

# Universidade Federal do Rio de Janeiro Centro de Ciências da Saúde Escola de Enfermagem Anna Nery Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa

# RAQUEL MALTA FONTENELE

# AVALIAÇÃO COLABORATIVA DAS AÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA CARIOCA

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Inês Sousa

# AVALIAÇÃO COLABORATIVA DAS AÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA CARIOCA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federeal do Rio de Janeiro - Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva (NUPENSC), como requisito para o título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em 31 de julho de 2017, por: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Inês Sousa (Presidente) Doutora em Ciências Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro Prof. Dr. Carlos dos Santos Silva (1° examinador) Doutor em Saúde Pública Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Egleubia Andrade de Oliveira (2º Examinador) Doutora em Saúde Pública Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Michel Jean Marie Thiollent (3<sup>a</sup> Examinadora) Doutor em Sociologia Universidade do Grande Rio Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena do Nascimento Souza (4<sup>a</sup> Examinadora) Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro Prof. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane de Fátima Almeida Lima

\_\_\_\_

Doutora em Enfermagem Universidade Federal do Espírito Santo (Suplente)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alexandra Schmitt Rasche (Suplente)
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro

#### **RESUMO**

FONTENELE, Raquel Malta. **Avaliação colaborativa das ações de saúde do Programa Saúde na Escola Carioca**. Rio de Janeiro, 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017.

Objetivo: Avaliar, de forma colaborativa com os gestores e executores, as ações de saúde do Programa Saúde na Escola Carioca, realizadas pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família localizadas em duas áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro. Método: Pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa, que utiliza o método pesquisa-ação, com produção de dados, coletados no período de outubro de 2015 a janeiro de 2017, totalizando 36 encontros, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA – sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 46890515.8.0000.5238. Foram utilizados roteiros de coleta de dados, diário de campo e dados secundários oriundos da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e assinado por todos os 15 participantes, que foram sete gestores e oito profissionais executores das ações do programa de duas áreas de planejamento distintas. A avaliação teve seu foco na dimensão monitoramento e avaliação das ações de saúde. Resultados: O processo de imersão proposto pelo método permitiu que, após a construção do Modelo Lógico do programa, fosse possível identificar, em colaboração com os Stakeholders, o melhor delineamento de perguntas avaliativas. Foi possível construir a matriz de avaliação, análise de contexto, análise estratégica e análise de produção das ações do programa. Conclusão: Inferese que as intervenções propostas, planejadas e executadas de forma colaborativa foram positivas para favorecer uma reflexão dos que desenvolvem e executam o programa na prática quanto à necessidade de monitoramento e avaliação das ações, para que se tenha em vista os objetivos, as atividades, os resultados e o impacto do programa. A análise da produção foi inovadora e necessária para a avaliação quantitativa e qualitativa de dados gerados de forma secundária e sua utilidade para gestão e ação. Assim, foi possível identificar e analisar criticamente que, a partir da institucionalização do monitoramento e da avaliação, as intervenções favoreceram o entendimento dos objetivos do programa e contribuíram na discussão sobre a produção, os resultados e impactos esperados na execução, enaltecendo o Programa Saúde na Escola e a Atenção Básica.

**Descritores:** Enfermagem em Saúde Pública; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Saúde Escolar; Pesquisa-Ação (Palavra-chave).

#### **ABSTRACT**

FONTENELE, Raquel Malta. Colaborative evaluation of the health actions of the School of Rio de Janeiro Health Program. Rio de Janeiro, 2017. Thesis (Doctorate in Nursing) - Anna Nery Nursing School, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Objective: To collaboratively evaluate with the managers and executors, the health action of the School of Rio de Janeiro Health Program, done by the Family Health Strategy Teams, localized in two planning areas of the municipality of Rio de Janeiro. Method: This is an evaluative research with qualitative approach that uses the research-action method with the production of data, colected in the period from October 2015 to January 2017, in a total of 36 meetings, after the approval of the Research Ethics Committee EEAN/HESFA - under the Certificate of Presentation for Ethical Assessment (CAAE): 46890515.8.0000.5238. Data collection scripts, field diary and secondary data from the Municial Secretary of Rio de Janeiro were used. The Informed Consent Form was presented to and signed by all 15 participants, who were seven managers and eight professinals who execute the actions of the program, from two different planning areas. The evaluation focused in the health actions monitoring and evaluation dimension. Results: The imersion process proposed by the method allowed for the possibility of identifying, after the construction of the logic model of the program, and in colaboration with the stakeholders, the best outline for the evaluation questions in a collaborative way. It was possible to build an evaluation matrix, an analysis of context, of strategy and of the production of the program's actions. Conclusion: It is inferred that the collaboratively planned and executed interventions were positive to enable the consideration from those who develop and execute the program in practice about the necessity of the monitoring and evaluation of the actions, in order to have the objectives, activities, results and their impact in sight. The production analysis was necessary for the quantitative and qualitative evaluation of the data generated in a secondary way, and that of their utility for management and action. Hence, it was possible to identify that, starting with the institutionalization and monitoring of the evaluation, the interventions favored the understanding of the objectives of the program and contributed to the discussion about their results and impacts, validating the execution of the Program Health in School and Public Health.

