



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO**

**ANDREA ROSANE SOUSA SILVA**

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NA  
PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ E PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA**

Recife

2020

ANDREA ROSANE SOUSA SILVA

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NA  
PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ E PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de doutora em Enfermagem

**Linha de Pesquisa:** Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar

**Área temática:** Educação e Saúde na Promoção à Saúde da Criança e do Adolescente

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

**Coorientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Margareth Santos Zanchetta

Recife

2020

Catálogo na Fonte Bibliotecária: Mônica  
Uchôa, CRB4-1010

S586a Silva, Andrea Rosane Sousa.

Análise da implantação do programa saúde na escola na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção da violência / Andrea Rosane Sousa Silva. – 2020.

118 f.: il.; tab.; gráf.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Estela Maria Leite Meirelles Monteiro.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2020.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Adolescente. 2. Políticas públicas. 3. Serviços de saúde escolar. 4. Avaliação em saúde. 5. Violência. I. Monteiro, Estela Maria Leite Meirelles (Orientadora). II. Título.

610.736

CDD (20.ed.)

UFPE (CCS2021-029)

ANDREA ROSANE SOUSA SILVA

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NA  
PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ E PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Aprovada em:** 23/11/2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Estela Maria Leite Meirelles Monteiro (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (Examinadora interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Sheila Coelho de Vasconcelos (Examinadora interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Vania Pinheiro Ramos (Examinadora interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Elza Lima da Silva (Examinadora externa)  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Betânia da Mata Ribeiro Gomes (Examinadora externa)  
Universidade de Pernambuco

Aos meus amores por toda vida: minha família.

Dedico.

## AGRADECIMENTOS

A Deus que sempre presente na minha vida, providenciou tudo na hora certa e no momento certo.

Aos meus pais, Leonardo Justino e Maria do Rosário, que com toda dedicação e zelo possibilitou mais essa conquista.

Ao meu esposo, Leonardo Davi que ofereceu todo suporte e contribuiu por toda jornada para a realização do trabalho.

Aos meus filhos, Henrique (*in memorian*) e Maria Helena (*meu arco-íris*), amores da minha vida.

Aos meus irmãos, Charles René, Rômulo Leonardo e Shirley Renata (*in memorian*), que sempre contribuíram para meu crescimento.

Aos meus sobrinhos, Renan e Letícia, que amo como filhos e sempre torcem por titia.

À profa. Dra. Estela Monteiro, por toda trajetória de trabalho desde o TCC passando de professora a amiga nessa jornada da vida.

À profa. Dra. Margareth Zanchetta que me recebeu sem marcar hora e confiou no trabalho que faríamos juntos.

Às alunas de iniciação científica que contribuíram na coleta de dados, Emily, Jéssica, Flávia, Isabela e Pâmela.

Aos amigos da vida e do trabalho que deram todo apoio com pensamento positivo e torceram sempre.

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE, por toda troca de conhecimento vivenciado.

Ao Centro Universitário Tiradentes de Pernambuco que por meio do programa de bolsa ao docente contribuiu com o trabalho.

À Ryerson University, que me recebeu e ofereceu todo apoio enquanto estudante estrangeiro no doutorado sanduiche por meio do Emerging Leaders in the Americas Program (ELAP), estendendo o agradecimento ao governo canadense.

À segunda turma de doutorado em Enfermagem da UFPE, companheiras de jornada. E a todos os discentes que tive o prazer de conviver ao longo dos quatro últimos anos. Especialmente: Andrea, Célia, Suellen e Ana Luzia.

Aos funcionários do departamento de Enfermagem da UFPE, Camila e Beatriz, secretárias administrativas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que nesse momento de pandemia do Covid-19, ofereceram o apoio necessário.

Aos profissionais das unidades de saúde da família e das escolas do município de Recife-PE, que contribuíram voluntariamente com a pesquisa.

## RESUMO

Ao considerar que o processo de desenvolvimento humano durante a adolescência é marcado por rápidas mudanças que requerem constantes adaptações do indivíduo no contexto em que ele se insere com implicações nas etapas subsequentes do curso da vida. O Programa Saúde na Escola (PSE) visa garantir uma formação integral dos adolescentes da rede pública de ensino, com ações intersetoriais de promoção, prevenção e atenção à saúde, mediante enfrentamento das vulnerabilidades, que implicam em prejuízos ao pleno desenvolvimento dos escolares. Cabe reconhecer a situação de vulnerabilidade das escolas, aos vários tipos de violência, que concorrem para desconfigurar o local como um ambiente de formação cidadã. Dessa forma, é importante a análise das ações de promoção da cultura de paz e prevenção de violência. O objetivo do trabalho foi avaliar a implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz. A pesquisa de método misto que utilizou o estudo de caso único para avaliar diferentes níveis de análise sobrepostos na implantação do PSE. Na abordagem quantitativa participaram 87 profissionais entre saúde e educação envolvidos com o PSE no município de Recife-PE. Foram aplicados questionários semiestruturados para coletar dados de caracterização, de estrutura e processos quanto à implantação do PSE. A análise dos dados aconteceu utilizando uma matriz de julgamento que se baseou no modelo lógico e na matriz de indicadores, criados a partir dos dispositivos legais, para mensurar o grau de implantação do PSE. A abordagem qualitativa foi realizada para análise do contexto da implantação, com a inclusão 34 entrevistas envolvendo gestores, profissionais da saúde e educação, delimitados pela técnica de saturação. Foi realizada análise de conteúdo das falas a partir da perspectiva da hermenêutica-dialética. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa, sob o CAAE nº70798617.2.0000.5208 e do parecer nº 2.250.303. Na avaliação do PSE obteve-se uma média entre os entrevistados representantes dos distritos sanitários de 75,29%, que correspondeu a uma classificação satisfatória da implantação. Na abordagem qualitativa prevaleceu entre os pesquisados o sexo feminino, e a idade superior a 51 anos. Em contraponto com os discursos foram identificadas oito categorias de análise, desde a percepção de como ocorreu o processo de implantação do PSE até o diagnóstico de necessidade da educação permanente dos profissionais envolvidos. Em relação às temáticas abordadas nas ações de educação em saúde com os escolares, a violência não constituiu uma prioridade entre os discursos, prevalecendo o enfoque biológico, apesar dos profissionais (78,2%) da saúde e da educação reconhecerem os problemas gerados no contexto intra e extraescolar por situações de violência. A implantação

do PSE foi avaliada satisfatória, entretanto foram evidenciados entraves, que necessitam serem apreciados pelos gestores, para melhoria da estrutura e dos processos necessários para avanços no desenvolvimento das ações de promoção à saúde universal, integral e equânime da comunidade escolar. Em consonância com o cenário mundial, cabe à sensibilização quanto à incorporação do enfermeiro escolar, como profissional articulador e mobilizador no enfrentamento sistemático das questões de violência e promoção da cultura de paz junto a esse grupo populacional.

Palavras-Chave: Adolescente. Políticas Públicas. Serviços de Saúde Escolar. Avaliação em Saúde. Violência.

## ABSTRACT

When considering that the process of the human development during the youth is marked by drastic changes that requires constant adaptation of the individual in the context that he belongs, with implications on many fields of life. The Health School Program (HSP) aim's to guarantee an integral vision of teenagers of the public field of teaching, with intersectorial actions of promotion, prevention and attention to health, through confrontations of vulnerabilities, which implies in losses to the completely development of the scholars. It is important to recognize the situation of vulnerability of the schools to the many tipos of violence, which competes to utterly damage the place for a citizen formation. The objective of this work was to evaluate the implantation of the HSP on the perspective of the promotion of the peace culture. The mix method of research which utilizes the case study to evaluate the different levels of analysis overlaid in the implantation of the HSP. On the quantitative approach, 87 professionals of health and education involved with the HSP in the county of Recife-PE participated. It has been applied semistructured questionaries to harvest data of characterization, structure and process related to the implantation of the HSP. The method of analysis of the data was made using a judgement matrix, that has been based in the logical model and in the indicators matrix, directly created from the legal bodies, to measure the level of implantation of the HSP. The qualitative approach was made to analyse the context of implantation, with the inclusion of 34 interviews involving managers, health and education professionals, delimited by the saturation tecnica. The analysis of the content of the speeches was made from the perspective of dialectical hermeneutic. The Project was approved by the research ethics committee, under the CAAE n° n°70798617.2.0000.5208 and the document n° 2.250.303. In the evaluation of the HSP, it has been observed an average between the interviewed, who represents the sanitary districts in 75,29%, which corresponds to a good classification of the implantation. In the qualitative approach, it has been observed that the majority of the interviewed was woman, and from age superior of 51. In contrapoint to the speeches, it has been recognized eight categories of analysis, since the perception of how the process of implatation of the HSP has ocurred, to the diagnostic of the necessity of permanent education of the professionals involved. In relation to the approached areas in the action of education and health with the scholars, the violence did not composed a priority in the speeches, prevailing the biological focus, although the health and education professionals (78,2%) recognizes the related problems generated in the *intra* and *extra* school context by violence situations. The implantation of the HSP was evaluated as satisfactory, however many problems have been perceived, problems

which necessitates to be appreciated by the managers to guarantee the improvement of the structure and the process necessary to the progress in the development of the actions who promotes the universal.

Keywords: Adolescent. Public policy. School Health Services. Health Evaluation. Violence.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1-</b> Distribuição dos pesquisados segundo a Unidade que trabalham: Escola ou Estratégia de Saúde da Família. Recife, 2018.....	59
---	----

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Análise da implantação da assistência em reabilitação em Pernambuco com foco no componente 1 .....	34
<b>Figura 2-</b> Localização dos 94 bairros e das 06 RPA do Recife. ....	36
<b>Figura 3-</b> Localização dos Distritos Sanitários da Cidade do Recife. ....	37

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Distribuição dos 94 bairros do Recife em RPA's .....	35
<b>Quadro 2-</b> Modelo lógico da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. ....	42
<b>Quadro 3-</b> Matriz de indicadores da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. ....	45
<b>Quadro 4-</b> Descrição dos tipos de análise, como e por que foram utilizadas na pesquisa, de acordo com o método. ....	56

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Informações gerais das Equipes de Saúde da Família (USF e ESF) e Saúde Bucal por Distrito Sanitário, Recife 2020 .....	38
<b>Tabela 2-</b> Distribuição das Escolas, Unidades de Saúde da Família e Estratégia de Saúde da Família participantes do PSE por Distrito Sanitário, Recife 2020. ....	38
<b>Tabela 3-</b> Cálculo estatístico da distribuição da amostra segundo os Distritos Sanitários, Recife 2017. ....	40
<b>Tabela 4-</b> Caracterização dos sujeitos da pesquisa em números absolutos segundo sexo, faixa etária, profissão, estado civil e escolaridade. Recife, 2018. ....	58
<b>Tabela 5-</b> Sobre as abordagens, atendimento e as ações que a unidade realiza voltados aos adolescentes escolares em número absoluto e percentual. Recife-PE, 2018. ....	60
<b>Tabela 6-</b> Descrição dos recursos tecnológicos disponíveis nas Escolas e ESF participantes do PSE. Recife-PE, 2018. ....	61
<b>Tabela 7-</b> Organização das unidades de saúde e escolas participantes do PSE. Recife-PE. ....	62
<b>Tabela 8-</b> Organização das unidades de saúde e escolas participantes do PSE. Recife-PE. ....	63
<b>Tabela 9-</b> Grau da implantação do PSE por Distrito Sanitário. Recife-PE, 2018 .....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SF	Saúde da Família
SPE	Saúde e prevenção nas escolas
ESF	Estratégias de Saúde da Família
PSE	Programa de Saúde Escolar
OMS	Organização Mundial da Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
RPA	Regiões Político-administrativas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ESB	Equipes de Saúde Bucal
SEEL	Secretaria de Educação, Esporte e Lazer
PPP	Projetos Político-Pedagógicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
TCM	Termo de Compromisso Municipal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
ACS	Agente Comunitário de Saúde
IASM	Instrumento de Avaliação para Sistema de Saúde Mental - IASM
UBS	Unidade Básica de Saúde
MED	Médico
ENF	Enfermeiro
TECEnf	Técnico de Enfermagem
ODO	Odontólogo
DIR	Diretor
PROF	Professor
NUT	Nutricionista

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
2.1	OBJETIVO GERAL	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>26</b>
3.1	Política Pública de Saúde ao Adolescente no Cenário Brasileiro	26
3.2	O Processo de Trabalho da Cogestão: uma ação (co) participativa para o fortalecimento de uma rede intersetorial para atenção à saúde dos adolescentes escolares	29
3.3	Avaliação de Programas e Políticas de Saúde: conceitos e métodos	30
<b>4</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>33</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA	33
4.2	LOCAL DE PESQUISA	34
4.2.1	Descrição geral do município de Recife-PE	34
4.2.2	Descrição da rede de Serviços de Saúde na Cidade de Recife-PE	37
4.2.3	Caracterização da Rede de Educação do Recife	38
4.3	População e Amostra	39
4.4	Definição das variáveis: construção do Modelo Lógico e Matriz de Indicadores	41
4.5	Análise do grau de implantação	52
4.6	Procedimentos para coleta	54
4.6.1	Instrumento para Coleta de Dados	54
4.7	Procedimento para Análise dos dados	55
<b>5</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>57</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>58</b>
6.1	Caracterização da Amostra	58
6.2	Dados relativos à Estrutura e Processos do PSE	59
6.3	Grau de Implantação do PSE: a partir da Matriz de Indicadores	64
6.4	Implantação do PSE: a partir do discurso dos profissionais da saúde e da educação	65
6.4.1	Avaliação do contexto da Implantação do PSE	65
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>77</b>

7.1 Implantação do PSE: avaliando os componentes quantitativos referentes a estrutura e processo .....	81
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA .....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM OS COORDENADORES ESTADUAIS DO PSE .....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM OS COORDENADORES MUNICIPAIS DO PSE .....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES E PROFISSIONAIS DA ESF E ESCOLA DO PSE .....</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDICE E - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM OS MEMBROS DOS CONSELHOS .....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS DESENVOLVIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E NAS ESCOLAS ENVOLVIDAS NAS AÇÕES DO PSE.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO.....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>115</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de Promoção da Saúde consiste no processo que possibilita as pessoas a aumentarem a capacidade de controlar a saúde (SAARISTO, 2020). A partir deste entendimento é destacada a importância das ações de Educação em Saúde articuladas às políticas públicas, comprometidas com a produção de ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde, pois assim, poderemos obter uma população conhecedora de seus direitos e deveres alicerçados nos princípios de solidariedade, cidadania e ética, visando à promoção do ser humano e a melhoria da qualidade de vida (SILVA et al, 2012).

No cenário internacional, a Carta de Ottawa disseminou que a promoção da saúde está relacionada com ações renovadas de saúde, mudando a maneira de refletir por parte dos gestores e profissionais de saúde, propondo uma prática alicerçada nos saberes da epidemiologia social. Entretanto, como cita o estudo do CONASS (2014) a epidemiologia social precisa demonstrar “se” e “como” ela melhora a saúde.

Foi a partir do movimento da Reforma Sanitária, associada ao conjunto de ideias provenientes da I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, que foram difundidas proposições renovadas nas ações de saúde, o que impulsiona o Pensar e o Agir dos governantes e profissionais da rede de saúde, entendendo que promover saúde é um processo de mobilização da comunidade para a melhoria de sua qualidade de vida e saúde (WHO, 2018).

É então, na Constituição Federal de 1988, em seu art. 198, que as ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único, descentralizado, e com oferta de atendimento à saúde de modo integral, promovendo a partir desse cenário de mudança de paradigma uma nova forma de (re) fazer e avaliar na saúde. A partir de todo esse processo, apreende-se uma concepção ampliada de saúde, como um direito social e dever do Estado. Mas, apesar dos inúmeros avanços, há ainda uma fragmentação na oferta de serviços e de ações na saúde (BRASIL, 1988).

Com o compromisso de assegurar a manutenção dos direitos à saúde, inúmeros setores da sociedade brasileira se uniram em prol da melhoria da qualidade de vida das crianças e dos adolescentes, que compõem um grupo populacional que requer proteção e condições propícias ao seu desenvolvimento integral, culminando na regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Nele é estabelecido uma concepção jurídica de proteção à infância e à adolescência, enfatizando a percepção das crianças como sujeitos de direitos, exigindo, em função da sua condição peculiar de desenvolvimento, atenção especial do Estado, da família e da sociedade (BRASIL, 2017; BRASIL, 2010b). Nesse sentido, é requerido investir na

construção de possibilidades no acolhimento e atendimento a esse público nos diversos serviços, de modo a propiciar o comprometimento e engajamento da comunidade na garantia do direito à saúde dos jovens (BRAGA e D'OLIVEIRA, 2019).

Para assegurar a prestação de um atendimento integral à criança e ao adolescente foi criado um mecanismo de democracia participativa, mediado pelos Conselhos dos Direitos da Criança e do adolescente e os Tutelares. Ambos, com a função de lutar contra a desarticulação das ações e a dispersão de recursos e energias, além de trabalhar ativamente para a integração das medidas governamentais ou não (BRASIL, 2017).

Então, em 2005, diante de um processo de mobilização coletiva da sociedade constrói-se o que responde às necessidades de saúde e os anseios dos adolescentes e jovens, a chamada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Em consonância com um dos princípios do SUS, esta política pressupõe a integralidade na atenção à saúde do adolescente e a organização de serviços para assegurar as atividades de proteção, recuperação e promoção da saúde (LIMA, 2015).

A instituição desta política concorre para o envolvimento de uma série de secretarias governamentais, com o propósito de estabelecer estratégias capazes de realizar mudanças no modelo de atenção à saúde das crianças e dos adolescentes. Embora, a universalidade, a integralidade e a equidade sejam direitos garantidos em constituição, é evidenciado uma contradição entre esses princípios e a realidade vivenciada pelos jovens brasileiros nas questões de saúde (SOUSA, 2014).

Uma importante estratégia para a transformação dessa realidade foi a criação das Estratégias de Saúde da Família (ESF), a qual ao retratar a família como o núcleo do cuidado, utiliza-se de ações de educação em saúde como ferramenta no incentivo ao autocuidado dos membros das famílias, resultando em reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos (FERNANDES, 2017). Entretanto, segundo Facchini et al (2018), há a necessidade da ESF monitorar e avaliar as atividades que desenvolve, assim, possibilitando um conhecimento mais aprofundado sobre a qualidade da atenção ofertada ao usuário pelos serviços de saúde.

Os trabalhadores que estão envolvidos com a saúde e educação dos adolescentes, precisam estar atentos a um grande problema de saúde pública que envolve esta faixa etária, no Brasil e no mundo, que é a violência. Para Patrício (2014), a violência representa um dos mais graves problemas de saúde pública e das relações humanas, principalmente quando há um aumento da mortalidade por causas externas, em destaque, a violência interpessoal (agressões/homicídios), que pode-se caracterizar um quadro de endemia social moderna, além

de impactar diretamente na estrutura demográfica, epidemiológica e financeira do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma categoria profissional que sempre buscou uma interface com vistas a minorar os problemas dos serviços de saúde e da comunidade foi a enfermagem. Por seu envolvimento no movimento sanitário e na construção e desenvolvimento dos princípios do SUS, contribuiu e vem fortalecendo de maneira significativa os processos de planejamento, coordenação, implantação e avaliação da ESF. Essa estratégia tem fornecido aos profissionais engajados a possibilidade de desenvolverem ações interdisciplinares e a intervir para além de práticas curativas (BARBIANI et al, 2016).

No cenário internacional emerge com atuação preponderante os enfermeiros escolares, que atuam especificamente no ambiente escolar. Os enfermeiros escolares realizam várias atividades para crianças e jovens na escola, com ênfase nas ações de educação em saúde, contribuindo para diminuir o índice de absenteísmo e promover o desenvolvimento dos escolares com diagnóstico e intervenção precoce na promoção da saúde mental. No entanto, sugerem uma abordagem mais específica sobre esse cenário na formação acadêmica, tornando-os capazes de desenvolver as habilidades necessárias para incrementar nas estratégias promotoras do desenvolvimento da população escolar (Smith e Bevan, 2020).

Assim, é necessário exercitar o trabalho em equipe, intersetorial, iniciando com a formação do profissional de saúde, e ampliando com o estabelecimento de parcerias para melhor condução das propostas e ações de saúde. Neste sentido, políticas de saúde vêm sendo construídas e desenvolvidas no âmbito do SUS, no intuito de minorar as diferenças econômico/sociais e prestar uma assistência digna e cumpridora dos princípios e diretrizes propostos na legislação, que rege a saúde pública brasileira (FACCHINI *et al*, 2018).

Nesse cenário, um local facilitador e empreendedor para promoção de políticas voltadas aos adolescentes é a Escola, pois esta possui um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, o que vem a contribuir na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, e assim poder interferir na produção social e na saúde. Dessa forma, na realidade brasileira, em consonância com o Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007 que instituiu o Programa de Saúde Escolar (PSE), cabe aos profissionais que compõem a ESF, em consonância com a gestão e professores da comunidade escolar, atuar na criação e fortalecimento das políticas públicas de saúde, de modo a intervir para uma comunidade e uma escola mais saudáveis (BRASIL, 1998; BRASIL, 2009b).

O PSE tem como objetivo ampliar as ações específicas de saúde aos escolares da rede pública de ensino. Este programa foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde da cidade do

Recife-PE em 2009, de acordo com este programa poder-se-ia presenciar a implantação na cidade do Recife de políticas que integrassem o cenário escolar e a ESF, com interesse à promoção da saúde de adolescentes e jovens (BRASIL, 2009b).

Em 2015, foi publicado o Caderno do Gestor do PSE, este além de reforçar o papel estratégico do programa em enfrentar as vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de escolares, reconhece a positividade na qualidade de vida dos jovens e adolescentes relacionadas às ações de integração entre saúde e educação. Assim, a política descreve estrategicamente, três componentes necessários à sua execução: componente I – Avaliação das condições de saúde; componente II – Promoção da saúde e prevenção de agravos; componente III – Formação. E, cada estratégia é abordada, e dividida em faixas etárias (creches, pré-escola e ensino médio e fundamental), a partir de temas destacados como prioritários para implementação da promoção à saúde e prevenção de agravos (Brasil, 2015).

No ambiente escolar um fenômeno tem despertado a atenção pelo aumento do número de casos que é a violência estrutural entre os jovens e adolescentes, em seus diversos níveis: institucional, simbólica e física. Essa situação de vulnerabilidade das escolas aos vários tipos de violência, acaba por desconfigurar o local como um ambiente de socialização de saberes e formação cidadã (MACEDO et al., 2019). Dessa forma, um componente importante a ser analisado é o da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, o qual consta no item 5 do componente II, como importante linha de ação, nos anexos do caderno do gestor do PSE (BRASIL, 2015).

Sendo assim, as rápidas mudanças nos processos de desenvolvimento humano durante a adolescência exigem constantes adaptações do indivíduo e dos contextos em que ele se insere. Esses ajustes têm implicações nas etapas subsequentes do curso da vida (SCHAEFER, 2019). Ter realmente implantada uma política e práticas integrais à saúde desse grupo etário contribui de sobremaneira, na formação de indivíduos autênticos e autônomos na leitura de mundo, no estabelecimento das relações interpessoais e nos posicionamentos frente às dificuldades e problemas vivenciados.

O desenvolvimento de políticas e práticas integrais à saúde dos adolescentes no cenário escolar requer uma atuação interdisciplinar dos distintos atores envolvidos no processo de crescimento, desenvolvimento e formação do adolescente. Cabe enfatizar o entendimento de interdisciplinaridade como processo integrador das disciplinas a partir da compreensão das múltiplas causas ou fatores que intervêm sobre a realidade da saúde nesse cenário (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS, 2018).

Estudos realizados nos estados Unidos relatam a importância do enfermeiro presente no ambiente escolar. Spring (2018) destaca que a função da enfermagem na escola é dar o suporte de saúde necessário a promover uma melhora da frequência dos estudantes, aprimorando assim o índice de absenteísmo escolar. Um estudo da Council On School Health (2016) relata que a primeira enfermeira escolar foi a Lina Rogers, nomeada em 1902 para cuidar da saúde de 8671 alunos em 4 escolas na cidade de Nova York, e destaca o sucesso na redução do absenteísmo escolar em 99% por motivos de saúde dos escolares. Sendo assim, o resultado levou à contratação de mais 12 enfermeiras escolares (COUNCIL ON SCHOOL HEALTH, 2016).

O foco principal é manter os alunos saudáveis na escola, entendendo que a frequência escolar é essencial para o sucesso acadêmico. Para tanto, a National Association of School Nurses (2018), cita que ao longo do século passado, uma expansão no papel da enfermeira escolar nas suas atividades vários componentes relacionados a saúde e ditos críticos, como: vigilância, doenças crônicas, gestão, emergências na escola, avaliação de saúde comportamental, educação em saúde permanente, incluindo um gerenciamento contínuo dos casos, entre outros que podem ser controlados no ambiente escolar. Assim, os enfermeiros escolares podem fornecer saúde individual e coletiva por meio de um acompanhamento diário a muitos estudantes.

O impacto que os determinantes sociais promovem na qualidade da saúde também são sentidos no ambiente escolar e são bem conhecidos pelos profissionais de saúde, em destaque os enfermeiros, que se tornam um elo importante entre a saúde e a educação na melhoria do desempenho acadêmico. Estudos relatam que para a existência de um programa de saúde escolar eficaz com um bom desempenho educacional o enfermeiro desenvolve um papel chave, liderando todos os componentes e serviços necessários para melhoria da qualidade de saúde dos escolares. Entendendo que o absenteísmo crônico coloca os estudantes em risco de fracasso escolar, com efeitos que podem durar toda a vida, devido às restrições no acesso ao emprego, com impacto negativo no futuro dos mesmos (ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION, 2016).

Para Zinan (2017) as enfermeiras escolares desempenham um papel fundamental, defendendo políticas escolares que apoiam o monitoramento e manutenção da saúde dos estudantes, com estratégias educativas sobre crescimento e desenvolvimento. A referida autora observa que as enfermeiras escolares costumam ser o primeiro contato dos estudantes envolvidos em bullying, visto que estes costumam apresentar cefaleia, dores de estômago, crises de asma, incontinência e outros sintomas que podem ser sinais de envolvimento com bullying. Destarte, a declaração da National Association of School Nurses, que afirma que as

enfermeiras escolares são membros importantes das equipes para prevenir e combater o bullying com estratégias para uma cultura de paz.

