
- NÃO

29. Se NÃO, quem realiza essa coleta?

30. O setor possui controle para limpeza de reservatório de água que abastece suas dependências? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

31. O setor possui contrato de manutenção preventiva para seus equipamentos? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

32. Este Setor de Saúde possui algum protocolo (normas e rotinas) de procedimentos? *
Exemplos: Esterilização, Atendimento...

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

33. Este Setor de Saúde possui controle de imunização dos seus profissionais?*

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

34. O prontuário utilizado no Setor de Saúde é eletrônico? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

35. Se NÃO, como se dá seu arquivamento?

36. Este Setor de Saúde pratica reuniões sistemáticas? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

37. Existe um programa de educação permanente para os profissionais de saúde? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

38. Algum servidor do Setor de Saúde já foi beneficiado pelo programa de capacitação do IFRN? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

39. Se SIM, cite a formação do profissional e o tipo/temática da capacitação.
Exemplos: Congressos, Seminários, Treinamentos...

40. Quais os tipos de capacitação que vocês consideram relevantes para todos profissionais da Saúde do IFRN? *

Caso marque a opção "outros", especifique.

- Primeiros socorros
- Normas e procedimentos de biossegurança
- Informática básica
- Saúde do adolescente
- Outro

ANEXO II – MATRIZ DIAGNÓSTICA, DE INDICADORES E METAS

PROBLEMA	OBJETIVOS	INDICADORES	METAS	RESPONSÁVEL
Condições de saúde				
Obesidade/alimentação/sedentarismo	Atividades de Educação em Saúde			
	Abordar a temática da reeducação alimentar.	Percentual de alunos do <i>campus</i> atingidos por ações que abordem o tema durante 01 ano.	10% dos discentes do <i>campus</i>	Equipe de saúde
	Abordar a temática da hipertensão, diabetes e sobrepeso/obesidade.	Percentual de alunos do <i>campus</i> atingidos por ações que abordem o tema durante 01 ano.	10% dos discentes do <i>campus</i>	Médico/Equipe de enfermagem
	Incentivar a prática esportiva.	Nº de campanhas relacionadas à prática esportiva durante 01 ano.	Mínimo de 01 campanha ao ano	Médico/Equipe de enfermagem/ professores de educação física
	Atividades Assistenciais			
	Diagnosticar precocemente, mediante o exame biomédico, situações de risco para sobrepeso/obesidade, diabetes e hipertensão.	Percentual de alunos ingressantes no ensino médio integrado submetidos a exame biomédico durante 01 ano.	100% dos alunos ingressantes no ensino médio integrado	Médico
Hipertensão/ diabetes	Acompanhar alunos acometidos por sobrepeso/obesidade, diabetes e/ou hipertensão em parceria com as equipes de saúde da família.	Percentual de alunos diagnosticados com diabetes/obesidade/sobrepeso/hipertensão assistidos no setor de saúde.	100% dos discentes diagnosticados	Médico/ Equipe de Enfermagem

	Atividades Administrativas			
	Assegurar a oferta de alimentos saudáveis na merenda escolar.	Percentual de itens relacionados a alimentos saudáveis adquiridos no processo licitatório e na agricultura familiar.	Mínimo de 70% dos itens do processo licitatório e 50% da agricultura familiar	Fiscal de contrato/ Nutricionista
	Incentivo ao consumo de alimentação saudável na cantina.	Padronização do contrato da refeição/cantina.	Padronização nos próximos 12 meses a partir da institucionalização da política	Fiscal de contrato/ Nutricionista
Sexualidade (DST/AIDS/gravidez/ aborto)	Atividades de Educação em Saúde			
	Realizar ações relacionadas à saúde reprodutiva.	Nº de ações realizadas com o tema durante 01 ano.	Mínimo de 01 ação ao ano	Médico/Equipe de Enfermagem
	Criar um canal de comunicação entre equipe de saúde, professores e discentes para trabalhar temáticas relacionadas à saúde.	Existência de um grupo de discussão.	01 grupo de discussão instituído dentro de 12 meses a partir da institucionalização da política	Coordenador da Assistência Estudantil/ Equipe de saúde
	Atividades Assistenciais			
	Dar suporte e orientação relativos aos cuidados bucais às gestantes.	Percentual de gestantes assistidas (tratamento odontológico concluído) durante o ano.	100% das gestantes	Equipe de saúde bucal
Parasitoses/ qualidade da água	Atividades de Educação em Saúde			
	Abordar temáticas relacionadas à higienização pessoal e do ambiente.	Número de campanhas com a temática durante 01 ano.	Mínimo de 01 campanha ao ano	Equipe de saúde
	Atividades Administrativas			
	Assegurar o controle da qualidade da água na escola em parceria com a coordenação de manutenção.	Número de laudos de análise microbiológica e físico-química durante 01 ano.	2 e 1, respectivamente	Coordenador da Assistência Estudantil
		Número de higienizações do reservatório de água, com registro.	Mínimo de 02 ao ano	