**Keywords:** Public Health Nursing; Health Programs and Projects Evaluation; School Health; Research-Action.

#### **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, à Nossa Senhora da Conceição, pelas graças e bênçãos, por não me deixar fraquejar. À minha família amada, meus pais, meus irmãos e minhas amigas queridas, que moram em minha cidade natal, Teresina, Piauí, por entenderem meus momentos de ausência. Mesmo com a distância entre as nossas cidades, sempre senti as boas vibrações de todos.

A minha eterna gratidão aos meus pais, que me possibilitaram buscar meus sonhos, deixando claro que eu poderia voltar a qualquer hora. Obrigada pela educação, pela base, pelos "não" e pelos "sim" dados com vigor e serenidade, pela força e por me ensinar que eu sou capaz de coisas que nem eu imaginava.

Ao meu marido, por ter me dado o apoio e a força de me dedicar a esta tese com tanto amor. Pelos cafés, por proporcionar meus momentos de lazer tão descontraídos e por me dar o ombro, o abraço e o incentivo de todos os dias, obrigada! Você deixou tudo mais fácil.

À minha querida orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Inês Sousa, serei eternamente grata pelos seus ensinamentos. Uma referência, uma orientadora responsável, confiante e compreensiva. Obrigada pelos ensinamentos, pelas tardes de orientação, pela confiança de sempre, pelos inúmeros conselhos e pela sua presença tão iluminada em nossas vidas.

À família carioca, meus tios Aldi Fontenele e Madalena Fontenele, aos primos Mariana Fontenele e Pedro Ariano Fontenele, pela moradia tão bem receptiva, pela companhia maravilhosa e pelo apoio em momentos decisivos. À família gaúcha, em nome de Mari Cansi e Renato Figueiró, obrigada pela força de todos os dias, pela acolhida e pela confiança. As delícias da vida são os presentes que a gente ganha ao longo de nossa caminhada, estar perto de vocês, sem dúvidas, é um enorme presente.

A todos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ, em especial aos docentes, que por dois anos se dedicaram a nos ensinar, e às funcionárias Sônia Maria Xavier e Cíntia, pela paciência e disposição de sempre.

A todos da Equipe do PSE Carioca, pelos ensinamentos e pela oportunidade de conhecer o trabalho de uma equipe que se empenha ao máximo para transformar realidades e oferecer o melhor da saúde pública para crianças e adolescentes. Um agradecimento especial a todos da Coordenação do Programa de Saúde na Escola do Município do Rio de Janeiro, com vocês vivenciei o que de fato é uma gestão colaborativa e participativa.

A todos os professores no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva (NUPENSC), em especial à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Nascimento Souza, por ter confiado desde

o início. Aos colegas dos cursos de mestrado e doutorado, pelo compartilhamento de experiências e aprendizado conjunto.

Aos membros efetivos e suplentes da Banca Examinadora desta tese, pelo apoio e incentivo: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Inês Sousa, Prof. Dr. Michel Jean Marie Thiollent (a quem agradeço imensamente pelo compartilhamento de saberes de forma tão simples e com tanta sabedoria), Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena do Nascimento Souza, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Egleubia Andrade de Oliveira, Prof. Dr. Carlos dos Santos Silva, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alexandra Schmitt Rasche (minha grande parceira de artigos, ideias e conselhos) e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane de Fátima Almeida Lima.

A maior riqueza do homem é sua incompletude. Nesse ponto sou abastado. Palavras que me aceitam como sou- eu não aceito. Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas, que puxa válvulas, que olha o relógio, que compra pão às 6 da tarde, que vai lá fora, que aponta lápis, que vê a uva etc. etc. Perdoai. Mas eu preciso ser Outros. Eu penso renovar o homem usando borboletas.

Retrato do artista quando coisa – Manoel de Barros

# **SUMÁRIO**

1	INTRODUÇÃO
1.1	APROXIMAÇÃO COM O TEMA
1.2	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA
1.3	ESTADO DA ARTE
1.4	OBJETIVOS, TESE E QUESTÕES NORTEADORAS
1.4.1	Objetivo geral
1.4.2	Objetivos específicos
1.4.3	Tese a ser defendida
1.4.4	Contribuições da tese e impactos futuros do estudo relativos à Prática de Enfermagem
1.5	CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO
1.6	CONTRIBUIÇÕES PARA A SAUDE COLETIVA
1.7	PERGUNTAS AVALIATIVAS
2	REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL
2.1	HISTÓRICO DA SAÚDE DO ESCOLAR
2.2	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: CONTEXTOS NACIONAL E LOCAL
2.3	AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE
3	MÉTODO
3.1	TIPO DE ESTUDO
3.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO
3.3	CENÁRIO
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO
3.5	IDENTIFICAÇÃO DOS STAKEHOLDERS E PARTICIPANTES DO ESTUDO
3.6	PRODUÇÃO DE DADOS
3.6.1	Fase exploratória e colocação dos problemas
3.6.2	O lugar da teoria
3.6.3	Perguntas avaliativas
3.6.4	Seminário
3.6.5	Representatividade qualitativa
3.6.6	Aprendizagem
3.6.7	Saber formal e informal
3.6.8	Plano de Ação