De acordo com a Unesco (1996) na obra “From a culture of violence to a culture of peace” foi definido que o termo ‘cultura’ apreende o conhecimento de certos valores, que podem ser incorporados, defendidos e seguidos na vida cotidiana. Assim, para uma cultura de paz é necessário entender como ocorre a criação de padrões e habilidades comportamentais voltados para a paz e que conduzem a resolução de conflitos de modo não violento. Nesse aspecto é destacada a necessidade de dar ênfase ao contexto cultural do comportamento pacífico na vida cotidiana, os quais podem contribuir para atitudes e relações interpessoais respeitosa e dialógicas, valorativas de ambientes de paz e conciliação e repulsivos a atitudes de violência (DÍAZ-ROMÁN E CARNEIRO-BARRERA, 2017).

A violência entre os adolescentes vem se destacando no Brasil, quanto aos altos índices. Estudo longitudinal, realizado de 1980 a 2013, revelou que as causas externas (acidentes e violência) vitimaram 689.627 crianças e adolescentes, se contrapondo às causas naturais (doenças), que diminuem de forma contínua nesse período analisado, já as causas externas se destacam com um crescimento lento, porém contínuo, saltando de 6,7% dos casos de mortes de crianças e adolescentes em 1980 para 29% em 2013, como por exemplo: os homicídios passam de 0,7% para 13,9% no total de mortes de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade, os acidentes de transporte, passam de 2% para 6,9% e os suicídios de 0,2% para 1,0%. Assim, em 2013 71% morrem ainda por causas naturais e 29% por causas externas, para quais se destaca 13,9% por homicídio e 6,9% em acidentes de transporte. Sobressaindo-se, a faixa de 16 e 17 anos de idade, na qual os homicídios passam de 506 em 1980 para 3.749 em 2013, aumentando 640,9% (WASELFISZ, 2015).

Diante desse grave problema de saúde pública que envolve a adolescência no país, entendendo o ambiente escolar como propício para ações de promoção e proteção à vida dos adolescentes, e partindo do pressuposto da necessidade de instrumentalizar a gestão nas propostas de planejamento e execução de políticas verdadeiramente intersetoriais, uma importante política pública que é capaz de tornar real a efetivação de atividades aos jovens e adolescentes escolares é o Programa Saúde na Escola (SILVA et al, 2015).

Nesse contexto, o PSE é um programa que promove a intersetorialidade entre saúde e educação, para a formação de sujeitos e projetos pedagógicos que garantam o direito à vida e a efetivação das práticas da Política Nacional da Atenção Básica, na qual as Equipes de Saúde da Família e a Escola assumem o protagonismo e a responsabilidade do cuidado com os escolares (BRASIL, 2009b).

Um estudo recente refere existir uma melhora na compreensão dos determinantes da saúde das populações, o que originou a complexidade da relação entre as ações de promoção da saúde e os resultados esperados. Sendo assim, há um foco na avaliação de programas de promoção da saúde e iniciou-se a mudança no que tange a avaliação de resultado de uma intervenção, no sentido de entender os processos pelos quais o programa foi alcançado e reproduzir os efeitos de uma intervenção bem-sucedida (SAARISTO, 2020).

No Brasil, no estudo de Silva (2015), foi verificada a inabilidade da gestão no âmbito da saúde e da educação em promover uma ação interdisciplinar nas políticas públicas que envolvam a promoção à saúde dos adolescentes escolares, a qual por meio de um trabalho de campo qualitativo pode-se perceber que no município de Recife-Pernambuco existe inúmeros programas governamentais em andamento, mas estes atuam de forma segmentada e descontínua; promovendo um cuidado fragmentado (SILVA et al., 2015).

Um mecanismo importante que pode contribuir na tomada de decisão dos gestores no planejamento e execução das políticas públicas é a avaliação. Na percepção de Chaves e Tanaka (2012 p.1277), embora existam diferentes definições e atribuições para a avaliação, entende-se que ela deve contribuir para a tomada de decisão, tendo como compromisso a melhoria das intervenções em saúde e, em última análise, a saúde dos usuários.

Entendendo, a importância do processo avaliativo para o desenvolvimento do trabalho gerencial e diante da necessidade de fortalecimento das políticas públicas de saúde, este estudo visa desenvolver uma avaliação da implantação do Programa Saúde na Escola, segundo o componente II, que contempla a promoção da cultura de paz e prevenção da violência, no município de Recife em Pernambuco.

Dessa forma, o interesse em realizar a pesquisa sobre a avaliação da implantação do PSE, decorreu dos resultados extraídos do trabalho de Mestrado Acadêmico, que destacou a importância em articular o compromisso da pesquisa e do social com o desenvolvimento e melhoria da qualidade das políticas públicas. Assim, para nortear este trabalho e delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação do PSE na perspectiva da prevenção da violência e da promoção da cultura de paz, foram propostas as seguintes perguntas condutoras:

1. Quais os indicadores a serem apreciados para avaliação da implantação do Programa Saúde na Escola na perspectiva da prevenção da violência e promoção da cultura de paz?
2. Como as ações estratégicas relacionadas à implantação do PSE foram desenvolvidas segundo os profissionais da educação e da saúde?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a implantação do Programa Saúde na Escola na perspectiva da prevenção da violência e promoção da cultura de paz.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Definir as variáveis que devem compor o modelo lógico e a matriz de indicadores;
- Estimar o grau de implantação do PSE em Recife/PE na perspectiva da prevenção da violência e promoção da cultura de paz;
- Aprender como as ações estratégicas relacionadas à implantação do PSE foram desenvolvidas segundo os profissionais da educação e da saúde;
- Analisar os aspectos da implantação do PSE quanto às dimensões de estrutura e de processos político-gerenciais.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE AO ADOLESCENTE NO CENÁRIO BRASILEIRO

A Reforma Sanitária, na constituição federativa de 1998 estabeleceu em seu art. 196 a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). Mesmo assim, a população de adolescentes e jovens são pouco visibilizados pela sociedade e políticas públicas de saúde.

No intuito de nortear ações frente aos desafios que a presente situação de saúde dos adolescentes evidencia, o Ministério da Saúde propõe as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, estas baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, propõe uma visão holística do ser humano e uma abordagem de forma sistêmica das necessidades dessa população (BRASIL, 2010a). O Ministério da Saúde segue como definição de adolescência a prescrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que caracteriza o período de 10 e 19 anos. Esta política estabelece, ainda a importância na construção de estratégias interfederativas e intersetoriais, que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional (BRASIL, 2010a). No entanto, ao estudar o quadro nacional econômico e social dos adolescentes e jovens brasileiros, percebe-se um grande trabalho para sua implantação, necessitando um esforço conjunto para o alcance de uma práxis transformadora.

A fase da adolescência é marcada por algumas situações desafiadoras, como: experimentam sentimentos de inferioridade, descontentamento com a escola, timidez, medos específicos variados, dificuldades em estabelecer amizades e questões relacionadas à sexualidade (OLIMPIOS E MARCOS, 2015). Já numa fase mais tardia, predominam-se os conflitos relacionados com a escolha da profissão e maiores responsabilidades, e surgem, também, dúvidas e medos em relação ao futuro. Todos esses sentimentos podem construir de maneira positiva, ao ajudá-los na realização de anseios e aspirações, mas podem ser destrutivos incentivando a violência no intuito de conseguir o que se deseja a todo custo (DIZERBO, 2012).

Com as dificuldades e demora na institucionalização de políticas voltadas aos adolescentes, muitos dos agravos acabam por não serem preveníveis, e quando se percebe eles já aconteceram, como: elevada incidência de infecções sexualmente transmissíveis, aumento

dos acidentes com veículos a motor envolvendo o uso de álcool, exposição cada vez mais precoce ao fumo e outras drogas, problemas de acidentes e violência, que poderiam ser facilmente solucionados, pois não são de natureza biomédica, a maioria possui sua origem, no comportamento. Assim, se fossem tratados de forma preventiva, poderiam contribuir para minimização dos altos índices/indicadores negativos de saúde (RIBEIRO, 2017; NEVES et al., 2017).

Ainda merece destacar a falta de um espaço institucionalizado para o atendimento aos adolescentes e jovens, considerando que a USF se responsabiliza por ser o principal espaço institucional, ressaltando que eles utilizam pouco o serviço de saúde, porque são poucas as necessidades interpretadas por esses serviços de saúde para esse grupo populacional (AYRES, et al., 2012) Esta realidade concorre para uma lacuna nos serviços de saúde quanto ao enfrentamento das situações de vulnerabilidade que envolve os jovens e adolescentes como também, o empoderamento dos profissionais de saúde em propor e executar ações intersetoriais de promoção a saúde dos mesmos.

A negligência do serviço público com essa faixa etária, permite uma expressiva situação de morbimortalidade entre eles. No Brasil, no ano de 2019, os dados das causas de internação hospitalar na rede pública entre os adolescentes destacaram a gravidez, parto e puerpério, representando quase metade das internações (44%) referentes a este grupo populacional. Os seis principais grupos de causa de internação na faixa etária de 10 a 19 anos, classificação etária em consonância com a Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, foram: gravidez, parto e puerpério apresentando 44%; lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas 12,5%; doenças do aparelho digestivo 8%; doenças do aparelho geniturinário 6,7%; doenças do aparelho respiratório 6%; doenças infecciosas e parasitárias 5,4% representaram em seu conjunto 82,6% das internações ocorridas. Já em Recife, as internações referentes ao mesmo ano, seguem tendência semelhante às internações ocorridas em âmbito nacional (SIH/SUS, 2019).

Diante desse quadro e para minimizar os problemas de saúde apresentados pelos adolescentes, mecanismos legais vieram sendo estabelecidos ao longo da história. No Brasil coexistem dois modelos que ora se complementam, ora concorrem na implantação de suas ações. Esses modelos são o assistencial sanitário e o médico-assistencial privatista. O primeiro busca resolver os agravos à saúde com a realização de campanhas, enquanto o segundo, baseado na hegemonia, tem sua prática voltada mais para demanda espontânea, a qual o indivíduo procura a unidade de saúde por livre iniciativa (FERTONANI, 2015)

O modelo mais marcante utilizado no Brasil é o assistencial sanitário, pois através de campanhas consegue amenizar as ações que de alguma forma deixaram de ser realizadas pela rede de serviços. Um exemplo notório para auxílio à atenção integral à população é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nela, o profissional de saúde tem a possibilidade de tratar não só o indivíduo único, mas a família e muitas vezes, indo na raiz dos problemas. A Unidade de Saúde da Família (USF) é a porta de entrada do sistema local de saúde e utiliza a educação em saúde para proporcionar a população uma compreensão ampliada sobre o processo saúde-doença e realizar uma prática que atenda à integralidade da atenção. Princípio este, muito exaltado nos discursos de gestores e gerentes da saúde (BRASIL, 2017).

Outra grande estratégia no alcance a atenção integral ao adolescente foi à criação e implantação do Programa de Saúde na Escola (PSE). Este, busca atender de forma holística as necessidades dos escolares matriculados nas escolas da rede pública municipal e estadual, localizadas no território sob a responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva de tornar a escola promotora de saúde (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2011)

O PSE foi instituído pelos Ministérios da Saúde e Educação através do decreto 6.286, de 05 de dezembro de 2007, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Este constitui uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família - ESF e da educação básica. Assim, esse programa possui como diretrizes: descentralização e respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade e acessibilidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade e sistematização no cuidado ao longo do tempo; monitoramento e avaliação permanentes por parte dos serviços de saúde e controle social (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2011)

Entendendo a escola como um espaço de relações, este cenário é ideal para desenvolver o pensamento crítico, político e reflexivo, a forma de ver o mundo, aquisição de valores, crenças, conceitos que podem interferir diretamente na promoção da saúde. Dessa forma, o PSE vem contribuir para fortalecer o desenvolvimento integral e articular a saúde, a educação e outras redes sociais, no intuito de minorar as vulnerabilidades que interferem no crescimento de crianças, adolescentes e jovens (BRASIL, 2015).

Em 2009, para aderir ao PSE os Municípios precisam possuir um dos seguintes critérios: I - Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura populacional

por Equipes de Saúde da Família, na competência financeira abril de 2008; II - Municípios com os 20 menores IDEB abaixo da média nacional nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura em cada Estado; e III - Municípios que possuam em seu território escolas participantes do programa Mais Educação, considerando somente as escolas especificadas neste programa (BRASIL, 2009).

O caderno do gestor (2015) propõe ao PSE que o trabalho de promover a saúde de jovens, adolescentes, dos professores e funcionários, deve partir do pressuposto “do que eles sabem” e “do que eles podem fazer”, ou seja, a valorização do conhecimento prévio, que segundo Freire (1996), visa estimular a promoção da criticidade, parte integrante de um ensino significativo e transformador. Pensando assim, os profissionais da saúde e da educação podem contribuir para o empoderamento dos princípios básicos para promoção da saúde desses jovens no ambiente escolar.

### 3.2 O PROCESSO DE TRABALHO DA COGESTÃO: UMA AÇÃO (CO) PARTICIPATIVA PARA O FORTALECIMENTO DE UMA REDE INTERSETORIAL PARA ATENÇÃO À SAÚDE DOS ADOLESCENTES ESCOLARES

Segundo Metz, Angst e Fischer (2020), os gestores exercem papel importante no desenvolvimento de políticas públicas. A partir de suas concepções e práticas, pode-se obter sucesso ou fracasso dos Programas voltados a área pública, ao pensar em gerência articulada à ESF, o trabalho deve ser realizado na direção de um modelo assistencial centrado no usuário, e não em função do controle dos procedimentos. Assim, cada gestor deveria entender-se como protagonista de mudanças, a partir do compromisso com a defesa da vida da população.

Assim, para uma atuação gerencial transformadora de cenários nas políticas públicas a serem implantadas, é necessário a superação de alguns conceitos de trabalho que expõe a gerência como uma atividade extremamente burocrática, rotineira, pré-determinada, sem criatividade, padronizada e inflexível (MARTINS, 2015). Sugerindo a criação de uma dinâmica de funcionamento dessas políticas e seus cenários de tal maneira, que os “recursos humanos” sejam os principais sujeitos desse processo (JUNQUEIRA et al. 2010).

Segundo Peduzzi et al. (2011), o gerente constitui uma figura que coordena e administra o autogoverno, compatibilizando-o às diretrizes do planejamento em instância superior, gerando cenários de negociações com outros níveis da gestão do Estado, e da sociedade, legitimando o compromisso das equipes e dos projetos com as necessidades de saúde da população local.

Entender um modelo gerencial, centrado no cuidado, leva a uma redefinição do papel do gerente. É importante conceber que através da expressão do trabalho vivo, o profissional pode apropriar-se de instrumentos para (re) criação das suas ações, fazendo-se produto e produtor de trabalho (FERNANDES; CORDEIRO, 2018). Por isso, é necessário à adoção da abordagem dialética para a análise das organizações de trabalho.

Para que uma atividade gerencial e interdisciplinar cumpra com as determinações de ordem técnica e política, faz-se necessário, uma compreensão na dinâmica das relações político-econômico-sociais que se encontram presentes na organização dos serviços de saúde dentro de um dado processo de trabalho (PRADO, SANTOS E OLIVEIRA, 2020).

Um mecanismo que vem a contribuir no trabalho dos gestores é o estabelecimento de dispositivos democrático-populares instituídos no cenário nacional, com destaque para a participação da sociedade na formulação de políticas públicas de saúde. Assim, é necessário que a sociedade civil e os movimentos sociais se tornem formuladores dessas políticas, participem de sua gestão e exerçam o controle público de sua implementação. Diante desse processo de institucionalização das ações de promoção da saúde e da avaliação dessas intervenções é possível trabalhar na micropolítica do encontro com a sociedade civil considerada interlocutora (FONTES, LIMA; LIMA, 2010).

Para tanto, pode-se citar o que Foucault (2002) denomina “biopolítica da espécie humana”, ou “biopoder”, a “tomada de poder” sobre o homem-espécie, que aborda a doença como fenômeno de população. A visão biológica torna-se um evento político na medida em que a reprodução da população e a ocorrência de doenças são centrais nos processos econômicos e novos mecanismos de controle e novas instituições, tais como a seguridade social é consequentemente, passível de controle político (MENDES et al., 2015).

Na sociedade, mecanismos reguladores têm o poder de assegurar a vida, sendo a escola um deles. As ações disciplinares do corpo e regulamentadoras da população estão articuladas uma com a outra, obedecendo a “norma” como elemento central (FOUCAULT, 2002). Assim, relacionando com os promotores das políticas públicas nas escolas, que atuam em conjunto com a saúde podem vir a contribuir na construção do “biopoder” promovidos aos indivíduos da comunidade escolar.

### 3.3 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE: CONCEITOS E MÉTODOS

Existem várias definições para o termo avaliação. No campo da saúde e das políticas públicas e sociais avaliar consiste em aplicar um juízo de valor a uma atividade intervencionista,

utilizando um meio capaz de ofertar informações científicas, válidas e verdadeiras sobre as ações, possibilitando aos indivíduos envolvidos, uma visão ampla dos entendimentos acerca dessas atividades, ajudando-os nos seus posicionamentos seja ele individual ou coletivo (CONTRANDIOPOULOS, 2006).

O julgamento pode acontecer por meio de uma avaliação normativa, quando o resultado utiliza critérios e regras bem definidas para obtenção dos resultados, ou pode ser uma pesquisa avaliativa, ao relacionar o fenômeno da avaliação a uma pesquisa científica. Segundo Dubois et al (2008) o processo de avaliação no ocidente tem apenas dois séculos, sendo que a primeira geração inicia no século XIX até 1930 e se restringia ao método apenas experimental.

Já na área da saúde o termo avaliação surge com o avançar da epidemiologia e da estatística, no intuito de tentar entender e testar a utilidade das ações em saúde, principalmente na qualidade referente ao controle das doenças infectocontagiosas, e em desenvolver algum sistema que informasse e orientasse as políticas sanitárias dos países, inicialmente nos desenvolvidos (HARTZ, 1997).

A partir de 1990 surge uma geração de avaliadores que enaltecem a avaliação com uma função mais julgadora, sendo essa uma das principais competências de quem avalia, e há um exercício de se institucionalizar as práticas da avaliação, tornando necessária a profissionalização dessa categoria. Assim, houve um aumento das publicações acerca da temática, elevando assim, o padrão de qualidade dos serviços. A nova geração de avaliadores aponta para uma prática que congregue o grupo e transforme o processo avaliativo em ações inclusivas e participativas (HARTZ, 1997).

Assim, discute-se a institucionalização da avaliação de programas de saúde, no intuito de estabelecer uma “cultura de avaliação” e assim contribuir para uma melhor aplicabilidade dos recursos públicos. No entanto, para que esta cultura seja de fato uma realidade, os gestores precisam compreender e se empoderar dos resultados gerados nas pesquisas voltadas à avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Os principais objetivos para o desenvolvimento da avaliação são: contribuir no planejamento e na elaboração de uma intervenção (estratégico), obter e oferecer informações para melhoria de uma intervenção (formativo), determinar os efeitos de uma intervenção e definir se deve ser continuada ou não (somativo), usar o processo avaliativo para contribuir e transformar uma situação problema, trazendo o bem estar da comunidade (transformador) e ajudar no progresso científico relativo à temática (fundamental) (Hartz, 1997).

Assim, percebe-se que a avaliação pode iniciar na fase de elaboração da intervenção, contribuindo e melhorando com o modelo a ser implementado, como também ao fim do

programa para conhecer os efeitos e impactos alcançados, e assim auxiliar na tomada de decisão quanto a continuidade ou finalização das ações (OLIVEIRA E PASSADOR, 2019).

Na avaliação de uma intervenção podem-se utilizar dois tipos de estudos: a Avaliação Normativa (nesta, há um julgamento de uma intervenção, no qual se compara os recursos empregados e sua organização - Estrutura; os serviços e bens produzidos - Processos; e, os resultados obtidos), sendo esta ofertada principalmente aos gestores e profissionais nas rotinas dos serviços. Na Pesquisa Avaliativa o juízo de valor é realizado para analisar: pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeito e rendimento, também compreende as relações existentes entre a intervenção e o contexto que esta se situa, sendo este denominado Análise de Implantação (SAMICO, 2010).

A análise de implantação retrata dois momentos particulares: podendo ser a influência do grau de implantação de uma ação sobre os efeitos causados pela mesma, e/ou a influência do contexto em que a ação está inserida sobre seus efeitos, no qual a intervenção está implantada (HARTZ, 1997).

A pertinência desse tipo de análise está relacionada quando se obtém vários resultados em intervenções semelhantes implantadas nos diversos contextos. Dessa forma, entendendo a complexidade de elementos intervencionistas é importante desenvolver a análise da implantação, a fim de saber como ocorre a interação nos diversos contextos (HARTZ, 1997).

Ainda de acordo com Hartz (1997, p.44-45), a análise da implantação consiste em aferir a influência da variação no grau de implantação da intervenção em diferentes contextos, sendo que, até mesmo uma ausência de efeito pode ser consequência do fato de que a intervenção avaliada não foi realmente implantada. Já, o segundo tipo está relacionado no questionamento acerca dos efeitos da interdependência que pode haver entre o contexto no qual a intervenção está implantada e a intervenção em si. Para tanto, Yin (2015, p.226) afirma que: *os métodos necessários para analisar a implantação de um programa são os estudos de casos.*

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa de método misto, com processo exploratório incorporado concomitante de estudo de caso único (CRESWELL, 2010). Constitui em um estudo de um programa com abordagem mista (quantitativa e qualitativa), para entender as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implantação. E, assim, poder delimitar da melhor forma os fatores que podem comprometer ou facilitar a implantação de uma intervenção, identificando os pontos críticos na efetivação das políticas e/ou programas (BROUSSELE, 2016).

Deve-se realizar uma análise da implantação, no intuito de certificar se o programa foi bem implantado. Para tanto, é necessário classificar e identificar os diferentes pontos da avaliação de implantação. Utilizaremos o referencial teórico de Denis e Champagne (1997). Para esses autores, a análise de implantação se baseia em três componentes: Componente 1 (análise do contexto), Componente 2 (verificar o nível de eficácia) e Componente 3 (identificar o contexto e os efeitos observados). Dessa forma, além de descrever os efeitos, é permitida uma análise mais aprofundada da implantação do programa.

O programa a ser analisado quanto ao grau de implantação foi o PSE. Dessa forma, para atingir os objetivos do estudo de caso único, o qual apresenta diferentes níveis de análise sobrepostos, assim relacionado: gestores, profissionais da saúde e da educação básica e membros do controle social, que sejam participantes e executores do programa.

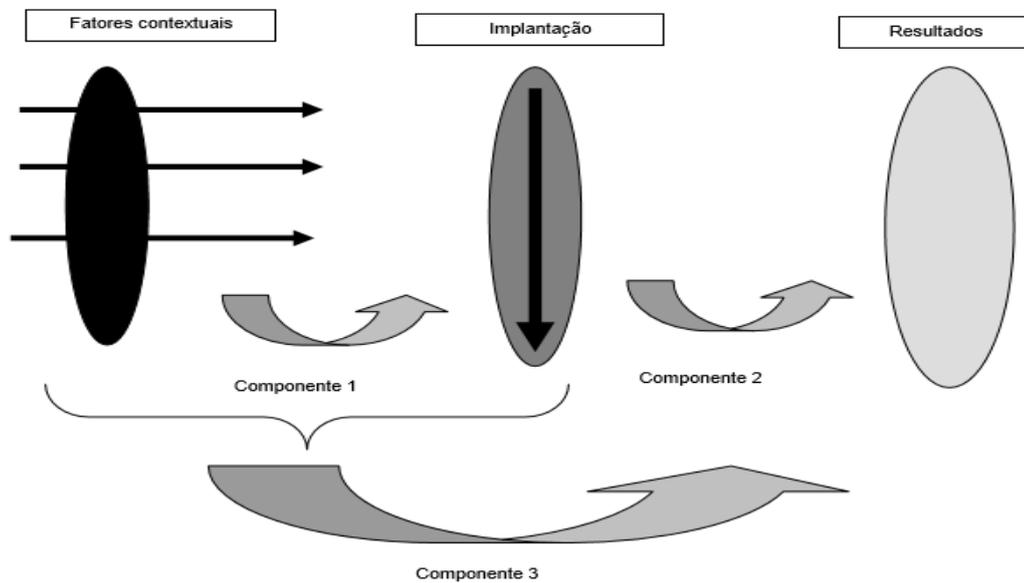
O estudo de caso foi escolhido pois é o mais adequado à investigação proposto, por possuir um alto grau de complexidade. Pois, o fenômeno estudado se confunde facilmente com as condições contextuais, necessitando uma melhor análise para informações de ambos (YIN, 2015). A principal utilização do estudo de caso é para esclarecer uma decisão: quais motivos, implementações e resultados. Para Prodanove e Freitas (2013) o estudo de caso consiste num processo de aprofundar o conhecimento acerca de um ou mais objetos promovendo seu detalhamento. Pode-se dizer também, que é uma estratégia de pesquisa que procura aprofundar um fenômeno da atualidade de acordo com o seu contexto.

Seguindo, como referência Lima (2011), que realizou a análise de implantação da rede estadual de reabilitação física em Pernambuco, foi utilizado o recorte do componente I (FIGURA 1), o qual foi proposta por Denis e Champagne (1997), para análise *da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação da intervenção*. Sendo assim:

*A escolha do componente um da análise de implantação se justifica quando uma intervenção é complexa e composta de elementos sequenciais. A utilidade desse tipo de análise é procurar entender melhor que fatores interferem nas variações*

*observadas em nível de implantação de uma intervenção, supondo que influenciam fortemente os efeitos da intervenção (LIMA, 2011. p.68).*

**Figura 1-** Análise da implantação da assistência em reabilitação em Pernambuco com foco no componente 1



Fonte: Lima (2011), baseado em Denis e Champagne (1997).

A validade interna de um estudo de caso único, está baseado no grau de segurança que pode ser estabelecido por meio da ligação de causa entre as variáveis independentes e dependentes. Para o estudo pode-se enumerar como variáveis dependentes, os componentes que serão avaliados: estrutura e processo. Enquanto, que as variáveis independentes serão os indicadores propostos a partir da legislação vigente relacionada ao PSE.

## 4.2 LOCAL DE PESQUISA

O local da pesquisa foi composto pela caracterização da situação de saúde e da educação no município de Recife/PE, pois possui uma rede de saúde e educação que representa a maior quantidade de habitantes no Estado de Pernambuco; e outro critério importante para sua escolha foi o conhecimento prévio do contexto para os pesquisadores.

### 4.2.1 DESCRIÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE

O município de Recife possui uma extensão territorial de 209 Km<sup>2</sup> e pelo Censo 2010 do IBGE uma população de 1.537.704 habitantes, distribuídas numa área predominantemente urbana. Em relação à faixa etária há uma predominância de jovens entre 10 e 29 anos, ou seja, 52% da população são adolescentes e adulto jovem.