Álcool/drogas/ tabagismo/violência	Atividades de Educação em Saúde			Equipe de saúde
	Abordar questões relacionadas ao consumo de tabaco, álcool e drogas.	Número de reuniões temáticas com professores e discentes no período de 01 ano.	Mínimo de 01 reunião ao ano	
Cárie/perdas dentárias/ doença periodontal	Atividades Assistenciais			Coordenador da Assistência Estudantil/GTESS
	Avaliar a resolutividade da assistência odontológica prestada.	Proporção de alunos com tratamento concluído em relação ao total de alunos atendidos durante 01 ano.	30% dos alunos atendidos	
	Verificar a condição de saúde bucal dos alunos: Diagnosticar por meio do exame biomédico, o nº de dentes cariados, perdidos e obturados (índice CPO-D).	Percentual dos alunos ingressantes no ensino médio integrado submetidos à exame bucal (índice CPO-D) durante exame biomédico no período de 01 ano.	100% dos alunos ingressantes no ensino médio integrado	Equipe de saúde bucal
Doenças imunopreveníveis	Atividades de Educação em Saúde			Equipe de Enfermagem
	Acompanhar a situação vacinal dos discentes.	Percentual dos cartões de vacina dos alunos ingressantes no ensino médio integrado analisados pela equipe de enfermagem do <i>campus</i> no período de 01 ano.	100% dos cartões de vacina	
	Atividades Assistenciais			Equipe de Enfermagem
	Estimular a imunização vacinal de acordo com o calendário do Ministério da Saúde.	Percentual de discentes imunizados do ensino médio integrado .	100% dos discentes que ingressam no ensino médio integrado	

Problemas oftalmológicos	Atividades Assistenciais			
	Diagnosticar mediante o exame biomédico os agravos à saúde oftalmológica.	Percentual de alunos ingressantes no ensino médio integrado submetidos a exame biomédico durante 01 ano.	100% dos alunos ingressantes no ensino médio integrado	Médico
Endemias	Atividades de Educação em Saúde			
	Informar sobre formas de transmissão, riscos de doenças endêmicas da região onde se localizam os <i>campi</i> .	Número de ações educativas voltadas para as questões relacionadas às doenças endêmicas características da região dos <i>campi</i> no período de 1 ano.	Mínimo de 01 ação ao ano	Médico/equipe de enfermagem
Transtornos mentais (tentativas de suicídio, depressão, ansiedade, síndrome do pânico, entre outros)	Atividades de Educação em saúde			
	Abordar questões de promoção à saúde mental.	Número de reuniões sobre a temática com professores e discentes no período de 01 ano.	Mínimo de 01 reunião ao ano	Médico/psicólogo/pedagogo

Gestão em saúde				
Planejamento	Atividades Administrativas			
	Assegurar a construção da política de saúde para o período de quatro anos por meio da discussão coletiva da comunidade.	Existência de Política de Saúde Plurianual (PSP).	Construir no último ano do período de 04 anos de vigência do PSP a nova política	GTESS
	Assegurar a construção da programação anual do setor de saúde.	Existência da Programação Anual de Saúde (PAS).	Realizar anualmente a PAS	Coordenador da Assistência Estudantil/GTESS
Financiamento	Atividades Administrativas			
	Estabelecer um canal de comunicação entre os profissionais de saúde para troca e doação de materiais de consumo e permanente.	Existência de ferramenta do SUAP disponibilizada com esta função.	Construção da ferramenta dentro de 12 meses a partir da instituição da política	GTESS
	Compartilhar informações acerca da aquisição de materiais, equipamentos e contratos entre os diversos <i>campi</i> .	Percentual de profissionais que utilizam a ferramenta.	100% dos profissionais utilizando o módulo SUAP Saúde	Equipe de saúde
	Criar e manter um catálogo atualizado com materiais e equipamentos médico-odontológicos.	Existência de ferramenta do SUAP disponibilizada com esta função atualizada.	Construção da ferramenta dentro de 12 meses a partir da instituição da política, devendo ser atualizada anualmente.	GTESS/Equipe de Saúde
Participação social	Atividades de Educação em Saúde			
	Incentivar a participação da comunidade escolar (pais, alunos e professores) no planejamento das atividades do setor de saúde.	Existência de um caixa para verificar a percepção do discente sobre o atendimento.	Implantação da caixa de avaliação para verificar a adequação da assistência ao aluno no período de 01 ano.	Equipe de saúde
	Atividades Administrativas			
	Firmar parcerias com as Secretarias Municipais e Estaduais para encaminhamento dos alunos para especialidades médicas e odontológicas não ofertadas na escola.	Existência de termo de parceria assinado e em vigência.	Assinatura do termo de parceria dentro de 12 meses a partir da institucionalização da Política	Coordenador da Assistência Estudantil/ Direção do <i>Campus</i>