4.10.2	Avaliação da intervenção pelo Território B	118
4.10.1	Avaliação da intervenção pelo Território A	116
T. 1 U	PLANO DE AÇÃO	116
4.10	AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO E DA APLICABILIDADE DO	114
4.9.4	Executando a ação – Território B	112
4.9.3	Território B	110
4.9.2	Território A	109
<b>4.9.1</b>	Planejando as ações para enfrentamento da realidade	109
4.9	INTERVENÇÃO E EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	108
4.8.5	Síntese dos aspectos destacados pelo grupo – Território B	104
4.8.4	Síntese dos problemas identificados – Território B	104
4.8.3	Análise da Produção do Território B	101
4.8.2	Síntese dos aspectos destacados pelo grupo – Território A	101
4.8 4.8.1	Síntese dos problemas identificados – Território A	93 97
4.8	OBSERVAÇÃO ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO TERRITÓRIO A	82 95
4.7	ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO PSE CARIOCA E DOS GRUPOS DE	
4.6.1	Avaliação do Seminário Central pelos Stakeholders	81
4.6	SEMINÁRIO CENTRAL – PRIMEIRA DEVOLUTIVA	78
4.5.3	Aspectos Externos – Políticas de Diversos Setores	77
4.5.2	Aspectos geográficos	76
4.5.1	Aspectos políticos – organizacionais	74
4.5	ANÁLISE DO CONTEXTO	74
4.4	ANÁLISE ESTRATÉGICA	72
4.3	DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO E MATRIZ DE INFORMAÇÃO	71
4.2.1	Análise da reunião para a construção do Modelo Lógico	66
4.2	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO OPERACIONAL DO PSE CARIOCA	65
4.1	ETAPAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PSE CARIOCA	65
4	RESULTADOS	65
3.9.3	Confiabilidade	64
3.9.2	Aplicabilidade	64
3.9.1	Credibilidade	64
3.9	CRITÉRIOS DE RIGOR DO ESTUDO	64
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	62
3.7	ANÁLISE DE DADOS	61

4.10.3	Avaliação do plano de ação e da presença do pesquisador no território	120
4.11	SEGUNDA DEVOLUTIVA (STAKEHOLDERS)	122
4.12	TERCEIRA DEVOLUTIVA (STAKEHOLDERS)	123
5	DISCUSSÃO E JULGAMENTO	125
5.1	PARTICIPAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO	127
5.2	RELAÇÃO UNIDADES ESCOLARES E SAÚDE - INTEGRAÇÃO/ARTICULAÇÃO	129
5.2.1	Necessidade de fortalecer a integração/articulação - um desafio	132
5.3	POTENCIALIDADES DA ÁREA	133
5.4	TERRITORIALIZAÇÃO – DESAFIO	135
5.5	AÇÕES DE SAÚDE - A PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO	137
5.6	AFINAL, O QUE O PSE QUER IMPACTAR?	139
5.7	AVALIAÇÃO DA PESQUISA: PERCEPÇÃO DOS STAKEHOLDERS	141
5.8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	146
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	148
6.1	RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO DA EQUIPE DA ESF	151
6.2	RECOMENDAÇÕES PARA OS GESTORES E EXECUTORES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	152
6.3	RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISADORES E INTERESSADOS NA LINHA DE PESQUISA EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA	153
	REFERÊNCIAS	155
	APÊNDICES	164
	ANEXOS	177

# LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Total de produções registradas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), descritores 'serviços de enfermagem escolar', 'avaliação em saúde' e 'avaliação' como palavras do título e palavra, busca realizada em abril e maio de 2015	24
Quadro 2	Total de produções registradas nas bases de dados utilizando os descritores 'avaliação de programas e projetos de saúde' AND 'saúde escolar', busca relizada em dezembro de 2015, sem recorte temporal de ano de publicação	26
Quadro 3	Apresentação cronológica das iniciativas Nacionais de Saúde Escolar, 2014	35
Quadro 4	Distribuição da Área de atuação dos Núcleos de Saúde na Escola e Creche	51
Quadro 5	Matriz de Usuários Potenciais da Avaliação, PSE Carioca, município do Rio de Janeiro, Outubro de 2015	53
Quadro 6	Modelo operacional da avaliação das ações de saúde do PSE Carioca, município do Rio de Janeiro, 2016	61
Quadro 7	Matriz de Informação e Julgamento, Outubro de 2015	71
Quadro 8	Sínteses dos aspectos identificados e destacados pelo grupo após a realização do seminário central, Gestores setor Saúde PSE Carioca, Outubro de 2015	82
Quadro 9	Comparativo do consolidado de dados oriundos do Monitoramento das ações do PSE Carioca no município, fevereiro a novembro, anos de 2015 e 2016	85
Quadro 10	Distribuição das ações de saúde no território A, segundo a Ficha de Registro das Ações PSE Carioca, fevereiro a novembro de 2015	96
Quadro 11	Descrição dos códigos do quadro de Distribuição das ações de saúde nos territórios, segundo a Proposta do Registro das Ações PSE Carioca, Rio de Janeiro, RJ, fevereiro a novembro de 2015	97
Quadro 12	Matriz autoexplicativade Análise e Sintese dos problemas identificados. Território A município do Rio de Janeiro, RJ, outubro e novembro de 2015.	99
Quadro 13	Distribuição das ações de saúde no território B, segundo a Proposta do Registro das Ações PSE Carioca, Rio de Janeiro, RJ, fevereiro a novembro de 2015	103
Quadro 14	Descrição dos códigos do quadro de Distribuição das ações de saúde nos territórios, segundo a Proposta do Registro das Ações PSE Carioca, Rio de Janeiro, RJ, 2015	104
Quadro 15	Matriz autoexplicativa de Análise e Síntese dos problemas identificados. Território B, município do Rio de Janeiro, RJ, 2015	105
Quadro 16	Descrição do quantitativo de enfermeiros presentes na reunião de intervenção, I Encontro Regional PSE Carioca – Território B. Rio de Janeiro, RJ, fevereiro de 2015	116
Quadro 17	Descrição do quantitativo de encontros para produção de dados referente à pesquisa de avaliação. Rio de Janeiro, RJ, outubro de 2015 a janeiro de 2017	145

# LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do quantitativo de alunos matriculados na Rede Pública Municipal, segundo os segmentos. Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro, 2014	77
Tabela 2	Setores de origem dos profissionais que desenvolvem as ações no PSE Carioca, Rio de Janeiro, RJ, fevereiro a novembro de 2015 (n = 35.135)	88
Tabela 3	Unidades e Equipes envolvidas no PSE Carioca, Rio de Janeiro, RJ, fevereiro a novembro de 2015 e 2016	89
Tabela 4	Descrição da cobertura das escolas que receberam ações desenvolvidas pelo profissional de saúde, PSE Carioca, Município do Rio de Janeiro, RJ, 2015 e 2016	94

# LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Descrição do total de ações de saúde (Componente 1) do PSE Carioca por CRE. Rede Municipal - Dados Registro das Ações PSE Carioca, Rio de Janeiro, 2015	86
Gráfico 2	Total de ações do PSE Carioca por mês no ano de 2015, Rio de Janeiro, RJ	88
Gráfico 3	Comparativo do total de ações do PSE Carioca por mês nos anos de 2015 e 2016, Rio de Janeiro, RJ	90
Gráfico 4	Comparativo das ações do PSE Carioca, realizada nos meses de fevereiro a junho, nos anos de 2015 e 2016, Rio de Janeiro, RJ	92
Gráfico 5	Total de ações de saúde (Componente 1) realizadas, do PSE Carioca no último trimestre letivo dos anos de 2015 e 2016, territórios A e B do município do Rio de Janeiro, RJ	93

# LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Componentes de intervenção em saúde segundo Lambert Farand (2011) 4	
Figura 2	Distribuição das Áreas de Planejamento (APs) e Regiões Administrativas (RAs) do município do Rio de Janeiro, consultada em Maio de 2015	50
Figura 3	Diagrama do cronograma das etapas da pesquisa e produção de dados, municipio do Rio de Janeiro, outubro de 2015	56
Figura 4	Modelo Lógico do Programa Saúde na Escola Carioca – PSE Carioca, Outubro de 2015	69
Figura 5	Roda da Análise Estratégica, outubro de 2015	73
Figura 6	Convite para o I Encontro Regional PSE Carioca, elaborado de formacolaborativa. Território B, fevereiro de 2016	113

#### LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB Atenção Básica

AMQ Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

AP Áreas de Planejamento

APS Atenção Primária à Saúde

CAP Coordenadorias de Áreas de Planejamento

CDS Coordenadoria de Desenvolvimento Social

CRE Coordenação Regional de Educação

CRE Coordenadorias Regionais de Educação

EJA Programa de Educação de Jovens e Adultos

EPS Escolas Promotoras de Saúde

EqSF Equipes da Estratégia de Saúde da Família

ESF Estratégia Saúde da Família

e-SUS AB portal e-SUS Atenção Básica

GTI Grupo de Trabalho Intersetorial

GTI-M Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ML Modelo Lógico

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NSEC Núcleo de Saúde na Escola e na Creche

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PENSE Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PMAQ/AB Programa Nacional de Melhorias do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PMSE Programa Municipal de Saúde na Escola

PMSEC Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche

PNAB Política Nacional da Atenção Básica

PNASS Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

PROEME Programas Especiais de Medicina Escolar

PSE Programa Saúde na Escola

SMCV Secretaria Municipal da Casa Civil

SMDS Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SME Secretaria Municipal de Educação

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SMSDC Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# 1 INTRODUÇÃO

Estudos avaliativos têm objetivos como a produção de conhecimento; o propósito de apoiar a tomada de decisão de profissionais com enfoque em identificar os impactos obtidos pelas ações avaliadas; estabelecerem relação de causalidade; bem como procurar responder à demanda da prática assistencial, principalmente na grande área da ciência da saúde. Na área da saúde pública, as pesquisas de avaliação ganham destaque tanto na área da gestão quanto na avaliação de programas e políticas, no levantamento de indicadores de qualidade em saúde e na busca de melhoria da qualidade da assistência prestada à comunidade.

A avaliação se aplica de acordo com a sua complexidade, pautada na identificação, minimização e resolução dos problemas. Quando, na prática, observamos as lacunas de informação e a dificuldade de acesso aos dados de indicadores de saúde, as pesquisas avaliativas possibilitam o processo de identificar, quantificar e qualificar as ações na inquietação de melhorar o planejamento e o desenrolar das ações de saúde ofertadas. Tal processo avaliativo vem ganhando ênfase no meio acadêmico, trazendo cientificidade ao processo de avaliação, gerando conhecimento e, assim, subsidia a tomada de decisão do gestor e auxilia nas ações de planejamento de atividades do profissional que atua na prática.

Corroborando com a discussão, evidencia-se que a constante avaliação dos serviços de saúde na rede básica é um dos fundamentos que compõe a Atenção Primária à Saúde (APS) e os resultados encontrados em estudos de avaliação da APS, em todas as esferas de atendimento da rede básica, contribuem significativamente para a busca da superação das dificuldades (OLIVEIRA; VERISSIMO, 2015).