De acordo com a Lei Municipal 16.293/97 o Recife foi dividido em seis grandes regiões chamadas de Regiões Político Administrativas - RPA, conforme Figura 03.

Desde 1988 o território do Recife é subdividido em 94 bairros (Decreto nº 14.452/88) (QUADRO 1) e para melhor gerir, existe também uma Lei Municipal 16.293/97, que faz uma repartição em 06 RPAs (Regiões Político-administrativas) (FIGURA 02) e nestas estão contidos os 08 (oito) Distritos Sanitários de Saúde, sendo cada um subdividido em 03 microrregiões que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais (FIGURA 03).

**Quadro 1** - Distribuição dos 94 Bairros do Recife em RPA's

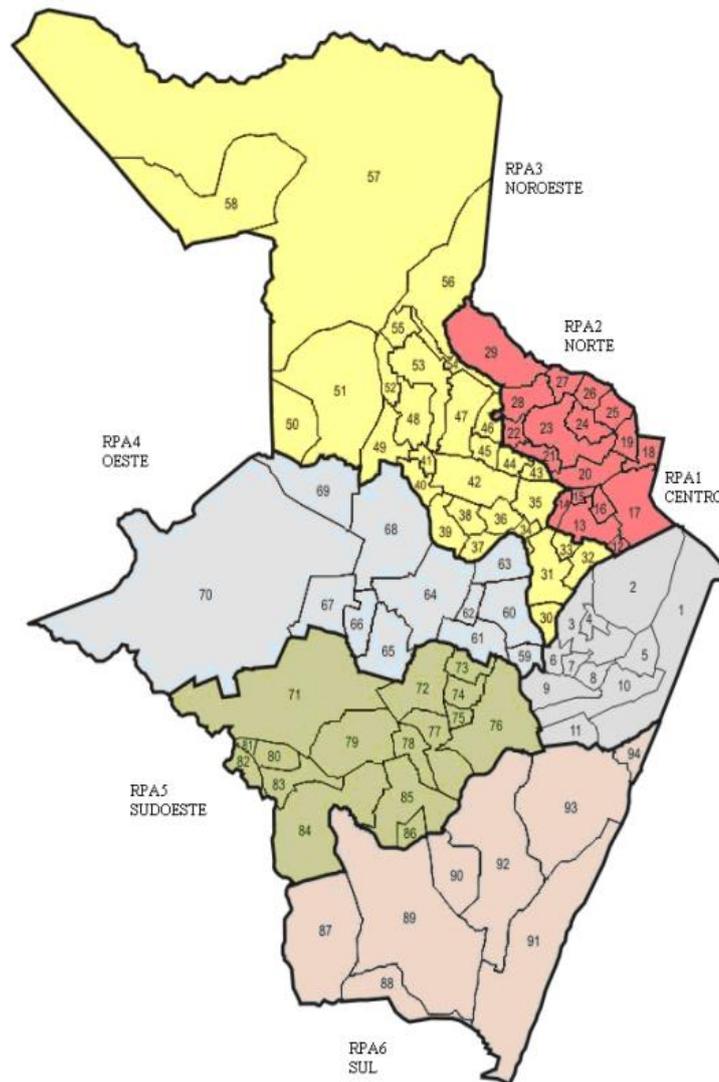
(Continua)

RPA 1	RPA 2	RPA 3	RPA 4	RPA 5	RPA 6
Recife	Torreão	Derby	Ilha do Retiro	Curado,	Cohab
Santo amaro	Encruzilhada	Graças,	Madalena	San Martin	Ibura
Boa vista	Rosarinho	Espinheiro,	Prado,	Bongi,	Jordão
Cabanga	Ponto de Parada	Aflitos	Zumbi	Mustardinha	Ipsep
Ilha do Leite	Hipódromo	Jaqueira	Torre	Mangueira,	Boa Viagem
Paissandu	Campo Grande	Tamarineira	Cordeiro	Afogados	Imbiribeira
Santo Antônio	Peixinhos,	Parnamirim	Torrões	Jiquiá	Pina
São José	Campina do Barreto	Santana	Engenho do Meio	Estância	Brasília Teimosa,
Soledade	Arruda,	Casa Forte,	Cidade Universitária	Jardim São Paulo	
Coelhos	Bomba do Hemetério	Poço da Panela	Iputinga,	Sancho,	
Ilha Joana Bezerra	Alto Santa Terezinha,	Monteiro,	Caxangá,	Totó	
	Água Fria,	Alto do Mandu,	Várzea	Tejipió e	
	Fundão	Casa Amarela,		Coqueiral,	
	Cajueiro,	Alto José Bonifácio		Barro,	
	Porto da Madeira	Morro da Conceição		Areias,	
	Beberibe,	Alto José do Pinho,		Caçote,	
	Dois Unidos	Vasco da Gama			
	Linha do Tiro	Macaxeira,			
		Apipucos,			
		Sítio dos Pintos			
		Dois irmãos			
		Córrego do Jenipapo,			
		Nova Descoberta,			
		Brejo do Beberibe,			
		Brejo da Guabiraba			
		Passarinho			

**Quadro 1 - Distribuição dos 94 Bairros do Recife em RPA's. (Conclusão)**

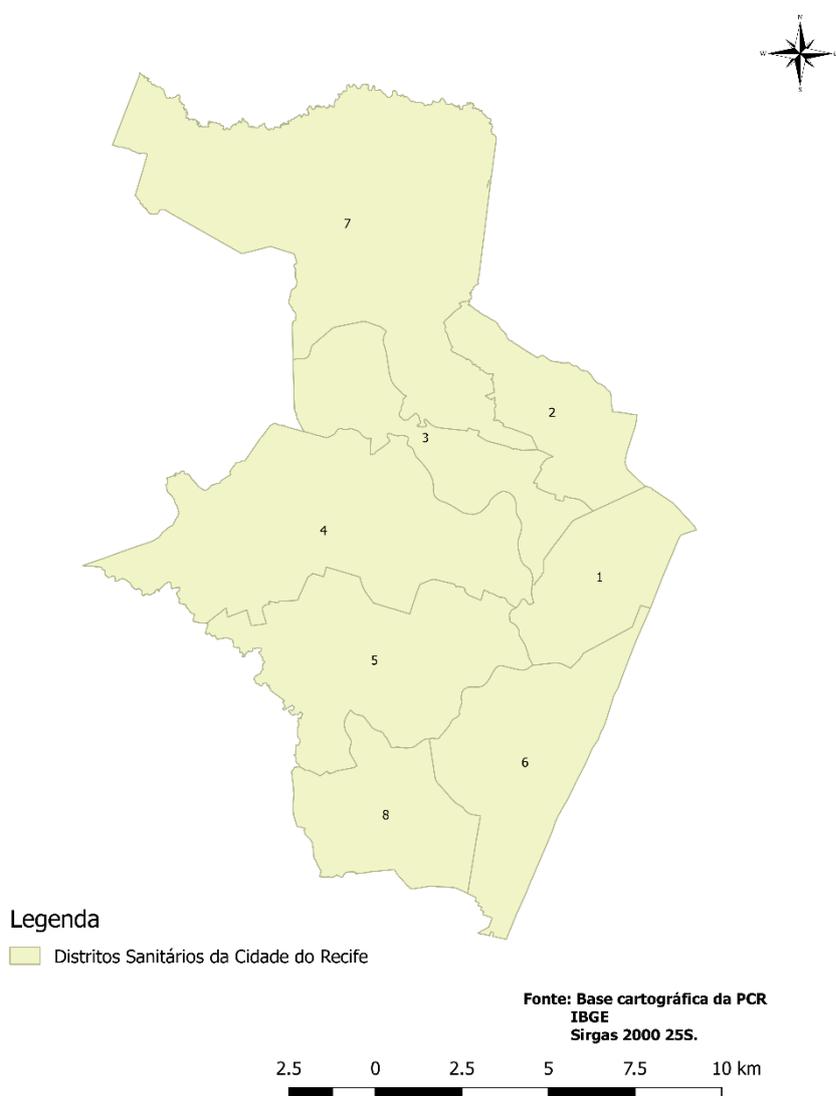
RPA 1	RPA 2	RPA 3	RPA 4	RPA 5	RPA 6
		Guabiraba,			
		Pau Ferro			

Fonte: Prefeitura da Cidade do Recife [www.recife.pe.gov.br](http://www.recife.pe.gov.br) consulta em 07/09/2020.

**Figura 2- Localização dos 94 bairros e das 06 RPA do Recife.**

Fonte: Prefeitura da Cidade do Recife [www.recife.pe.gov.br](http://www.recife.pe.gov.br) consulta em 07/09/2020.

**Figura 3-** Localização dos Distritos Sanitários da Cidade do Recife.



Fonte: Prefeitura da Cidade do Recife [www.recife.pe.gov.br](http://www.recife.pe.gov.br) consulta em 07/09/2020.

#### **4.2.2 DESCRIÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA CIDADE DE RECIFE-PE**

O Modelo Municipal de Atenção à Saúde do Recife está baseado de forma hierarquizada e descentralizada em atenção básica, média e de alta complexidade. Este tenta ampliar o acesso às ações e serviços envolvidos na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde de modo universal, equânime e integral da saúde da população. A atenção básica representa a principal porta de entrada do Sistema de Saúde Municipal. A rede ambulatorial é composta por

Unidades de Saúde da Família (USF) em número de 132 no ano de 2020 e Unidades Básicas Tradicionais (Centros de Saúde). O número de ESF está em 279, enquanto as Equipes de Saúde Bucal (ESB), incorporadas a ESF desde maio de 2001, apresentam um quantitativo de 180 equipes em 2020 (Tabela 01).

**Tabela 1-** Informações gerais das Equipes de Saúde da Família (USF e ESF) e Saúde Bucal por Distrito Sanitário, Recife 2020

Distrito Sanitário	USF	ESF	% Cobertura		Equipe de Saúde Bucal		
			Saúde da Família	Saúde Bucal	MOD 1	MOD 2	TOTAL
I	10	16	67	42	7	3	10
II	21	50	74	50	22	12	34
III	7	7	18	15	6	-	6
IV	20	41	47	34	25	4	29
V	17	34	42	25	13	7	20
VI	12	27	36	24	15	3	18
VII	21	48	86	59	27	6	33
VIII	24	56	132	68	23	7	30
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>279</b>	<b>59</b>	<b>38</b>	<b>138</b>	<b>42</b>	<b>180</b>

Fonte: DEABGD (Agosto 2020) - Distritos Sanitários.

Nota: MOD = modalidade

#### 4.2.3 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE EDUCAÇÃO DO RECIFE

A Rede Municipal de Ensino de Recife é constituída por 334 escolas municipais, atendendo a um total de 109.804 estudantes.

As Unidades Educacionais da Rede Municipal de Ensino do Recife estão distribuídas em seis regiões político-administrativas (RPA's), que correspondem aos 08 Distritos Sanitários, conforme a Tabela 02.

**Tabela 2-** Distribuição das Escolas, Unidades de Saúde da Família e Estratégia de Saúde da Família participantes do PSE por Distrito Sanitário, Recife 2020. (Continua)

Distritos Sanitários	Escolas	USF	ESF
I	9	6	11
II	16	13	19
III	2	3	3
IV	7	11	20

**Tabela 2-** Distribuição das Escolas, Unidades de Saúde da Família e Estratégia de Saúde da Família participantes do PSE por Distrito Sanitário, Recife 2020. (Conclusão)

Distritos Sanitários	Escolas	USF	ESF
V	6	12	13
VI	9	11	15
VII	13	12	21
VIII	11	10	13
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>78</b>	<b>115</b>

Fonte: DEABGD (Agosto 2020) - Distritos Sanitários.

A Secretaria de Educação, Esporte e Lazer (SEEL), com base na Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional (Lei nº 9394/96), orienta que a organização da Educação Básica deve acontecer em períodos semestrais, em séries anuais ou em ciclos. Em Recife, segundo o projeto de implantação do PSE fornecido pela Secretaria de Saúde, foi implantado a partir de 2001, o Sistema de Ensino em Ciclos de Aprendizagem. Essa concepção de ensino veio constituir o compromisso político de atender às necessidades educacionais dos que fazem a Rede Municipal de Ensino, valorizando as diferentes histórias de vida de seus estudantes e respeitando seus ritmos de aprendizagem.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para a amostra qualitativa a escolha foi por conveniência, pois cada indivíduo que participou da pesquisa foi escolhido de acordo com sua participação no Programa Saúde na Escola. Para Minayo (2006), a amostra qualitativa ideal que consegue considerar as múltiplas visões do objeto de estudo. Assim, foi solicitado à gerência do PSE quais sujeitos, da secretaria de saúde e de educação do município e do Estado, estavam envolvidos no programa. Nesse caso, foram entrevistados os nove (09) coordenadores da política do município, cinco (05) gestores e dois (02) professores de ciências de escolas municipais, pois estes estavam e estão envolvidos nas ações de saúde no ambiente escolar, e ainda, os profissionais ligados a Estratégia de Saúde da Família – sete (07) Enfermeiros, um (01) Técnico de enfermagem e nove (09) Agentes Comunitários de Saúde - e um (01) membro do controle social, totalizando 34 participantes.

Como critério de inclusão para participar da pesquisa: Profissionais que assumiram suas funções, na secretaria de saúde e de educação, há no mínimo seis meses. Para os membros do controle social, foi realizada uma pesquisa nas atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Recife/PE, para saber quais participantes estavam presentes nas discussões quando a

pauta versava sobre o PSE, foi feito o convite aos membros do conselho e a participação foi efetivada após consentimento formal de todos os atores envolvidos na pesquisa.

O tamanho da amostra quantitativa foi dimensionado para a estimação de uma proporção com população finita. Para isso foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 pqN}{e^2 (N - 1) + z_{\alpha}^2 pq}$$

Onde:

$Z_{\alpha}$  = representa o nível de confiança assumido, que para o caso de 5% o valor de  $Z_{\alpha}$  é 1,96;

p = Estimativa da verdadeira proporção, que nesse caso foi considerado 51.8% (grau de implantação – estudo Lima).

$$q = 1 - p =$$

e = Erro máximo permitido, que nesse caso foi considerado 10%

N = Tamanho da população, nesse caso N=558

Aplicando essa fórmula, e assumindo um nível de significância de 5%, erro máximo de 10%, estimativa da proporção de 51.8% e tamanho da população de 558, temos que o tamanho mínimo da amostra é de 82 indivíduos.

A amostra foi estratificada proporcionalmente entre os Distritos Sanitários segundo o número de escolas em cada distrito (Tabela 03).

**Tabela 3-** Cálculo estatístico da distribuição da amostra segundo os Distritos Sanitários, Recife 2017.

<b>Distritos Sanitários</b>	<b>%</b>	<b>Amostra</b>
I	0.18	14
II	0.19	16
III	0.04	3
IV	0.16	13
V	0.11	9
VI	0.07	6
VII	0.11	9
VIII	0.16	13
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>82</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

#### 4.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS: CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO E MATRIZ DE INDICADORES

Para definição de quais variáveis foram utilizadas para calcular o grau de implantação do PSE, foi necessário primeiro desenhar um modelo lógico (QUADRO 02) e uma Matriz de Indicadores (QUADRO 03), que segundo Hartz (1999), tentará explicitar como se espera que um programa exerça sua influência, contemplando a contextualização organizacional e a existência de dispositivos institucionais que regulamentam a avaliação, na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência.

Sabe-se que os modelos são utilizados como ferramentas metodológicas capazes de subsidiar uma teoria relacionada a uma questão de pesquisa. Assim, no quadro 02, foi construído um esquema visual, que vislumbra o modo pelo qual uma política ou um programa é implantado, e quais os resultados esperados pelo PSE. Este serviu de parâmetro na comparação dos eventos observados com aqueles que seriam teoricamente previstos durante a pesquisa (LIMA, 2013).

Segundo Ferreira et al. (2014), a intersetorialidade verificada por meio da gestão compartilhada entre saúde e educação, é um eixo transversal preconizado em documentos legais, tanto da área da saúde quanto da educação, para as atividades desenvolvidas no PSE. Sendo assim, para a construção desse modelo lógico, foi trabalhado a documentação normativa vigente, realizado buscas na literatura científica disponível, como também a percepção dos diferentes atores implicados, possibilitando estimar “o grau de implantação” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Assim, identificou-se os critérios, indicadores, recursos, atividades, e possíveis resultados desejados em um delineamento que ligou tais elementos. Dessa forma, na presente pesquisa foram utilizados os seguintes referenciais: as diretrizes referentes ao Programa Mais Saúde: direito de todos, ao Programa Saúde na Escola, o componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos do Caderno do Gestor do PSE relacionado com a cultura de paz e prevenção da violência nas escolas, a Política Nacional de Atenção Básica.

Segundo Lima, Ferreira e Silva (2015, p.63), os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Dessa forma, um indicador pode estar relacionado a contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas, índices mais sofisticados, inclusive de expressão qualitativa.

**Quadro 2-** Modelo lógico da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. (Continua)

<b>DIMENSÃO</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS</b>	<b>RESULTADOS FINAIS</b>
GESTÃO DO PSE	1. Conhecer as diretrizes técnicas e ações do PSE	Fortalecimento das ações prioritárias de política de governo, no âmbito da Saúde e da Educação	Enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da Saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar.
	2. Definir as escolas públicas federais, as estaduais e as municipais a serem atendidas no âmbito do PSE		
	3. Participar do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar a execução do PSE		
	4. Garantir a entrega e utilização adequada dos materiais enviados pelo Ministério da Educação para as equipes de Atenção Básica e das escolas que desenvolvem o Programa saúde na Escola		
	5. Propor estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios para a implementação e a gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal		
	6. Qualificar permanentemente os profissionais da Saúde e da Educação para a escuta qualificada, na perspectiva do acolhimento, da tolerância e do respeito à diversidade e da solidariedade na atenção ao público escolar		
	7. Apoiar, garantir e qualificar a execução das ações e metas previstas no Termo de Compromisso Municipal		
	8. Promover a articulação das redes públicas de Educação, Atenção à Saúde, Proteção Social, Defesa e Responsabilização com os conselhos tutelares no enfrentamento às situações de violências, negligência e discriminação contra crianças, adolescentes e jovens.	Fortalecimentos da comunicação entre escolas, equipes de Atenção Básica e a comunidade	Fomento ao envolvimento da comunidade escolar e de parcerias locais nas ações do PSE
	9. Socializar as ações desenvolvidas pelas escolas e os compromissos do PSE nos territórios		
	10. Promover a Interdisciplinaridade e intersectorialidade nas ações executadas pelos sistemas de Saúde e de Educação, com vistas à atenção integral à saúde dos educandos	Incentivo para a integração e a articulação das redes de Educação e atenção básica	
	11. Reorientar os serviços de saúde para promoção da cultura de paz e prevenção da violência		
	12. Assegurar e monitorar as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos educandos	Alimentar o sistema de monitoramento e avaliação do PSE	Avaliação do impacto das ações junto aos educandos participantes do PSE
	13. Apoiar a implementação dos princípios e das diretrizes do PSE no planejamento, no monitoramento, na execução, na avaliação e na gestão dos recursos financeiros		

**Quadro 2-** Modelo lógico da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. (Continua)

DIMENSÃO	ATIVIDADES	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADOS FINAIS
INTERSETO RIAL (SAÚDE E EDUCAÇÃO) PARA PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ	14.Promover o diálogo entre profissionais da saúde e educação, pais, responsáveis e comunidade, sobre a promoção da cultura de paz e prevenção de violência	Adesão da comunidade escolar e do entorno às atividades do PSE	Melhoria das relações interpessoais da comunidade escolar e seu entorno
	15.Fortalecer e contribuir para as ações de promoção, proteção e atenção à saúde, com vistas à promoção da cultura de paz e prevenção de violência nas escolas		
	16.Elaborar um projeto de convivência e mediação de conflitos com metodologia participativa envolvendo todos os atores da comunidade escolar		Controle e diminuição dos casos de violência no ambiente escolar
	17.Desenvolver atividades no cotidiano escolar, abordando as temáticas da diversidade sexual, do bullying, da homofobia, da discriminação e do preconceito da família e da comunidade.	Inclusão das temáticas de diversidade sexual, bullying, homofobia, discriminação e preconceito nos projetos político-pedagógicos	
	18.Realizar um diagnóstico situacional dos eventos de violência (bullying, homofobia, discriminação, preconceito, violência doméstica, sexual, tentativa de suicídio, além dos acidentes no entorno da escola, entre outros)	Subsídio para elaboração de ações referente a promoção da cultura de paz	Realização de ações de promoção da cultura de paz
	19.Analisar a dinâmica do ambiente escolar (estrutura, condições, coerência pedagógica, necessidade da escola e do educando), para realização das ações do PSE		
	20.Sugerir estratégias pedagógicas para a realização de ações do PSE		
21.Realizar a Semana de Saúde na Escola			
22.Mobilizar e envolver a comunidade, no território pactuado, para as ações da Semana de Saúde na Escola			
ATENÇÃO A SAÚDE DO ESCOLAR DO PSE	23.A abertura da escola para projetos de saúde abrangendo educandos, educadores e comunidade	Apoio às ações do PSE desenvolvidas na escola	
	24.Incluir no projeto político-pedagógico da escola as atividades referentes ao PSE		
	25.Submeter, se necessário, ao conselho pedagógico as ações do PSE		
	26.Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco		
	27.Promover o envolvimento e o protagonismo dos educandos na construção e na execução de projetos na escola e na comunidade		
	28.Observar permanentemente o comportamento dos educandos que sejam sujeitos da vivência de situações de violências, negligências ou discriminação		

**Quadro 2-** Modelo lógico da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. (Continua)

DIMENSÃO	ATIVIDADES	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADOS FINAIS
	29. Criar estratégias para superar os problemas e as adversidades identificadas e vivenciadas na comunidade 30. Orientar e assessorar diretamente no ambiente escolar as atividades desenvolvidas pelo PSE 31. Agendar previamente as atividades do PSE que são desenvolvidas na escola 32. Fortalecer a notificação da violência doméstica, sexual e outras, de acordo com o que está estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). 33. Realizar avaliação clínica e psicossocial dos educandos, conforme o caderno do PSE 34. Exercer as atribuições conferidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Desenvolvimento de ações para superar os problemas de violência vivenciados na comunidade	Superação dos problemas que interferem na promoção da cultura de paz na comunidade escolar
	35. Acompanhar os demais profissionais da equipe de Saúde da Família nas atividades e ações direcionadas aos escolares; 36. Articular a comunidade escolar junto às instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e da educação 37. Contribuir em atividades de mobilização social e participar de censos escolares;	Atividades realizadas pelo Agente Comunitário de saúde (ACS)	Apoio do ACS nas ações do PSE
	38. Participar da construção de planos e abordagens terapêuticas em comum com os profissionais das equipes de Saúde da Família 39. Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de saúde; 40. Identificar e articular juntamente com as equipes de Saúde da Família e professores uma rede de proteção social com foco nos escolares; 41. Discutir e refletir permanentemente com as equipes de Saúde da Família a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com as adversidades e potencialidades;	Suporte aos profissionais das equipes de Saúde da Família a exercerem a coordenação do cuidado do escolar em todas as ações previstas para o PSE;	Apoio dos profissionais do NASF as atividades desenvolvidas pelo PSE
CONTROLE SOCIAL	42. Promover a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da Saúde e Educação	Articulação de saberes na comunidade para promoção da cultura de paz e prevenção de violência	Empoderamento da comunidade frente à promoção da cultura de paz e prevenção de violência

**Quadro 2-** Modelo lógico da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. (Conclusão)

DIMENSÃO	ATIVIDADES	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADOS FINAIS
	43. Formular programas e políticas sobre a saúde do escolar na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção da violência		
	44. Acompanhar o planejamento e execução do PSE		
	45. Acompanhar o planejamento e execução do PSE para promoção da cultura de paz e prevenção da violência		
	46. Recomendar o cumprimento e a divulgação das Leis ou quaisquer normas legais pertinentes ao PSE		
	47. Propor estudos e pesquisas que objetivem a promoção da cultura de paz e prevenção de violência		
	48. Propor a realização de campanhas visando a promoção da cultura de paz e prevenção de violência		
	49. Convocar a Conferência Estadual da Pessoa com Deficiência		
	50. Encaminhar, aos órgãos competentes, denúncias de violação de direitos, exigindo a adoção de medidas		

**Quadro 3-** Matriz de indicadores da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. (Continua)

DIMENSÃO	ABORDAGEM	INDICADORES	PARÂMETRO DE VERIFICAÇÃO	
			PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTOS DE CORTE
GESTÃO DO PSE	ESTRUTURA	1. Realiza as ações descritas nas diretrizes técnicas e ações do PSE	2,0	2,0 pontos = se citou a realização de diretrizes técnicas do PSE 0,0 ponto = se não citou a realização de diretrizes técnicas do PSE
		2. Há escolas públicas estaduais e municipais atendidas no âmbito do PSE	2,0	2,0 pontos = se citou a existência de escolas atendidas pelo PSE 0,0 ponto = se não possui escolas atendidas pelo PSE
		3. Há a entrega sistemática dos materiais do PSE enviados pelo Ministério da Educação as equipes de Atenção Básica e escolas	2,0	2,0 pontos = se citou a entrega dos materiais do PSE 0,0 ponto = se não citou

**Quadro 3-** Matriz de indicadores da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. (Continua)

DIMENSÃO	ABORDAGEM	INDICADORES	PARÂMETRO DE VERIFICAÇÃO	
			PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTOS DE CORTE
		4.Realização permanente de cursos para qualificação dos profissionais da Saúde e da Educação para a escuta qualificada, na perspectiva do acolhimento, da tolerância e do respeito à diversidade e da solidariedade	2,0	2,0 pontos = se citou a realização de cursos para profissionais de saúde e educação 0,0 ponto = se não citou
		5.Realização das ações e metas previstas no Termo de Compromisso Municipal (TCM)	2,0	2,0 pontos = se citou a realização das ações previstas no TCM 0,0 ponto = se não citou
		6.Favorece a articulação das redes públicas de Educação, Atenção à Saúde, Proteção Social, Defesa e Responsabilização com os conselhos tutelares no enfrentamento às situações de violências, negligência e discriminação contra crianças, adolescentes e jovens.	2,0	2,0 pontos = se citou a articulação das redes públicas 0,0 ponto = se não citou
		7.Realiza a reorientação dos serviços de saúde para promoção da cultura de paz e prevenção da violência	2,0	2,0 pontos = se citou a reorientação dos serviços 0,0 ponto = se não citou
	PROCESSO	8.Promove estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios para a implementação e a gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal	2,0	2,0 pontos = se citou a proposição de estratégias específicas entre estado e município 0,0 ponto = se não citou
		9.Há a socialização das ações desenvolvidas pelas escolas e os compromissos do PSE nos territórios	2,0	2,0 pontos = se citou a socialização das ações do PSE no território 0,0 ponto = se não citou