Gestão do trabalho	Atividades de Educação em Saúde			DIGPE
	Instituir uma política de educação permanente para os profissionais de saúde.	Nº de ações de educação permanente realizadas no período de 12 meses.	Mínimo de 01 ação ao ano	
	Atividades Administrativas			DIGPE
	Inserir outras categorias profissionais da área da saúde nas equipes dos setores de saúde dos <i>campi</i> do RN.	Número de novos códigos de vaga de profissionais da saúde adquiridos por <i>campus</i> no período de 4 anos.	Ao longo de 04 anos, haver, pelo menos, um código de vaga para nutricionista em cada <i>campus</i> do RN	
Informação em saúde	Atividades Administrativas			DGTI
	Implantação de Sistema de Informações de Saúde no Módulo SUAP.	Existência de Módulo Saúde no SUAP.	Disponibilização para uso do Módulo Saúde no SUAP nos primeiros 6 meses de implantação da política	
	Incentivar a alimentação do módulo SUAP Saúde pelos profissionais.	Percentual de profissionais do setor de saúde que utilizam o sistema de informação no módulo SUAP.	Utilização do módulo Saúde por 100% dos profissionais do Setor de Saúde	Coordenador da Assistência Estudantil
	Incentivar a pesquisa no IFRN relacionada às questões de saúde.	Existência de Grupo cadastrado na CAPES.	Instituir 01 Grupo de Pesquisa da Saúde no IFRN cadastrado na CAPES nos próximos dois anos	GTESS/ProPesq
		Nº de projetos submetidos aos editais de instituições de pesquisas.	Submissão de, no mínimo, 01 projeto de pesquisa em saúde por <i>campus</i> no período de 04 anos.	Equipe de Saúde

Infraestrutura	Atividades Administrativas			
	Regularizar o funcionamento do setor de saúde frente às normas sanitárias.	Existência de Alvará sanitário em vigência.	Existência de Licença Sanitária para todos os <i>campi</i> - setores de saúde do IFRN nos próximos 04 anos	
	Assegurar a padronização do espaço físico dos setores de saúde de acordo com as questões ergonômicas e sanitárias.	Existência de Projeto Básico de Arquitetura aprovado pela vigilância sanitária.	Existência de Projeto Básico de Arquitetura aprovado em todos os <i>campi</i> - setores de saúde do IFRN nos próximos 04 anos	COSGEM com apoio da Equipe de Saúde
	Adotar protocolos de boas práticas para serviços de saúde.	Existência e Distribuição de Manual de Boas Práticas para todos os setores de saúde dos <i>campi</i> do RN.	Existência de Manual de Boas Práticas dentro de 12 meses a partir da institucionalização da Política	GTESS
		Existência e Implementação de Plano de Gerenciamento de Resíduos.	Existência de Plano de Gerenciamento de Resíduos dentro de 12 meses a partir da institucionalização da Política e sua implementação nos próximos 24 meses	GTESS
	Normatizar o funcionamento dos setores de saúde.	Existência de norma técnica de funcionamento dos setores de saúde.	Instituir a normatização dos setores dentro de 12 meses a partir da institucionalização da Política	GTESS

ANEXO III- INDICADORES POR DIMENSÃO DE ATIVIDADE

Atividades	Indicador	Proposição	Fonte de dados
Educação em saúde	Proporção entre o nº total de campanhas realizadas com as temáticas de educação alimentar; hipertensão; higiene pessoal e ambiental; álcool e drogas; práticas esportivas; saúde reprodutiva; e doenças endêmicas nos últimos 12 meses pelo nº total de campanhas previstas no mesmo período. Em relação à construção do indicador, ressalta-se que campanhas realizadas abordando a mesma temática só serão contadas uma única vez.	Avaliar a mudança do modelo de atenção à saúde vigente no IFRN.	Relatório de Gestão da Saúde e/ou Relatório de atividades realizadas presentes no módulo SUAP.
Assistenciais	Proporção entre o nº de discentes que ingressaram na instituição no ensino médio nos últimos 12 meses, submetidos a exame biomédico, pelo número total de discentes que ingressaram na instituição no ensino médio em igual período.	Captar a abrangência de realização do exame biomédico que, por sua vez, visa identificar demandas assistenciais dos discentes e sua aptidão para realização de atividades esportivas nos <i>campi</i> .	Relatório de Gestão da Saúde, Relatório de atividades realizadas presentes no módulo SUAP e consulta aos registros acadêmicos dos <i>Campi</i> para quantificar o número de discentes ingressos.
Administrativas	Existência de Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão contemplando, minimamente, atividades relacionadas à consolidação de parcerias institucionais para encaminhamento dos discentes aos serviços da Rede SUS e SUAS; à alimentação saudável; e ao controle da qualidade da água.	Verificar a implantação de uma cultura de planejamento, avaliação e monitoria nos diversos <i>campi</i> do IFRN.	Consulta ao conteúdo da Programação e Relatório Anual.