A "reorientação dos serviços de saúde" desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal do ano de 1988, possibilitou um aumento do acesso da população aos serviços de saúde e o desenvolvimento de novos modelos de gestão com o auxílio das instituições de ensino, em colaboração com os profissionais que estão nos serviços assistenciais, ou ditos "de ponta", ou seja, na prática, na assistência ao usuário. Na década de 2000, é evidente o processo de expansão e implementação do modelo de saúde proposto no país. Entretanto, com o objetivo de aumentar a cobertura da Atenção Básica (AB), viu-se a necessidade da criação de programas para atender os grupos populacionais específicos e esse processo vem acompanhado pela luta de pesquisadores, em colaboração com os profissionais, gestores e usuários, de fortalecer e oferecer melhores serviços à população (BODSTEIN, 2009). No entanto, os problemas enfrentados foram e ainda precisam ser continuamente avaliados,

monitorados e problematizados pelos agentes envolvidos, para que, assim, melhorias sejam sentidas para quem realmente é o público-alvo: o usuário.

Dentre as políticas e programas nacionais voltados para o usuário destacam-se aqui as iniciativas e programas voltados para a comunidade escolar. As políticas de saúde reconhecem o privilégio do espaço escolar como um ambiente fértil para disseminar e realizar práticas promotoras de saúde, ações preventivas e educação para a saúde (BRASIL, 2009).

A escola é espaço de grande relevância para a promoção da saúde, principalmente quando esta questão se insere na constituição do conhecimento do cidadão crítico, estimulando-o à autonomia, ao exercício de direitos e deveres, às habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de sua saúde e qualidade de vida (SILVA; DELORME; CARVALHO, 2007, p.24).

O conceito, de acordo com as características do termo descritor em Ciências da Saúde, "'saúde escolar' é aquela voltada para a comunidade escolar para concretização das propostas de promoção da saúde [...] desenvolvendo ações para prevenção de doenças, promoção da saúde e para o fortalecimento dos fatores de proteção" (DECS, 2015).

O planejamento e a realização dessas ações têm ficado a cargo das Equipes da Estratégia de Saúde da Família (EqSF), lotadas nas Unidades de Saúde referência àquele território, em que, na prática, o enfermeiro é um dos principais profissionais que coordena o desenvolvimento das ações, em conjunto com a equipe de profissionais da AB. A relação do Programa Saúde na Escola (PSE) com as EqSF têm interseções e corresponde a uma das atividades inseridas na carta de serviços dos profissionais que atuam na AB. Vale ressaltar que segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (PNAB, 2012, p. 54), a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da AB no País e na atualidade é o modelo implementado pela maioria dos municípios do Brasil.

De acordo com os preceitos do SUS a ESF é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da AB. Assim, um estudo aponta esse âmbito de atenção como ordenadora do cuidado e com o foco em ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (LAPAO *et al*, 2017).

O recomendado pelo PSE é que as EqSF deverão realizar visitas periódicas e permanentes às escolas, no sentido de avaliarem as condições de saúde dos educandos, proporcionando, dessa forma, o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, conforme as necessidades locais. Tal afirmativa corresponde ao acordo pactuado pelo Ministério da Saúde

(MS) desde o ano de 2013 (BRASIL, 2013), em que o PSE universaliza o pacto da AB e passa a vincular as suas ações de saúde às unidades de AB, ficando assim a cargo das EqSF realizar ações de avaliação de saúde dos escolares, correspondente ao componente I do PSE nacional (BRASIL, 2009).

Ainda de acordo com a PNAB (BRASIL, 2012), o PSE, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6286, de 05 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial (Ministérios da Saúde e da Educação) na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, realizadas pelas equipes de saúde da AB e educação. O PSE se apresenta com a perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de estudantes da Educação Básica pública brasileira, no espaço das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas EqSF (BRASIL, 2008a).

Dentre os cinco componentes do PSE, há o que pontua a necessidade de avaliação de saúde dos escolares e outro, tão importante quanto os demais, que corresponde ao monitoramento e avaliação do programa, que será objeto de estudo desta tese. Como referencial teórico que corrobora com o último compontente supracitado, segundo Santos e Merhy (2006), a avaliação constitui parte importante do planejamento e da gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo pode reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos, com grandes possibilidades de reduzir improvisos. No entanto, a avaliação é, possivelmente, uma das atividades menos praticadas e esse fato tem motivos variados: desde a falta de recursos financeiros, a dificuldades metodológicas, insuficiência de capacitação dos recursos humanos para a atividade, e até a ausência de vontade política dos gestores (SOUZA, 2011).

Neste estudo, foi adotado o conceito de pesquisa avaliativa citado por autores como Astrid Brousselle, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos e Zulmira Hartz (BROUSSELLE *et al*, 2011) focando em uma análise de produção, que segundo Lambert Farand (2011), estuda as relações entre o volume e a qualidade dos serviços produzidos, que inclui uma análise da produtividade (relação dos volumes e dos recursos) e a análise da qualidade (características do serviço como: intensidade, continuidade e globalidade, entendida como integralidade). Portanto, a análise de produção se interessa pelos determinantes mais amplos da produtividade e da qualidade, o que se apresentou na melhor forma de análise para responder às seguintes perguntas avaliativas traçadas de forma colaborativa com os gestores do programa: **As atividades/ações de saúde do PSE Carioca estão sendo implementadas pelas** 

Equipes da ESF com a magnitude/distribuição normatizadas? Como os gestores do Programa e os profissionais da ESF – com foco no enfermeiro – avaliam a sua produção e as ações executadas?