**Quadro 3-** Matriz de indicadores da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. (Continua)

DIMENSÃO	ABORDAGEM	INDICADORES	PARÂMETRO DE VERIFICAÇÃO	
			PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTOS DE CORTE
		10.Promove-se a Interdisciplinaridade e intersectorialidade nas ações executadas pelos sistemas de Saúde e de Educação, com vistas à atenção integral à saúde dos educandos	2,0	2,0 pontos = se citou Promoção da Interdisciplinaridade e intersectorialidade nas ações do PSE 0,0 ponto = se não citou
		11.Participa no planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar a execução do PSE	2,0	2,0 pontos = se citou a participação no planejamento das ações do PSE 0,0 ponto = se não citou
		12.Promove o monitoramento das ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos educandos	2,0	2,0 pontos = se citou ter assegurado e monitorado ações sobre as condições de saúde dos educandos 0,0 ponto = se não citou
		13.Realiza a implementação dos princípios e das diretrizes do PSE no planejamento, no monitoramento, na execução, na avaliação e na gestão dos recursos financeiros	2,0	2,0 pontos = se citou o apoio a implementação dos princípios e diretrizes do PSE 0,0 ponto = se não citou a entrega dos materiais do PSE
INTERSETO RIAL (SAÚDE E EDUCAÇÃO ) PARA PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ	ESTRUTURA	14.Promove o diálogo entre profissionais da saúde e educação, pais, responsáveis e comunidade, sobre a promoção da cultura de paz e prevenção de violência	2,0	2,0 pontos = se citou a promoção do diálogo entre profissionais do PSE e comunidade 0,0 ponto = se não citou
		15.Apoia o fortalecimento das ações de promoção, proteção e atenção a saúde, com vistas a promoção da cultura de paz e prevenção de violência nas escolas	2,0	2,0 pontos = se citou apoio no fortalecimento das ações do PSE, quanto a promoção da cultura de paz e prevenção de violência 0,0 ponto = se não citou
		16.Elaboração de um projeto de convivência e mediação de conflitos com metodologia participativa envolvendo todos os atores da comunidade escolar	2,0	2,0 pontos = se citou a elaboração de ações de convivência e mediação de conflitos no ambiente escolar 0,0 ponto = se não citou

**Quadro 3-** Matriz de indicadores da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. (Continua)

DIMENSÃO	ABORDAGEM	INDICADORES	PARÂMETRO DE VERIFICAÇÃO	
			PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTOS DE CORTE
	PROCESSO	17.Há a Sugestão de estratégias pedagógicas para a realização de ações do PSE	2,0	2,0 pontos = se citou a sugestão de estratégias pedagógicas para as ações do PSE 0,0 ponto = se não citou
		18.Apoia-se a mobilização da comunidade, no território pactuado, para as ações da Semana de Saúde na Escola	2,0	2,0 pontos = se citou o apoio na mobilização da comunidade para participar da Semana de Saúde na Escola 0,0 ponto = se não citou o apoio
		19.Realiza-se atividades no cotidiano escolar, abordando as temáticas da diversidade sexual, do bullying, da homofobia, da discriminação e do preconceito da família e da comunidade.	2,0	2,0 pontos = se citou a realização de atividades sobre a temática de violência na escola 0,0 ponto = se não citou nenhuma atividade
		20.Realiza-se diagnóstico situacional dos eventos de violência (bullying, homofobia, discriminação, preconceito, violência doméstica, sexual, tentativa de suicídio, além dos acidentes no entorno da escola, entre outros)	2,0	2,0 pontos = se citou dados referentes q realização de um diagnóstico situacional sobre violência no ambiente escolar 0,0 ponto = se não citou nenhum dado
		21.Avaliou as condições do ambiente escolar (estrutura, condições, coerência pedagógica, necessidade da escola e do educando), para realização das ações do PSE	2,0	2,0 pontos = se citou sobre as condições de estrutura física e necessidades da escola e dos educandos 0,0 ponto = se não citou
		22.Realiza a Semana de Saúde na Escola	2,0	2,0 pontos = se citou a realização da semana de saúde na escola 0,0 ponto = se não citou a realização
	ATENÇÃO A SAÚDE DO ESCOLAR DO PSE	ESTRUTURA	23.Citou a abertura da escola para projetos de saúde abrangendo educandos, educadores e comunidade	2,0

**Quadro 3-** Matriz de indicadores da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. (Continua)

DIMENSÃO	ABORDAGEM	INDICADORES	PARÂMETRO DE VERIFICAÇÃO	
			PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTOS DE CORTE
		24. Inclui no projeto político-pedagógico da escola as atividades referentes ao PSE	2,0	2,0 pontos = se citou inclusão das ações do PSE, no projeto político-pedagógico da escola 0,0 ponto = se não citou
		25. Submete as ações do PSE ao conselho pedagógico da escola	2,0	2,0 pontos = se citou ter discutido sobre as ações do PSE em reuniões do conselho pedagógico da escola 0,0 ponto = se não citou
		26. Exibe e divulga de forma visível os fatores que colocam a saúde dos escolares em risco à comunidade	2,0	2,0 pontos = se citou a apresentação, para a comunidade, dos fatores de risco à saúde do escolar 0,0 ponto = se não citou
		27. Há assessoria e orientação às escolas quanto as atividades desenvolvidas pelo PSE	2,0	2,0 pontos = se citou a assessoria e orientação às escolas nas ações do PSE 0,0 ponto = se não citou
		28. Orientação quanto a notificação da violência doméstica, sexual e outras, de acordo com o que está estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).	2,0	2,0 pontos = se citou ter sido orientado sobre a importância da notificação da violência 0,0 ponto = se não citou
		29. Realiza a articulação das necessidades da comunidade escolar junto às instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e da educação	2,0	2,0 pontos = se citou ter realizado a articulação da comunidade escolar com as instâncias de saúde, educação e controle social 0,0 ponto = se não citou
		30. Participa na construção de planos e abordagens terapêuticas em comum com os profissionais das equipes de Saúde da Família	2,0	2,0 pontos = se citou ter participado da construção de abordagens terapêuticas no ambiente escolar 0,0 ponto = se não citou

**Quadro 3-** Matriz de indicadores da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. (Continua)

DIMENSÃO	ABORDAGEM	INDICADORES	PARÂMETRO DE VERIFICAÇÃO	
			PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTOS DE CORTE
	PROCESSO	31.Realiza e/ou participa de debates e reflexões, permanentemente, com as equipes de Saúde da Família a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com as adversidades e potencialidades;	2,0	2,0 pontos = se citou ter discutido e formulado estratégias, com a equipe, sobre os problemas da realidade social em seu território 0,0 ponto = se não realizou estratégias de como lidar com a adversidade em seu território
		32.Promove o envolvimento dos educandos na construção e na execução de projetos na escola e na comunidade	2,0	2,0 pontos = se citou envolver os educandos nos projetos e ações do PSE 0,0 ponto = se no planejamento das ações do PSE não envolve os educandos
		33.Realiza o acompanhamento dos educandos que sejam sujeitos da vivência de situações de violências, negligências ou discriminação	2,0	2,0 pontos = se citou realizar o acompanhamento dos educandos em situação de violência 0,0 ponto = se citou não realizar o acompanhamento
		34.Cria e executa estratégias para superar os problemas de saúde e as adversidades identificadas e vivenciadas na comunidade	2,0	2,0 pontos = se citou a criação de estratégias para superar os problemas de saúde enfrentados na comunidade escolar 0,0 ponto = se citou não acompanhar os problemas enfrentados na comunidade escolar
		35.Realiza previamente o agendamento quanto às atividades do PSE que são desenvolvidas na escola	2,0	2,0 pontos = se citou realizar previamente o agendamento das atividades do PSE que serão desenvolvidas na escola 0,0 ponto = se citou não agendar previamente
		36.Realiza avaliação clínica e psicossocial dos educandos, conforme o caderno do PSE	2,0	2,0 pontos = se citou realizar a avaliação clínica e psicossocial 0,0 ponto = se citou não realizar

**Quadro 3-** Matriz de indicadores da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. (Continua)

DIMENSÃO	ABORDAGEM	INDICADORES	PARÂMETRO DE VERIFICAÇÃO	
			PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTOS DE CORTE
		37.Executa as atribuições conferidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	2,0	2,0 pontos = se citou realizar as atividades referentes na PNAB na assistência aos educandos 0,0 ponto = se citou não acompanhar as atividades referidas na PNAB
		38.Realiza o acompanhamento com os demais profissionais da equipe de Saúde da Família nas atividades e ações direcionadas aos escolares;	2,0	2,0 pontos = se o ACS citou acompanhar as ações do PSE 0,0 ponto = se não citou
		39.Contribui em atividades de mobilização social e participar de censos escolares;	2,0	2,0 pontos = se o ACS citou contribuir com a mobilização social no ambiente escolar 0,0 ponto = se não citou
		40.Realiza o acompanhamento das ações de controle social em conjunto com as equipes de saúde;	2,0	2,0 pontos = se o ACS citou realizar ações de controle social com as equipes de saúde na escola 0,0 ponto = se não citou
		41.Identifica juntamente com as equipes de Saúde da Família e professores de uma rede de proteção social com foco nos escolares;	2,0	2,0 pontos = se o ACS citou a existência de uma rede de proteção social com foco nos escolares 0,0 ponto = se não citou
		42.Promove a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da Saúde e Educação	2,0	2,0 pontos = se citou promover a participação da comunidade na construção e controle social das políticas públicas 0,0 ponto = se não citou
CONTROLE SOCIAL	PROCESSO	43.Participou da formulação de programas e políticas sobre a saúde do escolar na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção da violência	2,0	2,0 pontos = se citou ter participado na formulação de políticas públicas relacionadas a saúde do escolar 0,0 ponto = se não citou

**Quadro 3-** Matriz de indicadores da implantação do PSE na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, 2017. (Conclusão)

DIMENSÃO	ABORDAGEM	INDICADORES	PARÂMETRO DE VERIFICAÇÃO	
			PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTOS DE CORTE
		44.Participou das ações do PSE	2,0	2,0 pontos = se citou participar das ações do PSE 0,0 ponto = se não citou
		45.Participou e acompanhou o planejamento do PSE em relação a promoção da cultura de paz e prevenção da violência	2,0	2,0 pontos = se citou ter participado do planejamento de ações do PSE referente a promoção da cultura de paz e prevenção de violência 0,0 ponto = se não citou
		46.Recomendou o cumprimento e a divulgação das Leis ou quaisquer normas legais pertinentes ao PSE	2,0	2,0 pontos = se citou recomendar cumprimento e divulgação das normas legais do PSE 0,0 ponto = se não citou a entrega dos materiais do PSE
		47.Participou em estudos e pesquisas que objetivem a promoção da cultura de paz e prevenção de violência	2,0	2,0 pontos = se citou participar de pesquisas sobre violência 0,0 ponto = se não citou
		48.Participou na realização de campanhas visando a promoção da cultura de paz e prevenção de violência	2,0	2,0 pontos = se citou participar de campanhas para promoção da cultura de paz 0,0 ponto = se não citou
		49.Participou em denúncias sobre violação da cultura de paz, exigindo a adoção de medidas	2,0	2,0 pontos = se citou ter participado de comissões que avaliaram denúncias de violência no ambiente escolar 0,0 ponto = se não citou
		50.Recomenda o tema “promoção da cultura de paz e prevenção de violência” nas conferências de saúde e/ou educação	2,0	2,0 pontos = se citou ter recomendado o tema “promoção da cultura de paz e prevenção de violência” nas conferências de saúde e/ou educação 0,0 ponto = se não citou

#### 4.5 ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Atualmente, há diferentes formas de construir julgamentos sobre intervenção, esse juízo de valor e seus condicionantes ganham notoriedade nos discursos dos avaliadores, pois é

possível a associação das questões sobre o uso e influência destes para tomadas de decisões (HARTZ; SANTOS e MATIDA, 2008). Assim, para realizar a avaliação é condição necessária a criação de critérios, indicadores e parâmetros essenciais ao acompanhamento do programa em estudo. Estes serão apresentados por meio de matrizes, que servirão para verificar se o programa está sendo implantado conforme previsto, para auxiliar na análise e interpretação das informações coletadas dos informantes chaves.

A matriz de julgamento, que além de ser constituída por critérios, indicadores e padrões, será construída ao final da pesquisa de avaliação. Esta, por sua vez, facilita o entendimento da análise dos dados obtidos, pois para cada critério/indicador apresenta elementos estruturados, como o julgamento segundo o valor atribuído a cada indicador, previamente determinando através de uma matriz de indicadores. Para o presente trabalho será utilizado o seguinte julgamento de valor em quatro estratos para avaliar o grau de implantação:

<b>INTERVALO</b>	<b>JULGAMENTO</b>
75% a 100%	Implantação satisfatória ou plena
50% a <75%	Implantação parcial, média
25% a <50%	Implantação incipiente
1% a <25%	Não implantado

Fonte: Samico et al., 2010

Os critérios necessários para mensurar o programa e seus componentes, são atributos, como: aspecto de estrutura e processo. Segundo Donabedian (2003), é por meio deles que os conceitos relacionados com os objetivos do programa serão quantificados. Conectado aos critérios, tem-se os indicadores, representados por uma medida ou fator quantitativo ou qualitativo.

A matriz dos indicadores, de forma quantitativa, realizou a partir de uma análise exploratória usando as medidas estatísticas descritivas relacionadas com os componentes propostos no desenho do modelo lógico, uma contagem do tipo simples das taxas e coeficientes, proporções ou razões. Nesta matriz, a pontuação foi subdividida proporcionalmente ao quantitativo de indicadores representativos de cada parâmetro (Estrutura e Processo) por dimensão (Gestão do PSE, Intersetorialidade, Atenção à Saúde do Escolar e Controle Social). Sendo assim, para totalizar 100 pontos, tem-se: 26 pontos referentes a Gestão do PSE, 18 pontos relacionados com a Intersetorialidade, 38 pontos com a Atenção à Saúde do escolar e 18 pontos

ao controle social. Em cada dimensão a pontuação foi distribuída com igual valor para cada indicador (Quadro 02). Estas pontuações foram avaliadas por especialista estatístico.

#### 4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA

Para enriquecer a interpretação dos dados no estudo de caso e destacar resultados contrastantes e complementares, foram utilizados para análise, os princípios da triangulação de métodos, que segundo Minayo (2010) e Campbell (2018), visa compreender a expressão da dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados; a compreensão das relações envolvidas na implantação do PSE e a visão dos participantes em todo o processo, até a saturação do discurso.

A coleta das informações foi realizada com base na análise documental, na observação direta *in loco* e nas entrevistas aprofundadas com informantes-chaves, como cita Campbell *et al* (2018).

Os instrumentos para coleta dos dados foram adaptados para o tema proposto, tomando como base o que foi utilizado no trabalho de Tese apresentado por de Lima (2011), os quais geraram informações quantitativas e qualitativas, que segundo Patton (1997), para objetos complexos a questão não é usar um ou outro método, mas sim, lançar mão de múltiplas abordagens metodológicas, se necessário.

##### 4.6.1 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para construir o instrumento de coleta de dados seguiram-se as seguintes etapas: primeiro foi à construção do modelo lógico, depois a matriz de indicadores.

Os instrumentos foram formulários de entrevista semiestruturados, aplicados aos participantes da pesquisa, diferenciando algumas questões, dependendo do cargo ocupado, constando de três etapas:

1 - A primeira foi igual para todos os indivíduos e é composta por dados sócio demográficos dos sujeitos (sexo, profissão, faixa etária, estado civil, religião, escolaridade/formação, cargo que ocupa no município e/ou estado, tempo de atuação no cargo e se já recebeu treinamento sobre o PSE) (APÊNDICE A).

2 - A segunda parte constou de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B, C, D e E), ou seja, um roteiro com questões atreladas aos objetivos da pesquisa, utilizando-se como referência as

diretrizes relacionadas com o arcabouço legal que orienta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o PSE.

3 – Nesta etapa foi aplicado um questionário que avaliou a ESTRUTURA e o PROCESSO das ESFs e Escolas envolvidas nas ações do PSE e foram respondidos pelos gestores e profissionais participantes da pesquisa (APÊNDICE F).

#### 4.7 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

A partir dos dados coletados após as intervenções, a análise foi realizada por triangulação de dados, que segundo Campbell, Goodman-Williams, Feeney e Fehler-Cabral, (2018) e Minayo (2010), é uma forma rigorosa e minuciosa de descrever os eventos ocorridos, os depoimentos dos sujeitos, observações, participações nas discussões, atitudes e experiência das atividades realizadas.

Para Prodanov e Freitas (2013) a triangulação decorre de uma estratégia de análise de um estudo de caso. Ressaltando que a confiabilidade do estudo pode ser assegurada utilizando-se várias fontes de evidências, e a qualidade dos achados será mais significativa se as técnicas utilizadas forem distintas (QUADRO 04).

Para os dados qualitativos, foi realizada a análise de conteúdo na perspectiva da hermenêutica-dialética, partindo dos parâmetros da interpretação de sentidos proposta por Minayo (2010), que baseado em Gadamer (1998) e Habermas (1987), propõe compreender o contexto das informações adquiridas e as razões dos participantes, foi utilizado para o tamanho da amostra qualitativa o critério de saturação das falas.

A operacionalização da interpretação dos dados qualitativos, teve como premissa:

- 1 - Ordenar as informações coletadas nas entrevistas individuais, sendo estes transcritos na íntegra, foi atribuído um código a cada um dos entrevistados, para garantia do anonimato: Gestor e/ou coordenador do PSE – G; Agente Comunitário de Saúde - ACS; Enfermeiro - ENF; Técnico de Enfermagem - TECEnf; Diretor - DIR; Professor - PROF; Controle Social - CS).
- 2 – Criar as categorias de análise, após leitura e releitura do material coletado;
- 3 – Realizar a leitura transversal dos dados para aprimoramento do processo classificatório, utilizando entrevistas abertas que seguiram um roteiro de tópicos.

Os dados quantitativos gerados pelo Questionário para investigação da estrutura e processos envolvidos nas ações programáticas do PSE (APENDICE A), foram analisados descritivamente por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão (média  $\pm$  DP), mediana e percentis 25 e 75 para as variáveis

numéricas. Sendo os dados digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 23.

**Quadro 4-** Descrição dos tipos de análise, como e por que foram utilizadas na pesquisa, de acordo com o método.

<b>MÉTODO</b>	<b>TIPO DE ANÁLISE</b>	<b>COMO FOI REALIZADA?</b>	<b>POR QUE FOI REALIZADA?</b>
Qualitativo	Análise Documental: Minayo (2010), destaca que o conhecimento de certa questão pode ser aprofundado por meio de documentos.	Foi realizada, a partir de um levantamento dos documentos e relatórios referentes às atividades do PSE, desenvolvidas no município, que estejam relacionados ao objetivo do estudo;	Pois existem relatórios municipais que não estão disponíveis para análise em sites públicos, porém podem ser obtidos junto à gerência do PSE.
	Entrevista em profundidade: Esta técnica de pesquisa promove a liberdade ao entrevistado para falar sobre os tópicos que considere relevantes (CAMPBELL <i>et al</i> , 2018)	Foi realizada por meio de gravação, sendo posteriormente transcrito na íntegra;	Para melhor apreensão das falas dos informantes chaves;
Quantitativo	Questionário: É um roteiro com questões atreladas aos objetivos da pesquisa. (APENDICE A)	Foi aplicado aos profissionais das Unidades de Saúde e da Escola	Para avaliar a ESTRUTURA e o PROCESSO das atividades envolvidas no PSE.

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento desta pesquisa implica na observância da Resolução nº 466/2012 que norteia a pesquisa envolvendo seres humanos. Para tanto, o início dos procedimentos éticos foi enviar o projeto, para Plataforma Brasil, constando carta de anuência da Secretaria de Saúde e de Educação do Recife-PE. A etapa de coleta de dados só foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa, sob o CAAE nº 70798617.2.0000.5208 e do parecer nº 2.250.303. A entrevista foi realizada em local e horário designado pelos sujeitos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G). Para tanto, foi assegurado os direitos de anonimato, sigilo e de participação de maneira espontânea e de retirar os nomes em qualquer momento da pesquisa conforme sua vontade. Para assegurar o anonimato os participantes foram identificados apenas pela sigla referente a sua categoria profissional (Agente Comunitário de Saúde - ACS; Médico - MED; Enfermeiro - ENF; Técnico de Enfermagem - TECEnf; Odontólogo - ODO; Diretor - DIR; Professor - PROF; Nutricionista - NUT, seguido pelo número que corresponde ao ingresso do participante no estudo).

Para minimizar riscos de constrangimento dos participantes em discorrer sobre a temática foi respeitado a realização da entrevista em local reservado, como também a apresentação prévia do instrumento de coleta para uma maior aproximação dos profissionais da saúde e da educação. A entrevista foi agendada previamente e teve uma duração máxima de uma hora.

Vale lembrar que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreendem diante do citado anteriormente, os aspectos Éticos e Legais da pesquisa (BRASIL, 2012).

## 6 RESULTADOS

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

As categorias apresentadas nesse capítulo emergiram dos questionários respondidos pelos sujeitos da pesquisa durante a coleta de dados. No que se refere à caracterização dos sujeitos participantes desta pesquisa foram consideradas as seguintes variáveis sexo, faixa etária, profissão, estado civil e escolaridade, que foram evidenciados na tabela 04.

**Tabela 4-** Caracterização dos sujeitos da pesquisa em números absolutos segundo sexo, faixa etária, profissão, estado civil e escolaridade. Recife, 2018.

Variável	n	%
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	10	11,5
Feminino	77	88,5
<b>Faixa etária</b>		
27 a 40	22	25,3
41 a 50	29	33,3
51 ou mais	34	39,1
Não informado	02	2,3
<b>Profissão</b>		
ACS	30	34,5
Enfermeiro	09	10,3
Fisioterapeuta	01	1,1
Médico	01	1,1
Pedagoga	01	1,1
Professor	31	35,6
Técnico em enfermagem	12	13,8
Não informado	02	2,3
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	20	23,0
Casado	55	63,2
Divorciado	11	12,6
Viúva	01	1,1
<b>Escolaridade</b>		
Ensino médio incompleto	01	1,1
Ensino médio	37	42,5
Superior	16	18,4
Pós-graduação	33	37,9

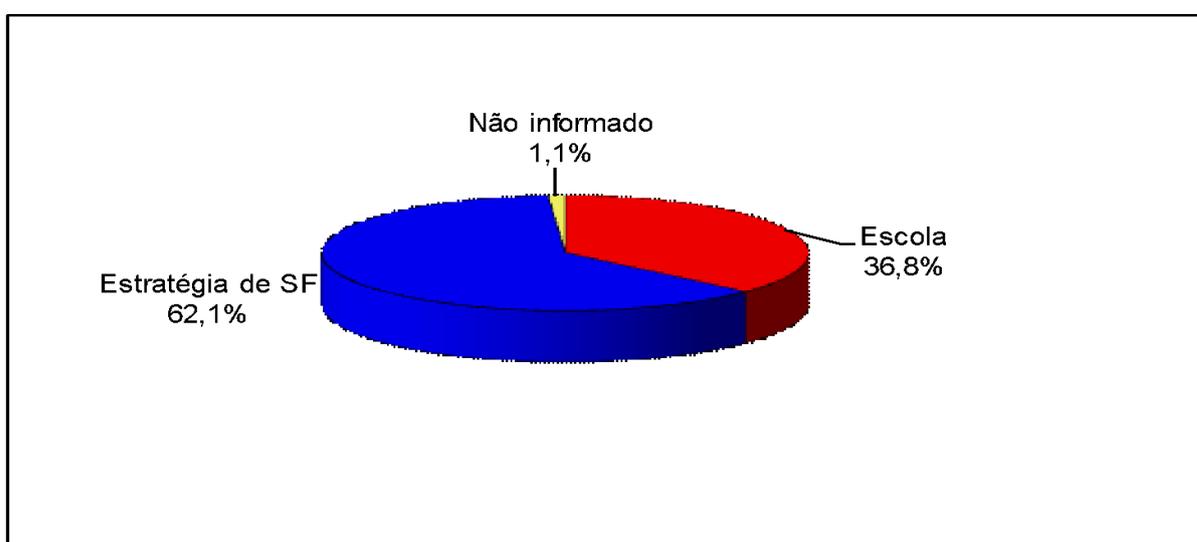
Fonte: dados da pesquisa, 2017-2018

A Tabela 04 destaca que: a idade dos participantes variou de 27 a 65 anos, obtendo uma média de 47,68 anos, um desvio padrão igual a 9,20 anos e sua mediana igual 48,00 anos; a maioria (88,5%) era do sexo feminino; as faixas etárias 27 a 40 anos, 41 a 50 anos e 51 anos ou mais foram respectivamente 25,3%, 33,3% a 39,1% e para dois (2,3%) a informação estava ausente. As profissões mais frequentes foram: professor (35,6%), ACS (34,5%) e os percentuais das outras categorias variaram de 1,1% a 13,8%; a maioria (63,2%) foi composta de casados, seguida de 23,0% solteiros, 12,6% eram divorciados e uma (1,1%) era viúva; os dois maiores

percentuais corresponderam a ensino médio (42,5%), pós-graduação (37,9%), 18,4% tinham ensino superior e apenas um tinha ensino médio incompleto; a presença de participantes com pós-graduação.

Dos 87 pesquisados, 32 (36,8%) respondeu que o local de trabalho/unidade é a Escola, 54 (62,1%) informaram ser a Estratégia de Saúde da Família e para um pesquisado a informação estava ausente, por se tratar do membro do controle social, conforme ilustrativo no Gráfico 01.

**Gráfico 1-** Distribuição dos pesquisados segundo a Unidade que trabalham: Escola ou Estratégia de Saúde da Família. Recife, 2018



Fonte: dados da pesquisa, 2017-2018

## 6.2 DADOS RELATIVOS À ESTRUTURA E PROCESSOS DO PSE

Dos resultados contidos na Tabela 5 destaca se que a maioria respondeu afirmativamente que a unidade faz as seguintes ações: Atendimento ao escolar do PSE (93,1%); Avaliação sistemática dos adolescentes quanto às condições de saúde (79,3%); A escola aborda sobre diversidade sexual (64,4%); A escola aborda sobre bullying (65,5%); A escola aborda sobre homofobia (55,2%); Atendimento de adolescentes e jovens vítimas de violência (52,9%); Faz orientação da família do adolescente quanto às condições de saúde (63,2%). Nos itens A escola aborda sobre discriminação o percentual que respondeu sim foi 31,0%; Projetos de convivência e mediação de conflitos na comunidade teve 48,3%.

**Tabela 5-** Sobre as abordagens, atendimento e as ações que a unidade realiza voltados aos adolescentes escolares em número absoluto e percentual. Recife-PE, 2018. (Continua)

Variável	n	%
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>
<b>1. Atendimento ao escolar do PSE</b>		
Sim	81	93,1
Não	05	5,7
Não informado	01	1,1
<b>2. Avaliação sistemática dos adolescentes quanto às condições de saúde</b>		
Sim	69	79,3
Não	16	18,4
Não informado	02	2,3
<b>3. A escola aborda sobre diversidade sexual</b>		
Sim	56	64,4
Não	29	33,3
Não informado	02	2,3
<b>4. A escola aborda sobre bullying</b>		
Sim	57	65,5
Não	28	32,2
Não informado	02	2,3
<b>5. A escola aborda sobre homofobia</b>		
Sim	48	55,2
Não	37	42,5
Não informado	02	2,3
<b>6. A escola aborda sobre discriminação</b>		
Sim	27	31,0
Não	56	64,4
Não informado	04	4,6
<b>7. Atendimento de adolescentes e jovens vítima de violência</b>		
Sim	46	52,9
Não	36	41,4
Não informado	05	5,7
<b>8. Orientação à família do adolescente quanto às condições de saúde</b>		
Sim	55	63,2
Não	28	32,2
Não informado	04	4,6
<b>9. Realiza diagnóstico situacional nos eventos de violência</b>		
Sim	48	55,2
Não	37	42,5
Não informado	02	2,3
<b>10. Projetos de convivência e mediação de conflitos na comunidade</b>		
Sim	42	48,3
Não	43	49,4
Não informado	02	2,3
<b>11. Realizar atividades lúdicas com os adolescentes</b>		
Sim	54	62,1
Não	32	36,8
Não informado	01	1,1

Fonte: dados da pesquisa, 2017-2018

Dos resultados contidos na Tabela 6 destaca-se que a maioria respondeu: Construir e alimentar o banco de dados para o acompanhamento das ações desenvolvidas pelos escolares (65,5%); Espaço para atividades educativas (64,4%); Materiais informativos sobre o PSE

(58,8%); Sua unidade registra as ações do PSE desenvolvidas com os adolescentes (82,8%); Sua unidade analisa sistematicamente os registros das ações desenvolvidas pelo PSE (73,6%). No item Sala de consulta para o enfermeiro o percentual que respondeu afirmativamente foi 44,8%.

**Tabela 6-** Descrição dos recursos tecnológicos disponíveis nas Escolas e ESF participantes do PSE. Recife-PE, 2018.

Variável	n	%
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>
<b>Construir e alimentar o banco de dados para o acompanhamento das ações desenvolvidas pelos escolares</b>		
Sim	57	65,5
Não	25	28,7
Não informado	05	5,7
<b>Sala de consulta para o enfermeiro</b>		
Sim	39	44,8
Não	45	51,7
Não informado	03	3,4
<b>Espaço para atividades educativas</b>		
Sim	56	64,4
Não	28	32,2
Não informado	03	3,4
<b>Materiais informativos sobre o PSE</b>		
Sim	52	59,8
Não	33	37,9
Não informado	02	2,3
<b>Sua unidade registra as ações do PSE desenvolvidas com os adolescentes</b>		
Sim	72	82,8
Não	14	16,1
Não informado	01	1,1
<b>Sua unidade analisa sistematicamente os registros das ações desenvolvidas pelo PSE</b>		
Sim	64	73,6
Não	23	26,4

Fonte: dados da pesquisa, 2017-2018

A Tabela 7 apresenta as frequências anuais do número de ações estratégicas do PSE realizadas na Escola, onde pode ser verificado que: com exceção da ação Inclusão das temáticas de diversidade sexual, bullying, homofobia, discriminação e preconceito nos projetos político-pedagógicos (PPPs) que a frequência foi de 6 a 10, correspondendo a 44,8%, a frequência desse mesmo intervalo nas outras ações foi  $\geq 50,6\%$ , sendo a ação Promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável a que teve maior percentual (64,4%) e as demais ações: Promoção da cultura de paz e prevenção dos acidentes e violências, saúde mental, direito sexual e reprodutivo, prevenção ao uso de drogas, atividade física e do lazer nas escolas, da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável, Atenção permanente ao comportamento do adolescente; tiveram percentuais de 52,9% a 54,0%. A maior média (6,26) correspondeu a ação

de Promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável e as demais médias variaram de 5,00 a 5,73.

**Tabela 7** – Frequência anual da realização das ações estratégicas do PSE nas Escolas. Recife, 2018.

Variável	n	%	Média ± DP Mediana (P25; P75)
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	
<b>Promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável</b>			
Nenhuma	10	11,5	6,26 ± 3,51
1 a 5	21	24,1	8,00 (4,00; 9,00)
6 a 10	56	64,4	
<b>Promoção da cultura de paz e prevenção dos acidentes e violências</b>			
Nenhuma	12	13,8	5,08 ± 3,15
1 a 5	26	29,9	6,00 (2,00; 7,75)
6 a 10	46	52,9	
Não avaliada	03	3,4	
<b>Promoção de saúde mental</b>			
Nenhuma	20	23,0	5,00 ± 3,45
1 a 5	19	21,8	6,00 (1,00; 7,50)
6 a 10	46	52,9	
Não avaliada	02	2,3	
<b>Saúde e prevenção nas escolas (SPE), direito sexual e reprodutivo e prevenção das DSTs/aids</b>			
Nenhuma	16	18,4	5,56 ± 3,43
1 a 5	22	25,3	6,50 (3,00; 9,00)
6 a 10	48	55,2	
Não avaliada	01	1,1	
<b>Saúde e prevenção nas escolas (SPE), prevenção ao uso do álcool, tabaco, crack e outras drogas</b>			
Nenhuma	16	18,4	5,08 ± 3,19
1 a 5	22	25,3	6,00 (2,00; 7,00)
6 a 10	48	55,2	
Não avaliada	01	1,1	
<b>Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas</b>			
Nenhuma	16	18,4	5,01 ± 3,28
1 a 5	23	26,4	6,00 (1,50; 8,00)
6 a 10	47	54,0	
Não avaliada	01	1,1	
<b>Promoção da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável</b>			
Nenhuma	15	17,2	5,39 ± 3,41
1 a 5	21	24,1	6,00 (1,00; 8,00)
6 a 10	47	54,0	
Não avaliada	04	4,6	
<b>Atenção permanente ao comportamento do adolescente que sejam sujeitos da vivência de situações de violência, negligências ou discriminação, como: lesões físicas, dificuldades de aprendizagem, isolamento, choros frequentes, irritação, entre outros</b>			
Nenhuma	14	16,1	5,73 ± 3,54
1 a 5	21	24,1	6,00 (3,50; 8,50)
6 a 10	46	52,9	
Não avaliada	06	6,9	

**Tabela 7** – Frequência anual da realização das ações estratégicas do PSE nas Escolas. Recife, 2018. (Conclusão)

Variável	n	%	Média ± DP Mediana (P25; P75)
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	
<b>Inclusão das temáticas de diversidade sexual, bullying, homofobia, discriminação e preconceito nos projetos político-pedagógicos (PPPs)</b>			
Nenhuma	11	12,6	5,20 ± 3,34
1 a 5	31	35,6	5,00 (2,00; 8,00)
6 a 10	39	44,8	
Não avaliada	06	6,9	
<b>Atividades realizadas no cotidiano da escola abordando as temáticas da diversidade sexual, do bullying, da homofobia, da discriminação e do preconceito da família e da comunidade</b>			
Nenhuma	11	12,6	5,39 ± 3,33
1 a 5	28	32,2	6,00 (2,00; 8,00)
6 a 10	44	50,6	
Não avaliada	04	4,6	

Fonte: dados da pesquisa, 2017-2018

Na tabela 8, sobre as questões relativas à organização das unidades de saúde e escolas foi verificado que a maioria respondeu afirmativamente para cada uma das cinco questões contidas, sendo que o maior percentual correspondeu a questão: Sua unidade está articulada com a rede de atenção necessária ao atendimento do adolescente escolar vítima de violência com 78,2% e variou de 65,5% a 67,8% nas questões referentes a: Suporte às ações de promoção da cultura de paz e prevenção de violência, Acompanhamento do jovem e do adolescente vítima de violência na escola, Inclui no Projeto Político Pedagógico as ações do PSE e se Realiza reuniões de pais e mestres com a ESF para discussões referentes ao PSE.

**Tabela 8-** Organização das unidades de saúde e escolas participantes do PSE. Recife-PE. (Continua)

Variável	n	%
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>
<b>Sua unidade está articulada com a rede de atenção necessária ao atendimento do adolescente escolar vítima de violência</b>		
Sim	68	78,2
Não	19	21,8
<b>Suporte às ações de promoção da cultura de paz e prevenção de violência</b>		
Sim	57	65,5
Não	29	33,3
Não informado	01	1,1
<b>Acompanhamento do jovem e do adolescente vítima de violência na escola</b>		
Sim	59	67,8
Não	27	31,0

**Tabela 8-** Organização das unidades de saúde e escolas participantes do PSE. Recife-PE. (Conclusão)

Variável	n	%
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>
Não informado	01	1,1
<b>Inclui no Projeto Político Pedagógico as ações do PSE</b>		
Sim	58	66,7
Não	14	16,1
Não informado	15	17,2
<b>Realiza reuniões de pais e mestres com a ESF para discussões referentes ao PSE</b>		
Sim	59	67,8
Não	18	20,7
Não informado	10	11,5

Fonte: dados da pesquisa, 2017-2018

### 6.3 GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PSE: A PARTIR DA MATRIZ DE INDICADORES

A Tabela 9 apresenta o grau da implantação nas unidades pesquisadas no grupo total e por distrito sanitário. Desta tabela pode se observar que: a maioria (63,2%) julgou que as unidades tinham implantação satisfatória, seguido de 21,8% que considerou que a implantação era parcial, 11,5% era incipiente e 3,4% que estava implantada.

**Tabela 9-** Grau da implantação do PSE por Distrito Sanitário. Recife-PE, 2018

Distrito	Grau da implantação									
	Nenhuma		Incipiente		Parcial		Satisfatória		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
I	-	-	1	7,1	3	21,4	10	71,4	14	100,0
II	-	-	-	-	2	12,5	14	87,5	16	100,0
III	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	3	100,0
IV	-	-	1	7,7	2	15,4	10	76,9	13	100,0
V	1		2	22,2	2	22,2	4	44,4	9	100,0
VI	-	-	1	16,7	1	16,7	4	66,7	6	100,0
VII	-	-	1	8,3	3	25,0	8	66,7	12	100,0
VIII	2	14,3	3	21,4	4	28,6	5	35,7	13	100,0
<b>Grupo total</b>	<b>3</b>	<b>3,4</b>	<b>10</b>	<b>11,5</b>	<b>19</b>	<b>21,8</b>	<b>55</b>	<b>63,2</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2017-2018

O percentual de pontos da matriz de indicadores variou de 0 a 100, teve média de 75,29, desvio padrão de 23,51 e mediana de 80,00. Os percentis 25 e 75 foram 60,00 e 94,00 respectivamente.

## 6.4 IMPLANTAÇÃO DO PSE: A PARTIR DO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO

### 6.4.1 AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DO PSE

Os dados apreendidos subsidiaram a elaboração de oito categorias temáticas que propiciaram informações relacionadas ao processo de implantação, como também sobre o contexto político/administrativo e estrutural do Programa Saúde na Escola (PSE), contribuindo com sugestões dos participantes para melhoria e superação das dificuldades evidenciadas no desenvolvimento das ações do PSE.

#### **Categoria 1 – Processo de implantação do PSE**

##### **Sub-categoria 1.1 – Desconhecimento sobre o processo de implantação**

*Não teve nada, simplesmente chegou aqui e falou que a gente foi contemplada. (AC1)*

*Eu não sei porque só faz 4 anos que eu entrei aqui. (ACS2)*

*Quando eu cheguei já tinha, peguei o barco andando. (Cc)*

*Sinceramente eu não sei... sei que tem... quando eu cheguei aqui já existia.... mas não sei como foi a implantação (PROF2)*

*Já estava implantado, eu já estou a nove anos aqui... então a nove anos que existe esse trabalho aqui na escola (DIR2)*

##### **Sub-categoria 1.2 – Imposição no processo de implantação**

*Foi um desastre, primeiro eu tava sozinha por que a médica estava de licença gestacional, a outra equipe não foi incluída no pse. Eu fui sozinha, minha sorte foi que dois residentes e os acs's me ajudaram. Foi uma experiência péssima pra mim, eu fui e fiz mas não foi uma coisa fácil (ENF1)*

*Chegou, tem que fazer e pronto. (ENF2)*

*De forma imposta. É um programa importante, mas eu acho que é meio solto. Sobrecarrega a gente, não participamos de uma construção do PSE, foi de forma imposta, veio e a gente teve que fazer. (ENF3)*

*O distrito veio com a proposta e colocou a gente na escola e a gente foi. Só teve uma reunião dizendo que era pra fazer as ações na escola (ACS4)*

*Eu não sei dizer porque quando foi implantado eu estava em sala de aula... e quando vi foi as ações já ocorrendo aqui na escola, as agentes de saúde, a enfermeira do posto, o dentista vindo na escola atender os estudantes... (PROF2)*

### Sub-categoria 1.3 – **Processo participativo na implantação**

*Ocorreu com reuniões e capacitação dos profissionais. (ENF4)*

*Foi através da dentista com o pessoal do curso superior que trouxe pra cá, eles foram para uma reunião e veio pra cá, aí a gente abraçou. (ACS5)*

*Foi bem no início do PSE, a gente foi uma das 23 unidades do projeto piloto. (ENF5)*

*Participamos de uma capacitação e uma amostra de saúde. (ACS6)*

*A secretaria fez um projeto, uma parceria, com o governo federal e trouxe a secretaria de saúde para dentro da escola, eles vieram, apresentaram o projeto, quais os objetivos e aí a gente abraçou... Até porque é um projeto que já vem do governo federal e a gente está até hoje com ele... (DIR1)*

## **Categoria 2 – Percepções e contribuições das unidades de saúde e escola no desenvolvimento do PSE**

### Sub categoria 2.1 – **Dificuldades vivenciadas**

*Os problemas são só em relação à escola porque não tem sala no momento (...) Eu vou porque tenho que ir, mas com certeza a proposta é melhorar a saúde e bem estar dos adolescentes.(ENF4)*

*O principal é a sala que não tem para o atendimento. Não vejo nenhuma contribuição desse programa, porque pra ir lá aferir uma pressão é a mesma coisa que você vir fazer uma consulta aqui no posto, os próprios pais deveriam fazer isso aqui no posto e não na escola. (ACS1)*

*O problema é que eles querem que a gente faça naquela hora e naquele momento, eles não se importam se a gente tem outras atividades para fazer. Embora reconheça que a ação traga benefícios, porque os adolescentes vão ser mais assistidos e vemos as dificuldades deles. (ACS4)*

*A aceitação da própria escola, o acolhimento da escola em relação à gente, a dificuldade na estrutura física naquele momento, não tinha equipamento. Se eu fosse falar como enfermeira eu iria dizer que a gente tem muito mais trabalho. (ENF1)*

*Eu acredito que foi mais a questão do suporte, porque geralmente o que acontece é o seguinte existe um cronograma que a unidade tem que cumprir, mas não perguntam se a gente precisa de uma fita durex pra*

*colocar um cartaz ou coisa assim. Material é uma coisa assim, que não existe (ACS2).*

*(...) agora na direção da escola era bem difícil, não contribuíam muito, mas essa direção agora esta bem melhor. O PSE facilita a acessibilidade das crianças. (ACS6)*

*O problema é programa de cima pra baixo que veio e foi imposto, e a gente tem que fazer. É uma questão de saúde. (ENF2)*

*Sobrecarga da equipe e na parte de digitação, de guardar dados e fazer o levantamento que não aconteceu, não teve seguimento. O que favorece é que a escola é perto e grande parte dos alunos frequentam a unidade, conhecemos os pais. (ENF3)*

*Algumas pessoas, alguns professores foram contra: “Problema de saúde tem que ser resolvido em posto e não na escola!”. Houve esse comentário, mas assim, a gente abraçou o projeto e a dificuldade que a gente sentiu muito foi com a adesão das pessoas (professores, pessoas da saúde) (DIR1)*

*Eles traziam as listagens de alunos, queriam que a gente preenchesse listagens, a gente com poucas pessoas na secretaria, aí tinha que tirar uma pessoa... a gente tinha certa dificuldade para dá uma atenção ao PSE, organizar ficha, e etc... toda essa questão de documentos (DIR1).*

*O grande problema que eu acho é a pouca visitação na escola pelo PSF... (PROF2)*

*Às vezes sobrecarrega a escola, que a escola tem tanta demanda e a gente às vezes fica louquinho aqui como vai organizar essas pastas porque é muita, pra ter uma ideia a gente pede para os professores ajudarem as assistentes de direção eles ficam separando por turma para que essa pasta esteja no lugar porque quando a equipe do PSF vem, o interessante é que esteja tudo arrumadinho para que elas possam atender e o trabalho possa fluir... (DIR5)*

## Sub categoria 2.2 – **Vivência satisfatória**

*Não teve problema não, a gente implantou e fez direitinho. Não teve problema não, só alguns problemas corriqueiros de faltar balança, um manguito adequado, essas coisas. Apesar do empenho do pessoal do distrito responsável do PSE e empenho da gente. (ENF5)*

*O programa tem sido desenvolvido sem dificuldades (...) e na minha opinião considero que a junção do posto de saúde com a escola é muito importante porque aí a gente vai ver o que está lá dentro da escola para a gente tentar resolver. (ACS5)*

*Eu acho que o projeto PSE ele veio para atender aquelas crianças da comunidade que não chegam nos postos de saúde... Que as mães não*

*levam, não se interessam, então eles vieram para a escola que é onde eles encontrariam a criança e poderiam fazer o seu trabalho... (DIR1)*

*Muitas vezes as mães não têm esse olhar, de estar sempre verificando, levando a criança para fazer o tratamento de dente, pra um remédio de verme, aí então esse trabalho dentro da escola já ajuda na questão da saúde da criança, por isso que é positivo. (DIR2)*

### **Categoria 3 – Articulação entre a gestão, a escola e a ESF na implantação das ações do PSE**

#### **Sub-categoria 3.1 – Limitações na articulação entre os setores (saúde e educação)**

*Eu não sei como é. Só chega aqui e dá o que a gente precisa fazer e é só cobrança. (ACS2)*

*Não sei nada de lá, já chega tudo pronto. Não dá para construir, dar uma sugestão. (ACS3)*

*Vê só, a coordenação do PSE, tipo por exemplo a gente vai abordar o assunto de câncer de pele então eles mandam o tema pra gente e vamos ver como vai planejar essa ação na escola. Eles só fiscalizam e vê como se dá a ação. (ACS6)*

*Já vem tudo certinho com as ações de cada mês. (ENF4)*

*A coordenação do PSE que faz o planejamento. (ENF3)*

*Teve pouquíssima, a gente precisa de mais coisas. (ACS5)*

*Sempre tem umas reuniões, mas são marcadas no período da tarde e a gente nunca pode comparecer porque no período da tarde não dá para se ausentar da escola... eu não participei não... no caso foi a gestão que nos passou o que fazer, e tem coisas que a gente já pegou o bonde andando... (PROF1)*

#### **Sub-categoria 3.2 – Ações com articulação intersetorial (saúde e educação)**

*É feito reuniões e a escola pede os temas (ENF2)*

*Sim. A coordenação sugere alguns tópicos e a gente faz o cronograma (ENF3)*

*Acontecem reuniões pré-agendadas onde a gente discute e estuda a temática para fazer naquele semestre e dentro dessa temática a gente começa a mostrar sugestões e vai sendo alinhado. (ENF1)*

*A unidade de saúde vem antecipadamente faz a visita a escola e diz que tema vai trabalhar, que turma e que idade será atendido e aí a gente*

*organiza tudo, o material tudo que elas precisam e a ação acontece. (DIR5)*

*Esse acompanhamento que estão fazendo agora também está nos auxiliando muito, porque tem pais que não vacinam, não dão medicamento, que não observam a pele para ver o que é que tem, as crianças têm cárie, muitas coisas... se não tiver outros profissionais da área nos ajudando sobrecarrega o trabalho da escola demais... (DIR3)*

#### **Categoria 4 – Articulação das ações do PSE com o Projeto Político Pedagógico da Escola.**

##### **Sub-categoria 4.1 – Desconhecimento**

*Não sabe informar (ACS1) e (ACS5)*

*Acho que não teve. (ENF3)*

*Eu espero que sim, mas não tenho certeza. (ENF1) e (ACS3)*

##### **Sub categoria 4.2 – Ação verticalizada**

*A gente percebe que não tem uma cooperação, não tem receptividade dos professores e diretores. Não há integração com o projeto político pedagógico, a gente quer que aconteça, fazemos as programações para fazer as ações. (ENF4)*

*Não sabe informar. (ACS1)*

*Já vem pronto da coordenação do pse. (ACS2)*

*Vem lá do distrito, a gente já pega pronto. (ACS3)*

*Não sei dizer por que quando chega aqui na escola já chega tudo pronto... (PROF2)*

*Seria interessante que quando o projeto viesse também viesse assim: porque o projeto surgiu? Qual a necessidade? A gente nunca recebeu nada por escrito, a gente recebeu já o pessoal do posto trazendo as pastas para a gente organizar com os alunos e fazer essa efetivação do programa. (PROF1)*

##### **Sub categoria 4.3 – Perspectiva de uma ação interdisciplinar**

*A gente que planeja com a escola. Mas não sei se está articulado com o PPP. (ACS4)*

*Já chega pronto pra gente fazer, mas tem coisas que a gente discute aqui pra completar mais e a gente sempre vai lá na escola combinar o*

*que tá precisando e as ações que a gente vai fazer. É por combinação. (ACS5)*

*Quando a gente recebe a programação a gente costuma fazer uma reunião com a coordenação da escola e equipe de saúde, onde cada um vai dizer sua facilidades e dificuldades. (ENF1)*

*Em organização com a escola para definir as ações. (ENF2)*

*Se a gente for fazer alguma ação lá, precisa marcar data na escola e aí a gente planeja a ação. A professora de lá disse que as estratégias de educação em saúde fazem parte do PPP. (ACS6)*

*A gente faz uma reunião no início com os professores para montar as estratégias, identificar os alunos que tem alguma dificuldade ou chamam atenção do professor. (ENF3)*

*Primeiro a gente faz uma reunião com o pessoal da escola, com professores, diretores. A gente faz também uma reunião com o pessoal aqui e depois com o pessoal da escola. Ai a gente vê como vai planejar as datas e tudo e volta para a reunião administrativa da gente. (ENF5)*

*Eu acho que não, porque às vezes a gente chega lá e eles dizem que tal turma não vai, aí a gente só faz com uma turma e depois a gente precisa voltar para fazer com as outras. Mas acontece muito isso, da gente ir e a turma está fazendo outras atividades, aí chocou né eles não planejaram direito. Às vezes eles até tentam se organizar, mas sempre foge. (ACS2)*

*Nós relacionamos as pessoas que contribuem com a escola no planejamento da escola. Coloca-se lá no projeto político pedagógico. Aqui já temos todo um quadro de atividades para serem seguidas. (DIR3)*

*Logo no início sim, quando surgiu, quando veio para a escola a gente colocou no projeto essa parte do atendimento do programa saúde na escola. (PROF1)*

## **Categoria 5 - Educação permanente dos profissionais envolvidos no PSE**

*Não sei, isso é com a coordenação do PSE. (ENF4).*

*Não sei pois não tem educação permanente para a gente do posto. Para a gente que é agente de saúde não teve nada. (ACS1)*

*Se tiver a gente participa antes, mas nunca mais teve nenhuma capacitação. (ACS5)*

*Não teve até agora. (ACS4)*

*Não sei, só teve algumas reuniões para dizer: “esse é o roteiro novo”, “essa é a ficha nova”, essas coisas assim. (ENF1)*

*Não. (ACS2)*

*Não tenho ideia de como é formulada a educação permanente. Eu fui uma vez para uma reunião, mas a capacitação não teve. (ACS3)*

*Não sei (ACS6) e (ENF2)*

*Não teve capacitações, o que teve foram poucas reuniões para falar sobre o PSE. As reuniões que tiveram foram tumultuadas, com muita reclamação. Acho que não veio a somar. (ENF3)*

*Não sei. A gente tem reuniões para lembrar quais são as metas. (ENF5)*

*Bom, eu mesma nunca participei de nenhuma formação... Eu nunca saí para dizer: vou para uma formação hoje do PSE. (DIR5)*

*A gente não teve assim um direcionamento para um projeto de uma cultura de paz... (DIR1)*

## **Categoria 6 – Avaliação das ações do PSE**

### **Sub categoria 6.1 – Identifica pontos conflitantes**

*Não. A gente precisa de mais pessoas que venham de fora. (ACS5)*

*Não é uma coisa 100%, porque teve criança que a gente encaminhou e não teve retorno. Só com o caso de hanseníase. Além disso, deveria ter mais profissionais envolvidos e deveria ter uma equipe especificada para o PSE. (ENF4)*

*Precisa melhorar porque são poucas ações, mas na verdade eu acho desnecessário. Não vejo surtir muito efeito, porque é mesma coisa que faz aqui no posto, porque lá na escola a gente só vê peso e pressão. Não tem como ver nem a glicose. Falta muita coisa, pra ser completa, tem que ter mais profissionais. Às vezes só a enfermeira e ACS não surtem muito efeito. Às vezes os diretores, os professores não gostam e alguns alunos ficam de cara feia. Teve um que queria que eu fizesse um exame de olho, mas eu não sou oftalmo. Surtiria mais efeito isso no posto e não na escola. (ACS1)*

*Eu gostaria que fosse melhor, tivesse mais suporte aí a gente fluía mais. Agora assim, é tanta exigência lá e tanta exigência aqui e no final das contas não dá pra gente fazer bem nenhum trabalho e nem outro. A coordenação não está lado a lado com a gente, parece que tá contra. Teve uma avaliação que a gente tirou zero, a gente foi lá fez tudo, cumpriu com o cronograma, a gente fez teatro, gincana, tudo que foi pedido a gente fez, pesar, medir, a questão de ver manchas, de piolho,*

*de tudo e no final a gente levou um zero. Então isso desmotiva. A coordenação não dá suporte e ainda o que a gente faz leva zero. (ACS2)*