O método utilizado é a pesquisa-ação. Segundo Brusselle *et al* (2011, p. 29) a avaliação realizada de forma participativa (e colaborativa) é pontuada como um dispositivo de emancipação para todos os atores envolvidos: os especialistas, os cidadãos, os gestores. Além disso, a pesquisa-ação perbece a avaliação como parte integrante da intervenção e facilitação no processo de mudança. O termo avaliação colaborativa aqui utilizado é definico por Cousins e Whitmore (1998), que apontam ser uma avaliação conduzida pelo pesquisador em parceira com participantes desde o desenho do estudo, coleta de dados e elencar as recomendações. Ou seja, descreve o tipo e o nível de participação dos *stakeholders*.

Para melhor entendimento da avaliação da dimensão de monitoramento e avaliação na prática da pesquisa-ação, descata-se que a ação estudada na pesquisa é o processo de avaliação das ações de saúde (Componente 1) do PSE, realizadas pelas equipes da ESF como ferramenta de gestão, no escopo de melhorar a distribuição das ações voltadas para o escolar. Para tanto, destaca-se aqui que a ação realizada pelos gestores no afastamento da pesquisa é a de monitoramento contínuo das ações, em que foi observado um crescimento de um olhar crítico sobre a qualidade das ações e um distanciamento do olhar sob a lógica apenas de produtividade, o que se acredita foi parcialmente dialogado com os gestores ao longo da fase de intervenção, descrita com detalhes no Capítulo 4. Ou seja, a pesquisa avalia as ações de duas áreas de planejamento e os gestores monitoram as ações gerais do programa no município.

No sentido de discussão sobre avalição de programas, destaco autores como Bodstein (2009), Brousselle, Champagne, Contandriopoulos e Hartz (2011) e Vieira-Da-Silva (2014), que abordam a avaliação de programas e projetos de saúde, assim como iniciativas e programas de promoção da saúde, com o foco em melhorar a informação e o conhecimento, que elencam a importancia de reforçar o processo decisório intersetorial e participativo entre gestores e executores do programa e, por fim, na promoção do processo decisório.

Para defender a finalidade da avaliação proposta aqui, adota-se a finalidade transformadora defendida por Champagne *et al* (2011a), que consiste em utilizar o processo de avaliação como alavanca para transformar uma situação problemática, pois a avaliação tem por objetivo a melhoria do bem-estar coletivo.

Portanto, para atingir a finalidade da tese, pretendeu-se agregar valor ao conhecimento teórico-prático sobre a prática da avaliação voltada para programas e iniciativas de promoção da saúde, o que será desenvolvido ao longo da tese. Nesta perspectiva, nos capítulos seguintes,

antes de apresentar os resultados, será apresentada a motivação para pesquisar a temática saúde escolar, e uma breve discussão sobre o referencial teórico conceitual que é base deste estudo.

# 1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

A motivação para estudar o tema saúde escolar emergiu, ainda na graduação, ao realizar o exame físico em crianças de uma escola pública da capital do Estado do Piauí, como atividade exigida na disciplina Semiologia e Semiotécnica, da qual tive a oportunidade de ser monitora, dando continuidade ao trabalho no semestre seguinte. Durante as aulas práticas, nos dois períodos, observei a curiosidade dos professores dessa escola, que direcionavam perguntas para o grupo de alunos de enfermagem que ali estavam.

Frente ao seu interesse, foi realizada a pesquisa intitulada "Conhecimentos e atitudes de professores do ensino fundamental sobre alterações visuais em escolares", aprovada em comitê de ética (número de protocolo 156/ no mês de Junho de 2007) da Faculdade Integral Diferencial, em Teresina, Piauí. Nesta, analisamos a percepção dos professores e sua conduta frente à identificação das alterações visuais em uma Unidade Escolar localizada na capital do Piauí. Como resultado, percebeu-se a dificuldade do manejo dos professores frente à identificação das alterações visuais em escolares, mesmo com um conhecimento adequado.

Para dar continuidade aos estudos na temática, tive a felicidade de adentrar no programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, na cidade do Rio de Janeiro, em que a proposta foi de descrever os conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros da Área de Planejamento (AP) 3.1 do município do Rio de Janeiro sobre a promoção da saúde voltada para saúde ocular em escolares (FONTENELE, 2013). Nesta, realizei um inquérito populacional, utilizando um questionário como instrumento de coleta de dados e visitei todas as unidades de saúde da área estudada, corroborando com uma análise situacional, assim como pude reconhecer as demandas desses profissionais, no intuito de auxiliá-los em um segundo momento. Como resultados, destaco a evidencia de poucas práticas de ações voltadas para a saúde ocular dos escolares e a dificuldade de realizar ações com as unidades escolares. De fato, ocorriam dificuldades das mais diversas razões, políticas, organizacionais e até mesmo pessoais. No entanto, os profissionais que participaram do estudo mostraram atitudes positivas e motivação para executar ações de saúde no ambiente escolar.