*Regular, porque tinha dia que a gente chegava na escola e a escola não estava nem aí pra gente, mas o PSE chegou para juntar. (ACS4)*

*Acho falha, por falta de continuidade, uma coisa que esta partida. Eu não avalio bem, a gente não tem incentivo é muita queixa. Não foi dado continuidade. É um trabalho importante, mas não está acontecendo de maneira satisfatória. (ENF3)*

*É um pouco conturbada a nossa relação com a escola, já chegou ao ponto dá gente chegar lá e ser mal atendido, tipo menosprezado. Parece até que a gente está atrapalhando e nossas ações já foram melhores, no começo era mais atuante. (ACS3)*

*Em parte eu não vejo muito retorno não. (ACS5)*

*Precisamos de recursos, é preciso que tenhamos uma rede de ações onde as pessoas possam participar conosco e precisamos também ser liberados pra fazer essas atividades. (ENF1)*

*Entretanto, não tem recursos. (ENF2)*

*Eu só não gosto assim, porque a gente já tem tanta coisa dentro da escola, eles deviam destinar funcionários de lá mesmo para preencher documentos, porque a gente faz, mas é uma gentileza da escola, porque a gente aqui nós não temos agente administrativo, secretário... a direção faz tudo, aí fica pesado (DIR4)*

*A ponte é positiva da escola com a saúde só acho que a escola já tem muita demanda, eu continuo persistindo nisso! (DIR5)*

## Sub categoria 6.2 – **Identifica avanços**

*A escola com o posto está bem articulada, e eu ainda eu faço questão de participar pelo aprendizado deles (crianças). (ACS2)*

*Eu acho muito útil e a gente vê os efeitos, exemplo, tinha umas crianças que estavam com problema de vista e não sabia, assistia aula muito de perto e aí foi descoberto o problema depois do PSE. Teve uma menina que estava com pressão alta e a gente descobriu, porque ela comia muito salgadinho. É muito bom e a gente vê o efeito da ação. (ACS6)*

*Já foi mais difícil, mas agora melhorou, pois projeto é muito bonito. A gente descobriu uma menina com pressão alta. (ENF2)*

*No começo era mais complicado, mas agora a gente não tem muito entrave não. É bom para as crianças, a gente já conseguiu pegar na avaliação criança com diabetes, hipertensão, glaucoma. Então assim, é válido. Apresentamos as experiências exitosas no congresso em Brasília numa amostra que teve há uns 2 anos atrás. É muito bom porque mostra realmente uma coisa que funciona né da saúde com a educação e graças a Deus nossa interação com a escola é muito boa. A direção é sempre bem receptiva, a gente consegue fazer as coisas. (ENF5)*

*É uma ótima oportunidade para os profissionais estarem presentes dentro do ambiente escolar, mudando aquele ambiente da unidade de saúde tradicional ou unidade básica de saúde, vivenciando com a escola. Já foi mais complicado, mas agora melhorou. No momento que a gente fez atividades com as crianças o que a gente observou é que elas gostaram muito do brincar, ganhar o brinde. O sorriso da criança, a vontade de que não termine a brincadeira, isso é gratificante pra gente mesmo com as nossas dificuldades. Levar um ambiente saudável. (ENF1)*

*Teve uma experiência exitosa com o PSE, um caso de hanseníase que teve retorno. (ENF4)*

*Quando a gente vai alguns meninos se interessam pela saúde deles, pelas palestras e fazem perguntas. É produtivo e tem retorno. (ACS4)*

*Eu acho exitoso dar aqueles remédios de verme, pra mim eu já considero um êxito pelo fato de prevenir. (ACS3)*

*Eu vejo aí a questão dos alunos... Esses alunos que não tinham assistência odontológica, atendimento oftalmológico... Isso aí eu acho que contribuiu muito... Porque a gente tem famílias que são desleixadas nessa questão de saúde com o aluno, então isso foi muito bom pra eles. (DIR1)*

*Muitas vezes as mães não têm esse olhar, de estar sempre verificando, levando a criança pra fazer o tratamento de dente, pra um remédio de verme, aí então esse trabalho dentro da escola já ajuda na questão da saúde da criança, por isso que é positivo. (DIR2)*

## **Categoria 7 – Atuação do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência**

### **Sub-categoria 7.1 – Percebe relevância do tema com a saúde**

*Não teve nada sobre isso. Porém, a temática é importante, porque acontece muita violência na escola. (ENF4)*

*Regular, precisa de muita coisa. Se tratando de violência seja ela qual for, está muito difícil de se resolver. O tema é importante, mas não sei como fazer. (ACS5)*

*Vai ser bom para os jovens. Agora só seria uma prioridade se desse seguimento porque eu não vejo interesse da escola e do posto. (ACS4)*

*Nesse momento eu não posso dar uma resposta sobre esse tema. Eu acho que é muito importante e tem grande valor para todas pessoas, não só para as crianças acredito que é um pontapé inicial, mas não só as crianças devem ser trabalhadas mas todas as ações feitas nas escolas também tenham a participação dos pais. Entretanto, eu acho que é preciso ler primeiro esse caderno do gestor sobre PSE. (ENF1)*

*Eu não tenho nem como avaliar porque pra mim isso é novidade, você que está me dando essa informação que isso existe, porque eu não sabia que existia. Eu acho até importante falar sobre isso. (ACS2)*

*Esta, mas é sigilosa, a gente tem medo de represálias. Aqui se tornou um lugar muito violento, tem que ter muito cuidado com isso. Não é que seja uma prioridade, mas seria de suma importância, por que a questão de violência e drogas está crescendo muito, eu acho que deveria colocar, como eu disse é um assunto muito delicado tem que colocar pessoas capacitadas para trabalhar esse tema. (ACS6)*

*Não sei por que a gente não vê isso. Eu acho que tem outras coisas para ser abordado. (ENF2)*

*Não tem um objetivo definido, a gente ficou com a questão da avaliação. Essa parte de cultura de paz e prevenção de violência é com o NASF. Eu acredito que seja, apesar de não ter nenhuma notificação de violência. (ENF3)*

*Deveria ser, porque é o que a gente vê né, violência em casa com as crianças, violência das crianças com os professores. (ENF5)*

*Sobre essa questão da cultura de paz eu não me lembro de nenhuma ação... a escola, está inserida numa comunidade bastante violenta e a violência é pra todo lado, a gente já teve professores que apanharam de pais, a gente tem alguns alunos assim muito violentos... (DIR1)*

*Tem sim trabalhado essa questão da cultura de paz, a gente foi a equipe exitosa do distrito sanitário, a gente recebeu premiação, recebeu placa... Assim, a gente teve o apoio do NASF a gente trabalhou muito com a questão do bullying... (ENF6)*

## **Sub-categoria 7.2 – Não percebe relevância do tema com a saúde**

*Para mim é uma coisa muito desnecessária a gente trabalhar esse tema na escola. Porque nem todas as crianças são da nossa área, isso poderia fazer no posto e não na escola. (ACSI)*

*A gente trabalha assim dentro do pedagógico, a importância do respeito ao outro, de respeitar as diferenças, mas do PSE... em relação a cultura de paz não. (PROF1)*

*Já tivemos muitas palestras, Maria da Penha, muitas coisas já tivemos mas assim dentro dessa política de controle da violência não cabe muito a escola, né? (DIR3)*

### **Categoria 8 - Sugestões para os coordenadores do PSE para promoção de ações de cultura de paz e prevenção de violência**

*Que houvesse maior entrosamento entre a saúde e educação. (ENF4)*

*Que deve ter mais ações e falar mais sobre violência. (ACSI)*

*Eu acho que deveria existir mais projetos para os jovens. (ACS4)*

*Precisa de mais profissionais envolvidos. É preciso atuação da escola, da família, da comunidade. Precisamos trabalhar esse olhar da família. Precisamos de outros profissionais ligados a cultura de paz, conselho tutelar que seja atuante. Precisamos de mais treinamento. (ENF1)*

*Pra caminhar mais lado a lado com a gente e saber das nossas necessidades. Esse tema não é exigido pra gente abordar, eu acho que a gente deveria abordar se a coordenação desse suporte a gente. Para que a gente pudesse ter mais propriedade pra falar sobre isso com os alunos, que eles (coordenação) fizessem uma capacitação com a gente e eu acho que isso poderia melhorar. (ACS2)*

*Deveria ser melhor principalmente no campo da saúde mental porque é muito forte, pelo comportamento das crianças. O pse é muito solto, deveria ter mais saúde mental e cognitiva. E também daria dica pra incrementar e fazer a articulação com a saúde, educação e segurança. (ACS3)*

*Sugeria uma pessoa que já trabalhasse com isso, que tenha mais experiência que a gente, porque esse é um assunto muito sério, muito delicado, você tem que ter muito cuidado para abordar isso. (ACS6)*

*Uma outra equipe pra fazer, por que é muito complicado fazer PSE. A gente trabalhar na unidade e fazer o PSE é complicado. Deveria ter outra equipe para o PSE, mesmo que a gente fosse uma ponte. (ENF2)*

*Reuniões na escola com os pais, acompanhar a família também. (ENF3)*

*Que viessem pessoas que realmente soubesse falar sobre esse tema, fossem capacitadas para fazer uma ação maior na escola com os pais, primeiramente com os pais e depois com as crianças. (ENF5)*

*Isso é uma coisa tão difícil, mas depende da educação familiar. É muito difícil, não sei nem dizer. (ACS5)*

*Eu acho que precisa melhorar e ampliar para atender mais gente, eu vejo pela questão da escola... Nós temos três turnos. Nós temos o público da noite que é um público de adultos que precisam de exames de vista, eles se prejudicam muito na aprendizagem também por conta da visão e eles não atendem a esse público, então eu acho assim é um projeto bom, mas que precisa ser ampliado, ser melhorado. (DIR1)*

*Eu queria que tivesse um tratamento para as crianças que tão viciadas e as famílias todinhas, da avó até... (DIR3)*

## 7 DISCUSSÃO

Ao tecer uma avaliação da implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) junto aos profissionais da saúde e da educação envolvidos com a execução das ações, tomamos como apreciação inicial considerar a complexidade e magnitude do processo de implantação de um programa interdisciplinar, que envolve duas áreas consideradas essenciais como políticas públicas, emergindo a necessidade de fundamentar uma construção dialógica e pactuada na perspectiva de uma integralidade e de uma intersetorialidade (Brasil, 2017).

Ao considerar a importância da etapa de implantação para o desenvolvimento pleno de um programa de saúde pública emerge a necessidade da realização de um monitoramento e avaliação para a identificação dos fatores que podem interferir no alcance dos objetivos propostos. Desse modo, as variações observadas em nível de implantação de uma intervenção, influenciam fortemente os efeitos dessa intervenção, tanto nas questões relacionadas à estrutura quanto aos processos, como citado na análise que foi realizada por Lima (2011) baseado em Denis e Champagne (1997).

Apesar de ser proposto uma delimitação didática quanto às etapas que compreendem uma política de avaliação de serviços e programas, foi evidenciado nos relatos sobre as percepções e contribuições vividas pelos profissionais da Saúde da Família, que atuam no desenvolvimento do PSE, dificuldades e limitações que envolvem tanto questões relativas ao contexto político/administrativo, como também estrutural do PSE, demonstrando uma inter-relação dos mesmos, que podem agregar fatores promotores nos êxitos das ações planejadas ou repercutirem negativamente para o desempenho e impacto destas (Medeiros et al, 2018).

Foram evidenciadas na implantação, situações que concorreram para o descompromisso e pouco envolvimento dos profissionais da educação e da saúde envolvidos na execução das atividades propostas, como desconhecimento sobre o processo de implantação do PSE e verticalização na condução das ações a serem desenvolvidas no PSE. Estudo de Baggio (2018) realizado com enfermeiros de Cascavel no Paraná, também constatou que o processo de implantação ocorreu de modo acelerado, sem assegurar a formação permanente dos profissionais para atuarem no programa.

Embora está presente no discurso dos profissionais a escassez de recursos materiais e financeiros, a utilização de um formulário que contempla as variáveis relativas à estrutura e aos processos no desenvolvimento do PSE, foi possível verificar que acima de 50% dos participantes relataram que havia espaço físico na escola para que o enfermeiro pudesse atender as crianças. Apesar da carência estrutural das escolas públicas, requer considerar uma

divergência quanto a área física disponível entre estas, e com o compromisso de superar as dificuldades e assegurar a realização das atividades propostas, são sinalizadas adaptações e adequações no ambiente contribuindo para a funcionalidade do programa. Em um estudo de intervenção sobre a obesidade em crianças e adolescentes na escola, realizado em Washington nos Estados Unidos da América, compreende-se que para o desenvolvimento e continuidade das políticas relacionadas ao bem-estar do escolar faz-se necessário a alocação de recursos e estrutura para as ações (SNELLING et al, 2017; SAFDIE, CARGO, RICHARD E LÉVESQUE, 2014; LUBANS et al, 2016).

Ficou evidenciado nos discursos dos profissionais de ambas as áreas, que a falta de articulação intersetorial entre a saúde e a educação compromete as atividades do PSE, decorrente das dificuldades de diálogo, da realização de ações pontuais e das ações demandarem um acréscimo nas demandas profissionais. Estudos relataram que diante do trabalho já excessivo que deve ser desenvolvido nas unidades, as atividades do PSE acabaram sendo referidas pelos profissionais como condutas que extrapolam as obrigações dos profissionais da escola e da saúde comprometendo suas atribuições. Esta situação mostra a dificuldade na implantação e desenvolvimento das ações do programa devido à sobrecarga de tarefas, porém há a necessidade dos profissionais entenderem que as ações do PSE fazem parte das obrigações profissionais das unidades (MACHADO et al, 2015; Sánchez, Molina e Gómez-Ortega, 2016).

Segundo pesquisa desenvolvida por Sousa, Esperidião e Medina (2017) em um município da região metropolitana da Bahia, foi destacado o protagonismo dos profissionais de saúde no desenvolvimento das ações intersetoriais na promoção à saúde dos escolares, enquanto que a participação da escola ocorre de forma mais tímida e passiva, apenas cumprindo o que é solicitado. Obteve resultado divergente com o estudo de Chiari et al (2018), no qual os resultados indicaram uma maior participação do setor Educação na construção e no desenvolvimento do PSE em relação à saúde, realizado no estado de Minas Gerais. Assim, a não participação conjunta em todos os momentos de decisão e organização das ações demonstram o longo caminho ainda a ser percorrido para o alcance da intersetorialidade.

Diante das falas dos participantes da pesquisa, prevalece o entendimento de pouco investimento em ações educativas em saúde e de promoção à saúde, com queixas de indisponibilidade de recursos materiais mínimos, para produção de atividades que possibilitasse a produção individual e em grupo, com a elaboração de cartazes, com a produção de desenhos e expressões artísticas e culturais, entre outros, que permeia possibilidades de interação e coparticipação no processo de construção do saber coletivo, evidenciado também no estudo de Kessler et al (2018).

Diante do discurso da não preparação dos executores das ações do PSE evidenciamos o despreparo e necessidade de investimento nas capacitações de forma pactuada com a gestão e as anuidades que executaram o programa. Assim, como cita Salci (2013) O despreparo e rigidez na execução das ações concorrem para simplificação do processo de adentrar e atuar no cenário escolar na perspectiva da promoção da saúde em articulação com a construção pedagógica do saber e a construção da cidadania desse grupo populacional em fase de descobertas e transições entre criança, pré-adolescência e adolescência, com cobranças e exigências peculiares ao ser adulto.

É essencial à articulação da competência comunicativa e organizacional, com a intenção do saber respeitar e conquistar dessa forma a confiança, compartilhando projetos e interesse em prol dos escolares, cooperando, escutando as demandas, esclarecendo sobre as questões pertinentes ao enfoque na promoção da saúde, como também consultando e dialogando para pertinência das intervenções educativas. Baggio (2018), em seu estudo constata que as atividades desenvolvidas pelo PSE colocam o enfermeiro como protagonista das intervenções de saúde que ocorrem na comunidade escolar.

Ao constituir uma ferramenta necessária para a satisfação dos profissionais na execução das ações em um ambiente harmônico de parceria, o diálogo precisa prevalecer, oportunizando uma relação horizontal, que considere os limites e as possibilidades, mas acima de tudo o empenho coletivo para semear com atividades mobilizadores e desencadeadoras do protagonismo dos escolares nas questões de cidadania e saúde. Santiago *et al.* (2012) destaca que a equipe de saúde e a escola devem manter a parceria para o desenvolvimento exitoso do PSE e assim promover saúde.

Confirmando os achados encontrados na presente pesquisa sobre os fatores que facilitaram a implantação do PSE, Medeiros *et al* (2018), relata em sua pesquisa quando descrevem no município de Natal no Rio Grande do Norte, a necessidade das ações serem pactuadas entre os setores envolvidos da saúde e da educação, para assim, os profissionais terem satisfação em realizar as atividades de forma permanente aos escolares. Destacam ainda a importância da participação de uma equipe multiprofissional e recursos materiais e financeiros disponíveis para uma implantação do PSE de forma desejada.

Uma articulação importante para a implantação do PSE é sua inserção no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola, visto que nesse momento ocorrerá a interação da saúde e da educação com ações pactuadas e temas específicos de acordo com a realidade de cada cenário escolar. Porém, esse não foi o discurso dos participantes da pesquisa que relataram não ter conhecimento se as atividades do PSE estão no PPP, como também questionarem a

verticalização dessas ações, pois relatam ter recebido as tarefas do PSE sem uma prévia explicação ou formação para atuação e execução do programa.

A articulação da gestão com a UBS para o desenvolvimento das ações do PSE, foi caracterizada por uma apreciação de uma gestão centralizada, como evidenciado no relato “Já vem tudo certinho com as ações de cada mês” e “a coordenação do PSE que faz o planejamento”. É verificada uma postura de acomodação, visto que os profissionais podem conquistar também um empoderamento argumentativo junto a gestão apresentando uma programação que articule algumas demandas no contexto da saúde pública sem desconsiderar as demandas peculiares à realidade do seu público escolar (CHIARI et al, 2018).

A educação permanente constitui uma ferramenta para apropriação e discussão sobre os pressupostos que orientam as propostas delineada para o PSE, possibilitando renovação pessoal e profissional diante do cotidiano profissional posto, em uma perspectiva de revisitar sua prática, de modo crítico e reflexivo, com identificação de possibilidades de mudanças da realidade, embasados na parceria e na mobilização da comunidade para auxiliar a equipe interdisciplinar no levantamento dos diagnósticos situacionais, como também na elegibilidade das prioridades e propostas de enfrentamentos das vulnerabilidades que ameaçam a população infanto-juvenil nas questões de saúde e cidadania (Sousa, Esperidião e Medina, 2017).

Os discursos evidenciam um processo de naturalização da violência, visto que a problemática da violência entre adolescentes escolares não foi enfatizada como problema de saúde, na fala dos profissionais da educação e saúde e conseqüentemente foram relatadas poucas e esporádicas ações educativas em saúde para prevenção da violência e promoção da cultura de paz. A banalização da violência concorre para intensa repercussão nas crianças e adolescentes como vítimas, mas também como perpetradores, destacando a necessidade de a escola protagonizar as discussões sobre a temática com reflexões sobre os dados para a saúde da população e da sociedade (HENRIKSSSEN E BENGTTSSON, 2018).

A dificuldade para abordar a temática violência no cenário escolar foi relacionada ao despreparo de alguns profissionais, diante da complexidade do fenômeno. Cabe considerar as falas de alguns membros, que afirmaram ser desnecessário trabalhar esse tema na escola como uma ação organizada pelo PSE, por não perceber sua articulação com as questões de saúde.

Nesta perspectiva o PSE, constitui um política pública que destaca a necessidade do tema violência constituir um eixo de interesse para assegurar a promoção da saúde dos escolares, mediante o planejamento e execução de ações educativas em saúde para Prevenção das Violência e promoção da cultura de paz, enfatizando as questões de cidadania e direitos humanos, com a realização de atividades no cotidiano da escola abordando as temáticas da

diversidade sexual, do bullying, da homofobia, da discriminação e do preconceito da família e da comunidade (BRASIL, 2015, BRASIL, 2017).

Foi constatado uma similaridade com o estudo de Taquette e Monteiro (2019) ao verificarem que o enfrentamento da violência não foi abordado nas escolas. Entretanto devido ao aumento do número de casos de violência em seus diversos níveis: institucional, simbólica e física foi reconhecida a necessidade urgente e imprescindível de ações preventivas que enfoquem a desconstrução dos atuais padrões culturais de violência, a fim de apoiar abordagens pedagógicas emancipatórias e libertadoras a serem implementadas precocemente nas escolas, envolvendo as famílias e a comunidade (TAQUETTE E MONTEIRO, 2019; LLOYD, 2018).

Destarte a necessidade de maior investimento em educação permanente para empoderamento dos profissionais no desenvolvimento de ações educativas em saúde mais efetivas no fomento a uma formação comprometida com os princípios de cidadania, direitos humanos para promoção da cultura de paz. Para tanto é requerido da gestão trabalhar a escuta valorativa dos profissionais envolvidos nas ações do PSE, que aludiram algumas demandas a serem consideradas para uma melhoria e ampliação das ações do programa.

A oportunidade de discutir sobre as ações do PSE propiciou a apreensão de sugestões apresentadas pelos profissionais da educação e da saúde, para os coordenadores do PSE, como: ampliar o número de profissionais envolvidos, possibilitando distribuir melhor a sobrecarga de atividades que são atribuídas aos profissionais de Saúde da Família, e redistribuição no número de famílias que assumem em seu território.

Destaca-se nos estudos da Council on School Health (2016) e da National Association of School Nurses (2018), a constatação de um resultado exitoso na promoção da saúde dos escolares com a contratação de Enfermeiros Escolares. De modo, que a comprovação científica assegurou à contratação de mais 12 enfermeiras escolares, ao reconhecer que os mesmos são capacitados para atuarem na atenção à saúde individual e principalmente a saúde coletiva por meio de um acompanhamento diário a muitos estudantes.

#### 7.1 IMPLANTAÇÃO DO PSE: AVALIANDO OS COMPONENTES QUANTITATIVOS REFERENTES A ESTRUTURA E PROCESSO

A caracterização dos 87 participantes envolvido nas ações do PSE, requereu a inclusão dos profissionais da educação e das categorias de nível técnico e superior da saúde e um membro do Conselho de Saúde, sendo verificado que prevaleceu o sexo feminino, a faixa etária entre 27 e 65 anos, e a idade superior a 51 anos obteve um maior número de participantes.

Pode-se perceber dentre os profissionais envolvidos de ambas as áreas (saúde e educação) um predomínio da mulher, com idade madura e casada, que historicamente possui características de ser polivalente e multiespecializada, como inatas do universo feminino, chegando a desenvolver muitas vezes triplas jornadas de trabalho (Vieira e Amaral, 2013).

Um destaque do estudo é a participação tanto da instituição escola com 32 (36,8%) profissionais, quanto da ESF com 54 (62,1%) e um membro do Conselho de Saúde, compondo as seguintes categorias profissionais: Professores 31 (35,6%), Agente Comunitário de Saúde 30 (34,5%), Técnico de Enfermagem 12 (13,8%), Enfermeiros 09 (10,3%), e um representante das categorias Médico, Fisioterapeuta e Pedagoga. Em relação à escolaridade os maiores percentuais foram o ensino médio 37 (42,5%) e a pós-graduação 37 (37,9%). Assim, pode-se avaliar de fato o contexto intersetorial das ações realizadas pelo PSE. Entendendo a intersetorialidade como a articulação de diferentes instituições sociais e atores, no planejamento e execução de ações para resolução dos problemas e demandas da comunidade escolar visando a melhoria na qualidade de vida (SOUSA, ESPERIDIÃO e MEDINA, 2017).

Para estimativa do grau de implantação do PSE, foram consideradas as seguintes dimensões: gestão do PSE, intersetorialidade para promoção da cultura de paz, atenção a saúde do escolar e controle social, a partir dessas dimensões foi possível analisar as abordagens de estrutura (equipe de saúde e da educação envolvidos com o programa, infraestrutura da escola para o desenvolvimento das ações, equipamentos e insumos necessários ao atendimento do escolar) e o processo desenvolvido (organização do trabalho e funcionamento do sistema com ênfase na intersetorialidade), por meio de critérios e normas legais preconizados pelo Ministério da Saúde, para atenção à saúde do escolar.

A determinação dos indicadores foi pertinente para o estudo pois foi capaz de representar o grau de implantação do PSE. Sendo os mesmos escolhidos de acordo com o arcabouço legal utilizados pelo MS e por Ferreira et al. (2014) para a avaliação do PSE. Foram utilizados: a Política Nacional de Atenção Básica, Caderno do Gestor do PSE, a Portaria Interministerial Nº 1.055/2017, Caderno de Atenção Básica n.24 do MS.

Para a análise da estrutura buscou-se conhecer como os recursos necessários ao desenvolvimento do PSE são utilizados para o alcance das metas esperadas, e para avaliar os processos verificou-se entender a adequação dos serviços para melhoria da qualidade na atenção à saúde do escolar (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Ao relacionar o contexto de implantação nos oito Distritos Sanitários, da cidade de Recife-PE, foram identificados graus de implantação muito próximos, classificando a implantação do PSE como satisfatória (DENIS E CHAMPAGNE, 1997).

O cálculo do grau de implantação foi realizado a partir de uma matriz de indicadores que atribuiu para cada dimensão uma pontuação distribuída proporcionalmente ao quantitativo de indicadores representativos de cada parâmetro disposto no arcabouço legal. Após a consolidação dos pontos atribuídos às variáveis analisadas foi utilizada a matriz de julgamento para avaliar o grau de implantação, classificando-o em implantação satisfatória (75% a 100%), implantação parcial (50% a <75%), implantação incipiente (25% a <50%) e não implantado (1% a <25%). Para tanto, os achados da presente pesquisa, obteve como resultado uma média entre os entrevistados e por distrito sanitário de 75,29% que considerou o PSE em uma classificação de implantação satisfatória, segundo Samico et al (2010).

Em relação às questões estruturais relacionadas com a implantação do PSE, no município de Recife/PE, foi verificado a ausência de disponibilidade de um ambiente específico para atendimento do escolar pelo profissional de saúde, sendo necessário ser improvisado salas quando possível. Essas informações convergem com estudos realizados com profissionais da saúde ou da educação, que afirmaram a necessidade de espaço físico adequado para o desenvolvimento das atividades do PSE, como também a carência de recursos financeiros e a limitação no quantitativo de pessoal administrativo nas escolas como um fator limitante para o desenvolvimento das ações preconizadas por programas que podem ser desenvolvidos no ambiente escolar (BAGGIO, 2018; SILVESTRE ET AL, 2016 E PENSO ET AL 2013).

Ao considerar que o PSE apresenta um compromisso com ações de promoção da saúde, para além da visão curativista e do atendimento individual, constitui prioridade o incremento de estratégias de educação em saúde, sendo identificado que há disponibilidade de espaço para atividades educativas e são fornecidos materiais informativos sobre as temáticas abordadas que envolvem as questões de saúde da criança e do adolescente escolar (CARVALHO, 2015).

Em relação à existência e alimentação de um banco de dados para o acompanhamento das ações desenvolvidas na escola, foi verificado que as fichas de atendimento aos escolares são armazenadas no arquivo da escola e os dados são alimentados sistematicamente por meio de planilhas eletrônicas e passadas mensalmente pelos profissionais de saúde e da escola para a gestão municipal do PSE.

Vale considerar que na adesão do município ao programa é pactuada a necessidade de realização do registro e envio de dados, monitoramento e avaliação das ações, permitindo identificar os avanços e as dificuldades, além de orientar a liberação de incentivos financeiros e custeios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A existência de um sistema informatizado para registro das atividades do PSE, com composição de um banco de dados, deveria assegurar a facilidade de divulgação em meios

oficiais dessas informações, entretanto esses dados ficam centralizados na gestão de saúde, impossibilitando sua utilização para subsidiar os planejamentos não só pelos profissionais da saúde, como também da direção e equipe pedagógica das escolas. A ausência de compartilhamento do banco de dados do PSE contribui para uma assistência fragmentada e descontínua, tanto da gestão, quanto dos profissionais da saúde e da educação, refletindo no enfraquecimento da intersetorialidade (CAVALCANTI, LUCENA E LUCENA, 2015).

A análise do processo da implantação do PSE com ênfase na promoção da cultura de paz requer uma apreensão das ações efetivadas pelos atores sociais envolvidos em uma perspectiva intersetorial e interdisciplinar. Cabe destacar o entendimento de intersetorialidade e interdisciplinaridade, como inerentes a construção de estratégias de promoção da saúde, a partir de uma compreensão ampla de saúde como resultante de uma produção social, que possibilita o acesso a direitos e condições propícias ao desenvolvimento humano integral. Corroborando com este pensamento estudo de Silva e Tavares (2016), que define intersetorialidade como um meio de troca de saberes entre os sujeitos e resultando em um trabalho integrado, adequado a responder com eficácia e eficiência às necessidades de saúde apresentadas no território sob sua responsabilidade.

A importância de a escola aderir ao PSE para a promoção à saúde do escolar, tem reconhecimento no âmbito internacional, ao reconhecer que a partir de uma boa situação de saúde o estudante terá um melhor conceito escolar e assim poderá galgar melhores condições de trabalho e emprego (COUNCIL ON SCHOOL HEALTH, 2016).

Constitui como requisitos do PSE, a avaliação sistemática dos adolescentes quanto às condições de saúde e o desenvolvimento de estratégias educativas em saúde, no enfrentamento de situações de vulnerabilidade para esse público populacional. Foi evidenciado entre os conteúdos abordados com maior frequência nas escolas, a promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável, seguido da promoção da cultura de paz e prevenção dos acidentes e violências, saúde mental, direito sexual e reprodutivo, prevenção ao uso de drogas, atividade física e do lazer nas escolas, da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável que ocorreram em menor quantidade.

Em análise das frequências anuais de ações estratégicas de educação em saúde do PSE, realizado no município de Foz do Iguaçu/PR, constatou-se que o tema mais trabalhado nas escolas foi o da promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável (64,4%), a carência econômica das famílias dos adolescentes concorre para restrições quantitativa e/ou qualitativa dos alimentos, considerando os possíveis danos para a criança ou adolescente que encontra-se em fase de desenvolvimento. (SILVA-SOBRINHO, 2017).

Além das temáticas com enfoque biológico, cabe considerar que a violência constitui uma situação de vulnerabilidade, que se encontra entre as doze ações preconizadas como prioritárias a serem desenvolvidas no PSE, como cita os itens: II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; V. Prevenção das violências e dos acidentes, da Portaria Ministerial 1.055/2017 (BRASIL, 2018).

Porém, de acordo com o presente estudo, as ações educativas em saúde abordando a violência não constituiu prioridade, apesar dos profissionais da saúde e da educação reconhecerem a importância de uma rede articulada no apoio à escola nos casos concernentes a violência. Diante da necessidade do atendimento ao adolescente escolar vítima de violência, um total de 78,2% dos profissionais da educação e da saúde afirmaram que existe de fato um apoio intersetorial por meio do conselho tutelar, e muitas vezes a presença da polícia nas escolas.

É destacada a carência de trabalho efetivo e contínuo para evitar a violência, sendo esse um tema referido como muito sensível para trabalhar com a comunidade, ao considerar ser um fenômeno cotidiano no entorno das escolas e difícil de ser enfrentado, diante das limitações no apoio governamental quanto a essa questão e a forte influência do tráfico de drogas (GIORDANI, SEFFNER e DELL'AGLIO, 2017).

Assim, ao relacionar a implantação quanto à estrutura e processo o PSE no município de Recife está implantado, porém relativo ao tema promoção da cultura de paz ainda há muitas ações que podem ser trabalhadas, evidenciada por meio da análise das frequências anuais dessas ações que revelou ser um dos temas menos trabalhados nas escolas. Estes achados corroboram com o estudo que comparou o Brasil com Portugal quanto às ações de prevenção à violência no ambiente escolar, sugerindo que em Portugal a prevenção da violência é como possível de ser realizada, enquanto que no Brasil cita-se que as ações de prevenção se apresentam de maneira incipiente aos e comparar com as preconizadas pela Organização Mundial e Pan-americana de Saúde (SILVA e ASSIS, 2018).

Um outro problema relativo ao problema da violência ser trabalhado no ambiente escolar foi citado também no estudo de Machado et al. (2016) que cita a questão dos professores não se sentirem a vontade para trabalhar o tema em sala de aula, segundo os autores os profissionais nas escolas identificam a necessidade e importância do tema cultura de paz, porém relatam não estarem preparados para trabalhar com as situações, o que pode refletir na maneira inadequada de abordagem ou mesmo a falta de uma conduta eficaz, necessitando de uma

formação diferenciada sobre os elementos do cotidiano numa análise crítica da realidade em relação as práticas educativas (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015).

Nesse contexto, há a necessidade de ampliação da estratégia dos ministérios e secretarias da Educação e da Saúde, quanto ao apoio necessário às escolas contribuindo para que não haja uma culpabilização apenas da instituição escolar pela prevenção da violência e, desta maneira, haver uma redução do fenômeno da violência, favorecendo assim a cultura de paz e minimizando os efeitos em longo prazo provocados na vida social e saúde dos escolares.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para avaliar a implantação do Programa Saúde na Escola na perspectiva da promoção da cultura de paz, foi necessário apreender pelos atores sociais envolvidos como ocorreu essa implantação e mensurar o grau dessa implantação do PSE, assim, foi possível analisar os aspectos da implantação do PSE quanto às dimensões de estrutura e de processos político-gerenciais.

Um destaque que se pode inferir na presente pesquisa é o fato de ter a participação de entrevistados tanto do setor saúde quanto educação em um trabalho que está utilizando uma metodologia mista na avaliação dos achados. Dessa forma, pode-se fazer uma análise mais aprofundada em relação à estrutura e aos processos (bens e serviços) que envolvem o contexto de implantação do PSE.

Dessa maneira, o presente trabalho sobre avaliação da implantação do PSE, buscou contribuir para a reflexão dos tomadores de decisão, profissionais e comunidade acerca do desenvolvimento das ações do PSE. Ao possibilitar aos profissionais uma participação de forma mais ativa e consciente perante os desafios e possibilidades encontrados nesse processo de implantação do programa. Para tanto foi evidenciado a necessidade de ações de educação permanente para o aperfeiçoamento dos envolvidos no programa, constituindo uma estratégia significativa para colaboração de uma práxis inovadora, criativa e propositiva.

Depreende-se também, que a possibilidade de articulação das ações do PSE com o Projeto Político Pedagógico da escola constitui uma conquista pactuada da importância e do compromisso assumido na perspectiva interdisciplinar das atividades educativas de saúde como estratégia de estímulo ao desenvolvimento integral da criança e adolescente.

O presente estudo revelou que o PSE encontra-se implantado satisfatoriamente em Recife-PE, porém, alguns desafios necessitam ser enfrentados na implantação do PSE, tais como a superação do modelo fragmentado e da setorialidade. Acredita-se que novos estudos, indo além das ações de saúde e inserindo novos atores e abordagens podem favorecer a elaboração de diretrizes para contribuir na consolidação da saúde integral no ambiente escolar.

A predominância de intervenções educativas calcadas em abordagens tradicionais ou bancárias reforçam a resistência de profissionais de saúde discutir temas que transcendem questões biológicas e que requerem reflexões contextualizadas como estratégia para um processo de conscientização e elaboração de posturas resolutivas diante de conflitos nos diversos cenários de interpelações humanas.

Sendo assim, reconhecer o significado das vivências dos profissionais envolvidos nas ações do PSE, concorrem para a escuta valorativa de sugestões para os gestores do PSE, que elencaram algumas demandas que merecem ser consideradas e destacadas como ações primordiais durante o planejamento das ações do programa.

Ainda refletindo acerca do espaço escolar constituir um ambiente privilegiado para trabalhar as ações voltadas a saúde do adolescente, os discursos dos sujeitos e análise do contexto mostra uma frágil articulação entre os atores locais, favorecendo uma descontinuidade da assistência para esse grupo etário. Havendo assim, a necessidade de qualificar o debate conceitual do programa, fortalecer o vínculo entre saúde, educação e comunidade para uma promoção à saúde do escolar de modo eficaz.

Outro fator que pode fortalecer cada vez mais o PSE é o setor educação estar mais presente na condução e escolha das ações do programa, vinculando as mesmas aos conteúdos programáticos curriculares. O que foi percebido é que a equipe da saúde protagoniza o processo e apenas comunica à escola o que será realizado. Ou seja, a práxis do PSE necessita de uma superação quanto a esta setorialização das ações.

O presente estudo chama a atenção ainda para a ocorrência de ações mais horizontais e pactuadas entre os setores da saúde e da educação quanto às ações de promoção da cultura de paz no PSE, destacando-se a importância da intersetorialidade entre estes e a sociedade (justiça, assistência social, conselhos, entre outros) sendo uma estratégia importante na diminuição dos fatores relativos a eclosão de atitudes violentas no ambiente escolar.

O PSE na sua essência possui características transformadoras da realidade, quanto à saúde dos educandos seja a médio ou a longo prazo. Porém, é necessário investir em formação profissional aos executores das ações do programa sobre as temáticas trabalhadas, e, sobre o arcabouço legal que envolve o PSE. É imprescindível o investimento em estrutura e na reorganização dos serviços minimizando o excesso de demanda de trabalho aos profissionais que executam o programa, e com isso trazendo um contexto favorável à implantação do PSE.

Sendo assim, avaliar a implantação do PSE implica em contribuir para a superação das dificuldades encontradas nos discursos e reorientar as práticas das equipes e dos gestores quanto ao cenário escolar, promovendo estratégias e condições mais favoráveis a mobilização e empoderamento da comunidade escolar na resolução dos conflitos de modo não violento, favorecendo a construção do conhecimento e a formação cidadã.

## REFERÊNCIAS

ALTMAN, D.G.; CHAPMAN X.; HALL, X. **Practical Statistics for Medical Research**. London: Editora, 1991.

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, Mar. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452015000100169&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000100169&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 fev. 2020.

AYRES, J.R.C.M. Adolescência e saúde coletiva: Aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 139-182.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.67-81, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2212.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BAGGIO, M.A. *et al.* Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná: relato de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1540-1547, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-71672018001001540](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672018001001540). Acesso em: 20 fev. 2020.

BAGGIO, M.A.; BERRES, R.; GREGOLIN, B.P.S.; AIKES, S. Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná: relato de enfermeiros **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. supl. 4, pp. 1631-8, 2018. Acesso em: 20 fev. 2020.

BARBIANI, R.; NORA, C.R.D.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 24, p. e2721, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02721.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf) Acesso em: 20 fev. 2020.

BOSI, M.L.M.; PONTES, R.J.S.; VASCONCELOS, S.M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Revista Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 318-324, 2010. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRAGA, C.P.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 401-410, fev. 2019. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000200401&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200401&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 fev. 2020.

BRANDÃO NETO, W.; SILVA, A.R.S.; ALMEIDA FILHO, A.J.; LIMA, L.S.; AQUINO, J.M.; MONTEIRO, E.M.L.M. Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.18, n.2, p.195-201, 2014. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

BRASIL. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. **Projeto de Promoção da Saúde**. Brasília, 2001a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. Série B. **Textos Básicos de Saúde/Caderno de Atenção Básica**. n.24, 96 p. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010a. 132 p.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Secretaria de Direitos Humanos. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8.069/1990. 6. ed. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passos\\_a\\_passos\\_pse.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passos_a_passos_pse.pdf). Acesso em: 03 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. **Resolução 466/12 sobre pesquisa com seres humanos**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. **Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS**. Eixo 1, v. 1. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento\\_publico\\_saude\\_eixo\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf). Acesso em: 03 out. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília, 2015.

BRASIL. LEI Nº 13.509, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2017. Dispõe sobre adoção e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil).

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF). 21 set 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 03 out. 2016.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas. Elaboração de Marcia Teresinha Moreschi. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018, 494 p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas-2.pdf>. Acesso em: 03 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 17/2020-CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS**. 04 de maio de 2020. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17\\_Monitoramento\\_PSE\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf). Acesso em: 03 out. 2016.

BRASIL, E.G.M. et al. Adolescent health promotion and the School Health Program: complexity in the articulation of health and education. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03276, 2017. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 03 out. 2016.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016. Acesso em: 15 jun. 2020.

CAMPBELL, R.; GOODMAN-WILLIAMS, R.; FEENEY, H.; FEHLER-CABRAL, G. Assessing Triangulation Across Methodologies, Methods, and Stakeholder Groups: The Joys, Woes, and Politics of Interpreting Convergent and Divergent Data. **American Journal of Evaluation**, 2018. Acesso em: 15 jun. 2020.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000. Acesso em: 15 jun. 2020.

CARVALHO, F.F.B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01207.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2020.

CASEMIRO, J.P.; FONSECA, A.B.C.; SECCO, F.V.M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 19, n. 3, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n3/829-840#>. Acesso em: 25 mai. 2020.

CAVALCANTI, P.B.; LUCENA, C.M.F.; LUCENA, P.L.C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, v. 14, n. 2, p. 387-402, 2015. Acesso em: 16 jun. 2020.

CHAMPAGNE, F; BROUSSELE, A; HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, A-P e DENIS J-L. A análise da implantação. In: BROUSSELE et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Acesso em: 25 mai. 2020.

CHAVES, L.D.P.; TANAKA, O.Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, vol. 46 n. 5, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-623420](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-623420). Acesso em: 10 mar. 2020.

CHIARI, A.P.G. et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 5, pp. e00104217, 2018. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00104217.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2019.

COELHO, E.A.C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, mar. 2009. Acesso em: 11 out. 2016.

CONOVER, W.J. **Practical Nonparametric Statistics. Second Edition**. New York: John Wiley & Sons, 1980. Acesso em: 01 set. 2020.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEALT, R.A. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ Z.M.A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COUNCIL ON SCHOOL HEALTH. Role of the School Nurse in Providing School Health Services. **Pediatrics**, v.137, n. 6, p. e20160852, 2016. Acesso em: 12 mar. 2020.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296. ISBN 978-85-363-2300-81. Acesso em: 19 mar. 2020.

CUTOLO, L.R.A.; SCHAEFER, K.H.M. O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental. **Arquivos Catarinenses de Medicina** (Online), v. 39, p. 79-84, 2011. Acesso em: 12 jun. 2020.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DÍAZ-ROMÁN, A.; CARNEIRO-BARRERA, A. Compiladores. Autor: 5th International Congress of Educational Sciences and Development. Santander (Espanha), 25-27 de mayo de

2017. Avances en Ciencias de la Educación y del Desarrollo, 2017. ISBN: 978-84-09-02097-3 Disponível em:

[https://www.congresoeducacion.es/edu\\_web7/LIBRO%20EDUCACION%202017.pdf](https://www.congresoeducacion.es/edu_web7/LIBRO%20EDUCACION%202017.pdf).

Acesso em: 04 set. 2020.

DIZERBO, A. Experiências escolares e dispositivo de biografização: rumo à construção de competências biográficas. **Revista Brasileira de Educação**, [S.L.], v. 17, n. 51, p. 1-16, 2012.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v17n51/03.pdf>. Acesso em: 27 set. 2020.

DONABEDIAN, A. Formulating Criteria and Standards. In: DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

FERNANDES, J.C., CORDEIRO, B.C. O Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde no olhar dos Enfermeiros Gerentes. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 1, n. 12, p. 194-202, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23311/25979>. Acesso em: 17 jul. 2020.

FERNANDES, L.T.B. **Ações de Autocuidado apoiado à Crianças e Adolescentes com Doença Crônica e suas famílias na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, p.126. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/9388/2/arrquivototal.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

FERREIRA, E.Z. et al. Internet influence on the biopsychosocial health of adolescents: an integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 2, p. e20180766, 2020. Disponível em [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020000200306&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200306&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 mai. 2020.

FERREIRA, I.R.C. **Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da metodologia de avaliação rápida**. Curitiba: Editora Champagnat, 2014.

FERTONANI, H.P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 jul. 2020.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D.A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Paulo: Yendis; 2007.

FONTES, B.A., LIMA, R., LIMA, J.A. Promoção de saúde e participação social: o modelo de atenção básica do Sistema de Saúde Brasileiro. **Ciências Sociais Unisinos**. São Leopoldo, v. 46, n. 1, p. 65-79, 2010. Disponível em: [http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias\\_sociais/article/viewFile/172/42](http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/viewFile/172/42). Acesso em: 13 set. 2020.

- FORTES, C.C. **Interdisciplinaridade: origem, conceito e valor**. UFSM. 2004.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GASPAR, P.F. Adolescência: a caminhada entre a infância e a vida adulta. **Jornal da Educação e Cultura**, São Paulo, ano X, n. 119, 2004. Acesso em: 16 set. 2020.
- GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.
- GIORDANI, J.P.; SEFFNER, F.; DELL'AGLIO, D.D. Violência escolar: percepções de alunos e professores de uma escola pública. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 21, n. 1, p. 103-111, 2017. Acesso em: 26 jul. 2020.
- GUIMARAES, N.M.; OLIVEIRA, E.R.; BOHLAND, A.K. Internações Hospitalares de Adolescentes em Sergipe, de 2002 a 2012. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 38, e2018181, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822020000100408&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822020000100408&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 jul. 2020.
- HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, 1999. Acesso em: 04 jun. 2020.
- HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004. Suplemento. Acesso em: 16 mai. 2020.
- HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. da (Org.). **Avaliação em Saúde. Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- HARTZ, Z.; SANTOS, E. M.; MATIDA, A. H. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: Zulmira Hartz; Eronildo Felisberto; Ligia Maria Vieira-da-Silva. (Org.). **Meta-Avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- IBGE. Censo Demográfico 2010. Brasília. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/criancas\\_adolescentes/defaulttab.s](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/criancas_adolescentes/defaulttab.s). Acesso em: 15 jun. 2020.
- JUNQUEIRA, T.S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26 n. 5, p. 918-928, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/14.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

KAWATA, L.S.; MISHIMA, S.M.; CHIRELLI, M.Q.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto contexto - enferm.**, v. 18, n. 2, p. 313-320, 2009. Acesso em: 28 jun. 2020.

KESSLER, M. et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 2, p. e2017389, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/ress/2018.v27n2/e2017389/pt>. Acesso em: 23 abr. 2020.

LEÃO, L.M.S. **Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, 118p. 2005. Acesso em: 23 abr. 2020.

LIMA, I.M.; SILVA, M.A.M.; NAKA, A.A.R. A Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens na Estratégia Saúde da Família: tecendo reflexões. In: **VII Jornada Internacional de Políticas públicas**. UFMA. São Luís, 2015. p. 1-2. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo6/a-politica-de-atencao-integral-a-saude-dos-adolescentes-e-jovens-na-estrategia-saude-da-familia-tecendo-reflexoes.pdf>. Acesso em: 27 set. 2020.

LIMA, M.L.L.T. **Implantação da rede estadual de reabilitação física em Pernambuco: uma avaliação na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Recife, 2011. Acesso em: 25 mai. 2020.

LIMA, M.L.L.T.; LIMA, M.L.C. Avaliação da implantação de uma Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília, v. 22, n. 4, dez. 2013. Acesso em: 29 jan. 2020.

LIMA, K.W.S.; FERREIRA, J.L.; SILVA, Z.P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.1, p.61-71, 2015. Acesso em: 24 abr. 2020.

LLOYD, M. Domestic Violence and Education: Examining the Impact of Domestic Violence on Young Children, Children, and Young People and the Potential Role of Schools. **Front Psychol.** v. 9 p. 2094, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6243007/>. Acesso em: 26 set. 2020.

LOPES, I.E.; NOGUEIRA, J.A.D.; ROCHA, D.G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 773-789, 2018. Acesso em: 29 mai. 2020.

LUBANS, D.R.; SMITH, J.J.; PLOTNIKOFF, R.C.; DALLY, K.A.; OKELY, A.D.; SALMON, J. et al. Assessing the sustained impact of a school-based obesity prevention program for adolescent boys: the ATLAS cluster randomized controlled trial. **Int J Behav Nutr Phys Act.**, v. 13, p. 92, 2016. Acesso em: 30 jun. 2020.

MACEDO, D.M. et al. Revisão sistemática de estudos sobre registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 487-

496, fev. 2019. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000200487&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200487&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 out. 2020.

MACHADO, M.F.A.S.; GUBERT, F.A.; MEYER, A.P.G.F.V.; SAMPAIO, Y.P.C.C.; DIAS, M.S.A.; ALMEIDA, A.M.B. et al. The health school programme: a health promotion strategy in primary care in Brazil. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.**, v. 25, n. 3, p. 307-312, 2015. Acesso em: 19 out. 2020.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007. Acesso em: 10 abr. 2020.

MEDEIROS, E.R.; PINTO, E.S.G.; PAIVA, A.C.S.; NASCIMENTO, C.P.A.; REBOUÇAS, D.G.C.; SILVA, S.Y.B. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. **Rev. Cuid.**, v. 9, n. 2, p. 2127-2134, 2018. Acesso em: 10 fev. 2020.

MENDES, L.; BONILHA, M.C.; ICHIKAWA, E.Y.; SACHUK, M.I. Tecnologias Sociais, Biopolíticas e Biopoder: reflexões críticas. **Cadernos Ebape.Br**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 687-700, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cebape/v13n4/1679-3951-cebape-13-04-00687.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2020.

MERHY, E.E. **A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir**: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas. Campinas, SP: 1998.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Lugar Editorial; 2002.

METZ, F.; ANGST, M.; FISCHER, M. Policy integration: Do laws or actors integrate issues relevant to flood risk management in Switzerland?. **Global Environmental Change**, v. 61, 101945, 2020. Acesso em: 10 out. de 2020.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, E.M.L.M.; VIEIRA, N.F.C. **(Re) construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura**: experiência participativa com enfermeiros do PSF do Recife – PE. Recife: EDUPE, 2008.

MONTEIRO, E.M.L.M.; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. bras. Enferm.**, v.63, n. 3, p. 397- 403, jun, 2010. Acesso em: 22 abr. 2020.

NASCIMENTO, A.D.; HETKOWSKI, T.M. (Orgs). **Educação e contemporaneidade**: pesquisas científicas e tecnológicas. Salvador: EDUFBA, 2009.

NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES. **School nurses: An integral member of the school team addressing chronic absenteeism**. Position Statement. Silver Spring, MD,

2018. Disponível em: <https://www.nasn.org/advocacy/professional-practice-documents/position-statements/ps-absenteeism>. Acesso em: 20 abr. 2020.

NATIONAL FORUM ON EDUCATION STATISTICS. **Forum Guide to Collecting and Using Attendance Data (NFES 2017-007)**. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2018. Disponível em: <https://nces.ed.gov/pubs2017/NFES2017007.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

NEVES, R.G.; WENDT, A.; FLORES, T.R.; COSTA, C.S.; COSTA, F.S.; TOVO-RODRIGUES, L.; NUNES, B.P. Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 443-454, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00443.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2020.

OLIMPIO, E.; MARCOS, C.M. A escola e o adolescente hoje: considerações a partir da psicanálise. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 498-512, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n3/v21n3a06.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2020.

OLIVEIRA, E.D.L. Programa Saúde na Escola em Santa Maria/RS: avaliação e percepção dos profissionais da saúde atuantes em ESF. Artigo (Residência Multiprofissional Integrada do Sistema Público de Saúde) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, p. 30. 2018. Disponível em: [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/13271/TCCE\\_RMISPS\\_2018\\_OLIVEIRA\\_EM\\_IR.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/13271/TCCE_RMISPS_2018_OLIVEIRA_EM_IR.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 30 set. 2020.

OLIVEIRA, F.E.L. et al. A Gerência do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, [S.L.] v. 13, n. 4, p. 1-11, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4043/3171>. Acesso em: 05 abr. 2020.

OLIVEIRA, L.R.; PASSADOR, C.Z. Theoretical essay on public policy evaluations. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 324-337, 2019. Acesso em: 03 jul. 2020.

PATRÍCIO, A.P. **O Papel da Violência Interpessoal Compreendida como a Manifestação de uma Endemia Social**: uma análise geográfica sobre o fenômeno no Brasil e Rio Grande do Norte. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, p. 228. 2014. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/19695/1/AlexsandroPereiraPatricio\\_DISERT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/19695/1/AlexsandroPereiraPatricio_DISERT.pdf). Acesso em: 30 jun. 2020.

PATTON, M.Q. Beyond the goals clarification game. In: \_\_\_\_\_. **Utilization-focused evaluation**. 3th ed. California: SAGE, 1997.

PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004. Acesso em: 13 de out. de 2020. Acesso em: 30 jun. 2020.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**,

Rio de Janeiro, v. 21 n. 2, p. 629-646, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a15v21n2.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2020.

PENSO, M.A.; BRASIL, K.C.T.R.; ARRAIS, A.R.; LORDELLO, S.R. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saude Soc.**, v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013. Acesso em: 19 jun. 2020.

PRADO, N.M.B.L.; SANTOS, H.L.P.C.; OLIVEIRA, J.S. Gestão e governança em saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Rev. Gestão & Saúde**, v. 11, n. 2, p. 211-227, 2020. Acesso em: 10 mar. 2020.