Para responder às inquietudes e curiosidades que surgiram após o término do mestrado, busquei mais informações sobre as ações do PSE no âmbito do município do Rio de Janeiro. Porém, ao buscar os dados das ações realizadas nos anos anteriores, e na expectitaiva de

investigar como estas se apresentavam nos territórios, tive algumas dificuldades. Questioneime como eram registradas, consolidadas, monitoradas e avaliadas as informações sobre as ações desenvolvidas no município. Nesse momento, a busca de dados referentes ao componente das ações de saúde do PSE no município seria meu foco, ou seja, analisar os dados secundários, alimentados pelo município, sobre as ações de saúde dos escolares realizadas pelas EqSF para elaborar um projeto de tese. No entanto, não obtive acesso aos dados dos sistemas de informação oficiais, prontuários eletrônicos e nem os consolidados gerados dos prontuários. Isso se deu por algumas dificuldades operacionais do próprio sistema. O que gerou ainda mais inquietude em como é feito, então, o monitoramento das ações de saúde na escola? Como o PSE avalia a sua produção e as ações executadas? Como entender a distribuição das ações realizadas e quais as temáticas que são abordadas? Quais as ações e os territórios que precisam de mais atenção dos gestores e da EqSF? Como sustentar um programa de saúde sem registro de suas informações?

## 1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Como motivação inicial, busca-se incentivar, mesmo que de forma indireta, a equipe da ESF na prática de monitoramento e da avaliação das ações de saúde na escola e subsidiar a prática de enfermagem na área de saúde escolar, enriquecendo a temática de avaliação em saúde e incentivando o processo contínuo nas práticas avaliativas das ações executadas pelas EqSF. Vale ressaltar que o propósito da tese é procurar responder às necessidades nacionais e regionais conforme Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008), no seu item sobre os estudos de promoção da saúde nas escolas, no domicílio e nas comunidades (item 7.2.1.9, p. 23) e o item sobre avaliação de práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos em programas de saúde (item 18.2.5, p. 42).

Deste modo, evidencia igualmente os princípios dos Cadernos de Atenção Básica - Saúde na Escola (BRASIL, 2009) e Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), Manuais Instrutivos: Programa de Saúde na Escola (BRASIL, 2013a) e Guia de Sugestões de Atividades da Semana na Escola (BRASIL, 2013b; 2015). Assim como pretende trazer o enfermeiro como profissional importante na execução das ações de saúde, no ato de promover a saúde em comunidades escolares pensando no processo de saúde e formação de cidadãos, abrindo discussões para as próximas pesquisas sobre o tema.

Investigar os principais problemas, de forma qualitativa, é útil no que diz respeito à discussão e implementação de propostas de intervenções de saúde que busca transformar o

conteúdo das práticas sociais na saúde, bem como as suas articulações na sociedade ou em grupos específicos.

Como estratégia prioritária da AB, a ESF tem a sua organização de acordo com os preceitos do SUS que, dentre outros, busca a integração com instituições e organizações sociais, em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias. Portanto, a relação entre a ESF e a escola correspondente à sua área adscrita está assegurada entre os preceitos e diretrizes do SUS, respaldando a importância do conhecimento da equipe na atividade de promoção da saúde para e com os escolares (BRASIL, 2012).

Segundo o Decreto de número 6286, de cinco de dezembro do ano de 2007, que institui o PSE Nacional e é base para o PSE Carioca, o programa constitui uma estratégia na integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as EqSF e da educação básica e tem como uma de suas diretrizes de implementação a integralidade do cuidado, na abordagem de temas diversos explicitados em seus componentes. Sendo assim, as ações em saúde previstas no âmbito do PSE deverão considerar a atenção, a promoção, a prevenção e a assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2007).

Em um contexto local, no inicio do ano de 2015, a Prefeitura do Rio de Janeiro e representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Secretaria Municipal de Educação (SME) e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), sob a orientação do Escritório de Gerenciamento de Projetos da Secretaria Municipal da Casa Civil (SMCV), redefiniram, em conjunto, o modelo de estruturação e atendimento do PSE, que resultou na definição do PSE Carioca, que tem como um dos eixos fortalecedores, dentre outros, o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações do PSE Carioca e ainda propõe a implantação do seguinte indicador para as Unidades de Atenção Primária: realização de, no mínimo, uma atividade mensal de promoção de saúde em cada uma das escolas de sua respectiva área de abrangência (RIO DE JANEIRO, 2015).

Entende-se como indicador os dados que são gerados, consolidados e utilizados como medida-síntese, que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões dos serviços de saúde (DECS, 2015). Os indicadores são importantes ferramentas para o processo de avaliação, tanto de forma quantitativa como qualitativa, ao dialogar e trabalhar para atingir melhorias dos serviços.

Na apresentação dos componentes, destaca-se a publicação da resolução supracitada, que institui as diretrizes do Programa Municipal de Saúde na Escola (PMSE) Carioca – PSE

Carioca de 06 de fevereiro de 2015 (RIO DE JANEIRO, 2015), que descreve o componente I como as ações de saúde, e são elas: avaliação antropométrica, avaliação de saúde bucal, avaliação psicossocial<sup>1</sup>, saúde ocular, verificação da situação vacinal, saúde auditiva, identificação de possíveis sinais relacionados às Doenças Negligenciadas e em Eliminação, desenvolvimento de Linguagem<sup>2</sup>.