PRODANOV, C.C. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Luiz Augusto Facchini; Elaine Tomasi; Alitéia Santiago Dilélio. ENSAIO • Saúde debate 42 (spe1) Set 2018. <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/208-223/#>. Acesso em: 05 de mar. de 2020

RAPOSO, C. A. Política de atenção integral à saúde de adolescente e jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 117-138, jul. 2009. Acesso em: 15 de set. de 2020

RIBEIRO, L.S. **Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013**. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Fio Cruz. Rio de Janeiro, p. 130, 2017. [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24843/2/lucas\\_ribeiro\\_icict\\_mest\\_2017.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24843/2/lucas_ribeiro_icict_mest_2017.pdf). Acesso em: 15 set. 2020

ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. **The relationship between school attendance and health**. 2016. Disponível em: [https://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue\\_briefs/2016/rwjf431726](https://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2016/rwjf431726). Acesso em: 07 jul. 2020

SAFDIE, M.; CARGO, M.; RICHARD, L.; LÉVESQUE, L. An ecological and theoretical deconstruction of a school-based obesity prevention program in Mexico. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v. 11, p. 103, 2014. Acesso em: 15 mar. 2020.

SALCI, M.A. et al. Educação em Saúde e suas Perspectivas Teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, pp. 224-30, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_27.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27.pdf). Acesso em: 12 ago. 2020.

SÁNCHEZ, R.T.; MOLINA, E.M.; GÓMEZ-ORTEGA, O.R. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. **Rev Cuid**, v. 7, n. 1, p. 1171-1184, 2016. Acesso em: 15 set. 2020.

SANTOS, C.P. Trabalho, Controle e Subordinação: O Taylorismo-Fordismo como modo de Organização da Autoridade do Capital no Século XX. **Csonline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, v. 19, n. 8, p. 106-120, jun. 2015. Acesso em: 13 jul. 2020.

SCHAEFER, R. et al. Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro: especificidades e aproximações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2849-2858, Sept. 2018. Acesso em: 09 out. 2020

SENNA, S.R.C.M.; DESSEN, M.A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 16, n. 2, p. 217-229, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862015000200008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000200008). Acesso em: 19 jun. 2020.

SIH/SUS. **Sistema de Informação Hospitalar**. Sistema Único de Saúde. Brasília, 2010.

SILVA, A.A. **Saúde do adolescente**: políticas e práticas nos municípios da 18ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará. Universidade Estadual do Ceará: Fortaleza, 2009.

SILVA, A.R.S.; MONTEIRO, E.M.L.M; LIMA, L.S.; CAVALCANTI, A.M.T.S.; BRANDÃO NETO, W.; AQUINO, J.M. Políticas públicas en la promoción a la salud del adolescente escolar: concepción de los gestores. **Enfermería Global**, v. 14, n. 37, 2015. Acesso em: 05 mar. 2020

SILVA, D.A.J.; TAVARES, M.F.L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate** [online]. 2016, v. 40, n. 111, pp. 193-205. Acesso em: 10 jul. 2020.

SILVA, F.R.; ASSIS, S.G. A prevenção à violência em programas interdisciplinares que atuam em escolas brasileiras e portuguesas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2899-2908. Acesso em: 19 jul. 2020.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; SEIXAS, C.T.; SILVA, M.E.O.; FREIRE, L.A.M. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 16 n. 2, p. 178-187, 2012. Acesso em: 30 set. 2020.

SILVA, K.L.; MATOS, J.A.V.; FRANCA, B.D. The construction of permanent education in the process of health work in the state of Minas Gerais, Brazil. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, e20170060, 2017. Acesso em: 19 jul. 2020

SILVA-SOBRINHO, R.A. et al. Health and educational professionals perception about the school health program. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 93-108, abr. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27217476/>. Acesso em: 22 ago. 2020.

SILVESTRE, C.; ALMEIDA, J.; CONCEIÇÃO, M.H.; ALBUQUERQUE, A.M. Análise de promoção das práticas corporais e atividade física propostas pelo Programa Saúde na Escola nas escolas de Samambaia/Distrito Federal. **Atas CIAIQ**, v. 2, pp. 1645- 52, 2016. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1103/1075>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SMITH, S.; BEVAN, A. Role of school nurses in identifying and supporting children and young people with mental health issues. **Nurs Child Young People**, v. 32, n. 2, p. 23-28, 2020. Acesso em: 30 jun. 2020.

SNELLING, A.; BELSON, S.I.; WATTS, E.; MALLOY, E.; VAN DYKE, H.; GEORGE, S. et al. Measuring the Implementation of a School Wellness Policy. **J Sch Health**, v. 87. P. 760-768, 2017. Acesso em: 19 mar. 2020

SOUSA, A.M.C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **UERNR - Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014. Acesso em: 19 mar. 2020

SOUSA, M.C.; ESPERIDIÃO, M.A.; MEDINA, M.G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017. Acesso em: 12 ago. 2020.

TAQUETTE, S.R.; MONTEIRO, D.L.M. Causes and consequences of adolescent dating violence: a systematic review. **Journal of injury & violence research**, v. 11, n. 2, p. 137-147, 2020. Acesso em: 27 jun. 2020

UNESCO. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1996. ISBN 92-3-103290-9. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000105029>. Acesso em: 15 jun. 2019.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciências saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007. Acesso em: 12 fev. 2020

VIEIRA, A.; AMARAL, A.G. A arte de ser Beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 2, p. 403-414, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a12.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2020

ZINAN, N. School Nurses' Perspectives on Bullying. In: Rosen, L. H, DeOrnellas, Scott, S. K. *Bullying in School: perspectives from school staff, students, and Parents*. cap. 6, 113-134, 2017. Acesso em: 27 jul. 2020

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

YIN, R.K. **Estudo de caso. Planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA**

1. Idade:
2. Sexo:  M  F
3. Profissão:
4. Estado Civil:
5. Escolaridade/Formação:
6. Quanto tempo tem de formado?
7. Você tem pós-graduação? Qual?
8. Qual cargo ocupa no município?
9. Qual seu local atual de trabalho?
10. Qual tempo de atuação no cargo?
11. Possui outros empregos?
12. Já realizou cursos na área da saúde/educação para adolescentes? Quais?

## **APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM OS COORDENADORES ESTADUAIS DO PSE**

### **QUESTÕES SOBRE O CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO**

1. Como ocorreu a implantação do PSE em Pernambuco?
2. Quais os principais problemas encontrados na implantação do PSE?
3. Quais fatores favoreceram a implantação?
4. Quais as estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios para o planejamento e a implementação das ações do PSE no âmbito municipal?
5. Como é realizado o planejamento das ações do PSE nos municípios entre o SUS e a rede de educação pública básica?
6. Como o senhor(a) avalia a articulação entre a rede de Saúde e de Educação para gestão do cuidado dos educandos identificados pelas ações do PSE de acordo com as necessidades de saúde?
7. Como são formuladas as propostas de educação permanente dos profissionais de Saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE no Estado de Pernambuco?
8. Como o senhor(a) avalia sistematicamente as ações do PSE realizadas pelos municípios?
9. Quais as experiências exitosas entre os municípios com o PSE?
10. Que sugestões o senhor(a) daria para os municípios que tem PSE, para o atendimento aos jovens e adolescentes quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência?

### **QUESTÕES SOBRE O CONTEXTO POLÍTICO/ADMINISTRATIVO**

1. Houve alguma ação pela coordenação (capacitações, reuniões, ações intersetoriais, etc) que contribuiu para melhorar o desenvolvimento do PSE?
2. Houve alguma ação pela coordenação (capacitações, reuniões, ações intersetoriais, etc) que contribuiu para melhorar o desenvolvimento do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência?
3. O senhor(a) já teve a oportunidade de ler o caderno n.24 do Ministério da Saúde e/ou o Caderno do Gestor do PSE?
4. Como o senhor(a) avalia a implantação do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência?
5. O que é utilizado pela coordenação para planejamento das ações do PSE?
6. Há alguma parceria da Saúde e da Educação com outras secretarias, nas ações do PSE voltadas à promoção da cultura de paz e prevenção de violência? Quais?
7. O senhor(a) considera às atividades do PSE acerca da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, como uma prioridade nas ações da Secretaria Estadual de Saúde?

### **ANÁLISE DO CONTEXTO ESTRUTURAL**

1. O senhor(a) acha que a rede de atenção à saúde ao adolescente do PSE contempla todo o município? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?

2. O senhor(a) acha que a rede de atenção à saúde ao adolescente do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência contempla todos os municípios? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
3. O senhor(a) procura investir na sua formação/atualização? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
4. Já foram realizadas ações do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
5. O assunto referente as atividades do PSE já foram discutidas no Conselho Estadual de Saúde? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
6. O assunto referente as atividades do PSE sobre a promoção da cultura de paz e prevenção de violência já foram discutidas no Conselho Estadual de Saúde? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?

## APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM OS COORDENADORES MUNICIPAIS DO PSE

### QUESTÕES SOBRE O CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO

1. Como ocorreu a implantação do PSE no município?
2. Quais os principais problemas encontrados na implantação do PSE?
3. Quais fatores favoreceram a implantação?
4. Quais as estratégias específicas de cooperação entre o Estado e o município para o planejamento e a implementação das ações do PSE no âmbito municipal?
5. Como é realizado o planejamento das ações do PSE no município entre o SUS e a rede de educação pública básica?
6. Como o senhor (a) avalia a articulação entre a rede de Saúde e de Educação para gestão do cuidado dos educandos identificados pelas ações do PSE de acordo com as necessidades de saúde?
7. Como são formuladas as propostas de educação permanente dos profissionais de Saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE no município?
8. Como o senhor (a) avalia sistematicamente as ações do PSE realizadas pelos gestores da saúde e da escola?
9. Quais as experiências exitosas com o PSE no município?
10. Que sugestões o senhor (a) daria para os gestores da saúde e da educação que participam do PSE, para o atendimento aos jovens e adolescentes quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência?

### QUESTÕES SOBRE O CONTEXTO POLÍTICO/ADMINISTRATIVO

1. Houve alguma ação pela coordenação (capacitações, reuniões, ações intersetoriais, etc) que contribuiu para melhorar o desenvolvimento do PSE?
2. Houve alguma ação pela coordenação (capacitações, reuniões, ações intersetoriais, etc) que contribuiu para melhorar o desenvolvimento do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência?
3. O senhor(a) já teve a oportunidade de ler o caderno n.24 do Ministério da Saúde e/ou o Caderno do Gestor do PSE?
4. Como o senhor(a) avalia a implantação do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência?
5. O que é utilizado pela coordenação para planejamento das ações do PSE?
6. Há a inclusão das ações do PSE no projeto político pedagógico da escola? Quais?
7. Há alguma parceria da Saúde e da Educação com outras secretarias, nas ações do PSE voltadas à promoção da cultura de paz e prevenção de violência? Quais?
8. O senhor(a) considera às atividades do PSE acerca da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, como uma prioridade nas ações da Secretaria Municipal de Saúde?

### ANÁLISE DO CONTEXTO ESTRUTURAL

1. O senhor(a) acha que a rede de atenção à saúde ao adolescente do PSE está totalmente contemplada no município? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
2. O senhor(a) acha que a rede de atenção à saúde ao adolescente do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência está totalmente contemplada no município? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
3. O senhor(a) procura investir na sua formação/atualização? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
4. Já foram realizadas ações do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
5. O assunto referente as atividades do PSE já foram discutidas no Conselho Municipal de Saúde? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
6. O assunto referente as atividades do PSE sobre a promoção da cultura de paz e prevenção de violência já foram discutidas no Conselho Municipal de Saúde?  
Sim ( ) / Não ( )  
Por que?

## **APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES E PROFISSIONAIS DA ESF E ESCOLA DO PSE**

### **QUESTÕES SOBRE O CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO**

1. Como ocorreu a implantação do PSE no seu território de atuação?
2. Quais os principais problemas encontrados na implantação do PSE no seu território de atuação?
3. Quais fatores favoreceram a implantação do PSE no seu território de atuação?
4. Quais as estratégias específicas de cooperação entre o município e o seu território de atuação para o planejamento e a implementação das ações do PSE?
5. Como é realizado o planejamento das ações do PSE no seu território de atuação entre o SUS e a rede de educação pública básica?
6. Como o senhor (a) avalia a articulação entre a rede de Saúde e de Educação para gestão do cuidado dos educandos identificados pelas ações do PSE de acordo com as necessidades de saúde?
7. Como são formuladas as propostas de educação permanente dos profissionais de Saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE no seu território de atuação?
8. Como o senhor (a) avalia sistematicamente as ações do PSE no seu território de atuação?
9. Quais as experiências exitosas com o PSE no seu território de atuação?
10. Que sugestões o senhor (a) daria para os coordenadores da saúde e da educação que participam do PSE, para o atendimento aos jovens e adolescentes quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência?

### **QUESTÕES SOBRE O CONTEXTO POLÍTICO/ADMINISTRATIVO**

1. Houve alguma ação pela coordenação (capacitações, reuniões, ações intersetoriais, etc) que contribuiu para melhorar o desenvolvimento do PSE no seu território de atuação?
2. Houve alguma ação pela coordenação (capacitações, reuniões, ações intersetoriais, etc) que contribuiu para melhorar o desenvolvimento do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência no seu território de atuação?
3. O senhor(a) já teve a oportunidade de ler o caderno n.24 do Ministério da Saúde e/ou o Caderno do Gestor do PSE?
4. Como o senhor(a) avalia a implantação do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência no seu território de atuação?
5. O que é utilizado pela coordenação para planejamento das ações do PSE no seu território de atuação?
6. Há a inclusão das ações do PSE no projeto político pedagógico da escola? Quais?
7. Há alguma parceria da Saúde e da Educação com outras secretarias, nas ações do PSE voltadas à promoção da cultura de paz e prevenção de violência no seu território de atuação? Quais?
8. O senhor(a) considera às atividades do PSE acerca da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, como uma prioridade nas ações da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde?

## ANÁLISE DO CONTEXTO ESTRUTURAL

1. O senhor(a) acha que a rede de atenção à saúde ao adolescente do PSE está totalmente contemplada no município? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
2. O senhor(a) acha que a rede de atenção à saúde ao adolescente do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência está totalmente contemplada no município? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
3. O senhor(a) procura investir na sua formação/atualização? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
4. Já foram realizadas ações do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência no seu território de atuação? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
5. O assunto referente às atividades do PSE já foram discutidas no Conselho Municipal de Saúde? Sim ( ) / Não ( )  
Por que?
6. O assunto referente às atividades do PSE sobre a promoção da cultura de paz e prevenção de violência já foram discutidas no Conselho Municipal de Saúde?  
Sim ( ) / Não ( )  
Por que?

## **APÊNDICE E - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM OS MEMBROS DOS CONSELHOS**

1. Como o(a) sr(a) avalia a organização do PSE no seu município?
2. Como o(a) sr(a) avalia a organização do PSE no seu município, quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência?
3. Quais os principais problemas o senhor pode descrever em relação ao PSE?
3. O que o senhor acha que favoreceu a implantação do PSE?
4. Como o senhor avalia a rede de Saúde e de Educação para gestão do cuidado dos educandos identificados pelas ações do PSE de acordo com as necessidades de saúde em seu município?
5. Como o(a) sr(a) avalia o acesso aos serviços de saúde pelos educandos identificados pelas ações do PSE quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência?
6. O(a) sr(a) já teve a oportunidade de ler o caderno n.24 do Ministério da Saúde e/ou o Caderno do Gestor do PSE??
7. O Estado encontrou alguma dificuldade ou precisou realizar alguma adaptação para implantação do PSE?
8. Como o Conselho monitora as ações desenvolvidas pelo PSE?
9. O Conselho participa ou propõe a realização de pesquisas nessa área?
10. Diante do que é estabelecido no PSE, o Conselho já efetuou alguma denúncia relacionada a irregularidades na assistência ao público escolar?
11. O Conselho propõe campanhas educativas e de divulgação de atividades referentes à promoção da cultura de paz e prevenção de violência?
12. As conferências têm sido convocadas de forma regular?
13. O senhor tem sugestões para melhoria na rede de atenção ao adolescente escolar quanto à promoção da cultura de paz e prevenção de violência?

**APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DA ESTRUTURA E  
PROCESSOS DESENVOLVIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E  
NAS ESCOLAS ENVOLVIDAS NAS AÇÕES DO PSE**

**Pesquisa:** Programa Saúde na Escola: uma análise da implantação na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção da violência

**CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS AÇÕES DO PSE NA PERSPECTIVA DA  
PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Para o preenchimento do questionário marcar as respostas com um “X”:

Número de Identificação: \_\_\_\_\_

● **BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>1) A unidade é:</b>		
1.1 – Escola		
1.2 – Estratégia de Saúde da Família		
<b>2) A unidade realiza:</b>		
2.1 – Atendimento ao escolar do PSE		
2.2 – Avaliação sistemática dos adolescentes escolares quanto às condições de saúde		
2.3 – É desenvolvido na escola ações abordando as seguintes temáticas:		
2.3.1 – diversidade sexual		
2.3.2 – bullying		
2.3.3 – homofobia		
2.3.4 – discriminação e do preconceito da família e da comunidade		
2.4 – Atendimento de adolescentes e jovens vítima de violência		
2.5 – Orientação à família do adolescente quanto às condições de saúde		
2.6 – Realiza diagnóstico situacional nos eventos de violência (bullying, homofobia, discriminação, preconceito, doméstica, sexual e/ou outros)		
2.7 – Projetos de convivência e mediação de conflitos com todos os atores da comunidade		



Inclusão das temáticas de diversidade sexual, bullying, homofobia, discriminação e preconceito nos projetos político-pedagógicos (PPPs)																				
Atividades realizadas no cotidiano da escola abordando as temáticas da diversidade sexual, do bullying, da homofobia, da discriminação e do preconceito da família e da comunidade																				

● **BLOCO 3 – ORGANIZAÇÃO**

	SIM	NÃO
<b>6) Unidades de saúde e escolas:</b>		
6.1 – sua unidade está articulada com a rede de atenção necessária ao atendimento do adolescente escolar vítima de violência		
6.2 – sua unidade registra as ações do PSE desenvolvidas com os adolescentes		
6.3 – sua unidade consta de pessoal capacitado para registrar as ações do PSE desenvolvidas com os adolescentes		
6.4 – sua unidade analisa sistematicamente os registros das ações desenvolvidas pelo PSE		
6.5 – sua unidade conta com pessoal capacitado para realizar ações de promoção da cultura de paz e prevenção de violência		
<b>7) A Estratégia de Saúde da Família oferece:</b>		
7.1 – Atendimento ao adolescente escolar do PSE		
7.2 – Suporte às ações de promoção da cultura de paz e prevenção de violência		
7.3 – Acompanhamento do jovem e do adolescente vítima de violência na escola		
7.4 – Informações sobre o PSE		
<b>8) A Escola:</b>		
8.1 – Inclui no Projeto Político Pedagógico as ações do PSE		
8.2 – Realiza reuniões de pais e mestres com a ESF para discussões referentes ao PSE		
<b>9) Marque um X no turno de funcionamento do serviço que você trabalha:</b>		
Manhã		
Tarde		
Noite		

## APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: Programa Saúde na Escola: uma análise da implantação na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção da violência

Pesquisadores: MsC. Andréa Rosane Sousa Silva  
 Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro  
 Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

### ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa com a finalidade de avaliar a implantação do Programa Saúde na Escola na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção da violência.

Informamos que sua participação ocorrerá de forma direta por meio de entrevista com uso de gravador para melhor apreensão das falas, após a transcrição as gravações serão destruídas impossibilitando sua reutilização.

Será utilizado como instrumento, um formulário de entrevista semi-estruturado, contendo questões sobre dados de caracterização e questionamentos relacionados as políticas públicas na promoção à saúde do adolescente escolar.

Garantimos que durante a sua participação, haverá riscos mínimos e não acarretará custos. Para que não ocorram constrangimentos em responder aos questionamentos, será respeitado a realização da entrevista em local reservado, como também a apresentação prévia do instrumento de coleta para uma maior aproximação do sujeito do tema a ser abordado. A entrevista deverá ser agendada previamente e terá a duração máxima de uma (1) hora.

Você terá o direito a ficar com uma cópia do TCLE assinada pelas pesquisadoras, constando os dados necessários para nos contatar.

Asseguramos ainda que os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins de pesquisa e que o anonimato do informante será preservado. Esclarecemos que você terá liberdade para desistir, retirando seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012, que discorre sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Caso tenha alguma dúvida, contatar a pesquisadora (Andréa Rosane (81)8817.4210) ou, em caso de desrespeito aos seus direitos, o Comitê de Ética e Pesquisa da UFPE que está no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).

\_\_\_\_\_  
 Pesquisador responsável

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

EU, \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa, por livre e espontânea vontade, permitindo que as informações que prestarei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma.

Declaro ter compreendido as informações oferecidas pelos pesquisadores, estando ciente dos objetivos e benefícios desta pesquisa. Concordo com a publicação dos dados relacionados com o estudo e aceito que sejam os mesmos inspecionados por pessoas autorizados pelo pesquisador.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

## ANEXOS

## ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

  
PREFEITURA DO  
RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Andrea Rosane Sousa Silva**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Curso de Doutorado da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa no Programa Saúde na Escola, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Análise da implantação do programa saúde na escola na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção da violência"**, sendo orientada por Estela Maria Leite Meirelles Monteiro.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 03 de agosto de 2016.

Atenciosamente,

  
**Juliana Ribeiro**  
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

**Juliana Ribeiro**  
Divisão de Educação na Saúde  
DES/SEGES/SESAU/PCR  
Matrícula nº 99.986

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro – CEP 52.021-030 – Recife – Pernambuco  
fone: (81) 3355-1707 – CNPJ: 10.565.000/0001-92

## ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO  
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO PEDAGÓGICA  
GERÊNCIA GERAL DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO PEDAGÓGICO

Recife, 31 de agosto de 2016.

### CARTA DE ANUÊNCIA

Informamos que Andrea Rosane Sousa Silva, estudante do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, está autorizada, por esta Gerência, a realizar, nas Escolas Municipais do Recife que possuem o Programa Saúde na Escola (PSE), pesquisa, com o objetivo de realizar um estudo de caso, para subsidiar seu projeto de doutorado intitulado: "Análise da implantação do Programa Saúde na Escola na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção da violência", sob a orientação da Professora Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro.

Salientamos que caso haja ações de filmagens e/ou fotografias, a pesquisadora deverá solicitar autorização individual por escrito dos indivíduos/responsáveis envolvidos no referido estudo.

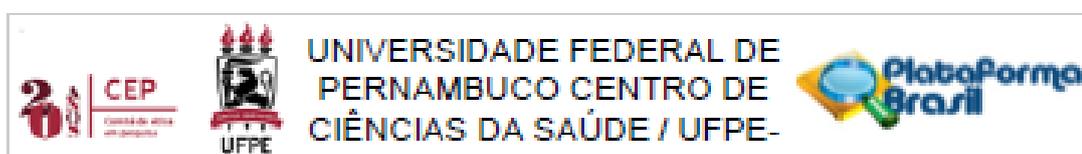
Atenciosamente,

  
Renata Jatoba

Gerente Geral de Planejamento e Monitoramento Pedagógico  
Mat. 62.763-6

Centro Administrativo Pedagógico - CAP  
Rua Frei Mathias Tevis, s/n - Ilha do Leite - PE. Fone: 3355.5947/5948

## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ E PREVENÇÃO DA

**Pesquisador:** ANDREA ROSANE SOUSA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 70798617.2.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.250.303

## Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de doutorado em Enfermagem de Andrea Rosane Sousa Silva sob a orientação da Profª. Dra. Estela Maria Leite Melrelles Monteiro e co-orientação da Profª. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti.

## Objetivo da Pesquisa:

- Caracterizar as Unidades de Saúde e as Escolas que fazem parte do Programa Saúde na Escola no município de Recife/PE;
- Estimar o grau de implantação do Programa Saúde na Escola em Recife/PE, na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, quanto à organização e estrutura;
- Analisar os determinantes contextuais que influenciaram a implantação do PSE, na perspectiva da promoção da cultura de paz e prevenção de violência, no município de Recife/PE.

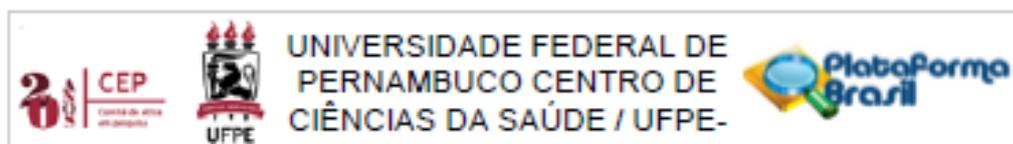
## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram bem descritos e estão bem avaliados.

## Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepocs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.250.303

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos encontram-se adequados.

**Recomendações:**

Nenhuma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as Instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

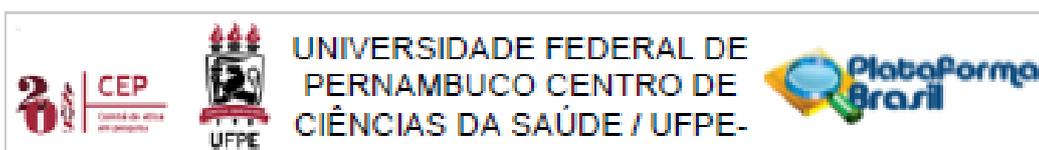
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do(a) pesquisador(a) assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.250.303

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_951473.pdf	29/08/2017 15:02:49		Aceito
Outros	CARTACMS.pdf	29/08/2017 15:01:59	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Outros	CARTACOMDICA.pdf	29/08/2017 15:01:04	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Outros	RESPOSTASPENDENCIAS.pdf	29/08/2017 15:00:28	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	05/07/2017 09:36:23	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Outros	HISTORICO.pdf	05/07/2017 15:36:59	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Outros	MODELOGICO.pdf	01/07/2017 20:53:52	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS.pdf	01/07/2017 20:52:04	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/06/2017 00:05:33	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	28/06/2017 00:05:03	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Outros	TERMO.pdf	28/06/2017 00:04:03	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Outros	CARTADOIS.pdf	28/06/2017 00:03:30	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Outros	CARTAUM.pdf	28/06/2017 00:03:05	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Outros	CURRICULOORI.pdf	28/06/2017 00:02:28	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Outros	CURRICULO.pdf	28/06/2017 00:02:04	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/06/2017 00:00:17	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	27/06/2017 23:58:16	ANDREA ROSANE SOUSA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (51)2128-8588 E-mail: cepecc@ufpe.br