Logo nos primeiros dias de aproximação com a equipe do PSE Carioca, percebeu-se que a minha inquietação como pesquisadora correspondia à mesma inquietação da equipe de gestores do PSE Carioca, a saber, a falta de informações em tempo opotuno que respaldassem a prática de monitoramento das ações do PSE. Assim, resolveram inovar, com o Decreto no ano de 2015, propondo uma Ficha de Registro de forma única para as secretarias envolvidas, como ferramenta para monitoramento e acompanhamento das ações no município. Vale destacar que, de acordo com a portaria interministerial nº1413 de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), fica acordado que:

Art. 11. O monitoramento das ações realizadas pelas equipes de saúde, de educação e pelo Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI-M) e a avaliação do alcance das metas pactuadas são de competência dos GTI-Federal, GTI-Estadual, GTI-Municipal e GTI do Distrito Federal, sendo que:

I - o componente I do PSE será monitorado e avaliado com base nas informações contidas no e-SUS/AB; e II - os componentes II e III do PSE serão monitorados e avaliados com base nas informações contidas no SIMEC (BRASIL, 2013).

No entanto, por se tratar de um sistema de monitoramento que se encontra em implantação no município do Rio de Janeiro, os dados gerados pelo portal e-SUS Atenção Básica (e-SUS/AB) ainda (nos anos de desenvolvimento desta tese) possuíam impossibilidade de consolidação e migração dos dados de prontuários eletrônicos regionais para o sistema. A dificuldade de acesso aos dados e o difícil diálogo entre os sistemas existentes voltados para o PSE (local e nacional) é mencionada em outros estudos (GOMES, 2012; FERREIRA, 2014) e consta de um dos maiores desafios para os profissionais de saúde das EqSF e para os gestores, que necessitam dos dados para planejar, monitorar e avaliar as ações do PSE em seus territórios. Tal fato levou à equipe do PSE Carioca a elaborar uma estratégia, mencionada anteriormente, a Ficha de Registro do PSE Carioca (ANEXO D) que está implantada no município desde

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Ação acrescida pelo PSE Carioca.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> A descrição dos componentes do PSE segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, se encontra em anexo (ANEXO A) desta tese à fim de consulta e confirmação da estrutura das ações propostas pelo PSE Carioca.

março de 2015<sup>3</sup>, favorecendo o monitoramento proposto pela diretriz do Plano Municipal e traz outras vantagens como pontuado aqui nos resultados, capítulos 4 e 5 desta.

Diante do exposto, a **situação problema** desta tese se configura no déficit de uma rotina de monitoramento e avaliação da produção e distribuição das ações de saúde do PSE Carioca. Entretanto, surgiu também a necessidade de avaliação/dicussão da proposta da Ficha de Registro Único como ferramenta para fortalecer o programa e uma possível crítica aos sistemas oficiais.

Pautado no indicador do PSE Carioca supracitado, pontuo – na prática – a inquietude do enfermeiro de equipe, que eventualmente participa do planejamento e organização das ações de saúde na escola, com todos os profissionais componentes da equipe (médicos, dentistas, agentes comunitários de saúde e profissionais da própria unidade escolar) a tornar esse momento de ação nas escolas participativo, atendendo à integralidade de saúde do escolar, o que atende ao Decreto 6286/07, que institui o PSE Nacional (BRASIL, 2007) e PNAB (2012). Contudo, o objeto de estudo desta tese se configura na avaliação das ações de saúde do PSE no território do município do Rio de Janeiro, nos anos de 2015 e 2016.

#### 1.3 ESTADO DA ARTE

Para subsidiar a justificativa e a relevância da tese, e para fortalecer os objetivos específicos, foi necessária a explanação da tentativa de responder à questão problema através de uma busca na literatura. Para uma pesquisa do que se tem produzido e para tentar identificar a rede de autores e insituições que debatem sobre a situação problema desta tese, foram realizadas buscas nas principais bases de dados de publicações científicas, descritas no Quadro 1, usando os descritores: serviços de enfermagem escolar, saúde na escola, avaliação em saúde, avaliação, como palavras-chave.

Os resultados da busca, realizada em abril e maio de 2015, fortaleceram a inquietação e ressaltaram a justificativa da elaboração ainda como projeto de tese. Para responder à pergunta "Qual a prática de avaliação das ações do enfermeiro da AB das ações no ambiente escolar?" utilizei os descritores 'serviços de enfermagem escolar' como base para a busca nas bases de dados consultadas. Na representatividade quantitativa da busca apresentada no Quadro 1 e,

ferramenta de gestão.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Ressalta-se que até o ano de defesa desta tese (julho de 2017) a Ficha de Resgitro ainda permanece como

levando em consideração que não houve corte temporal, foi possível fazer um refinamento da busca em paralelo com o objeto de estudo da tese, com os boleanos 'and' em uso dos descritores 'avaliação em saúde' e 'avaliação' na busca por palavra do título ou palavra.

Quadro 1 - Total de produções registradas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), descritores 'serviços de enfermagem escolar', 'avaliação em saúde' e 'avaliação' como palavras do título e palavra, busca realizada em abril e maio de 2015.

Base de dados	Total de publicações
<b>LILACS -</b> Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde	
Saúde Escolar [Descritor de assunto] and Avaliação em saúde [descritor de assunto]	0
Serviços de Enfermagem Escolar [descritor de assunto]	47
Serviços de Enfermagem Escolar [Descritor de assunto] and Avaliação [Palavras do Título]	3
<b>BDENF</b> - Base de Dados de Enfermagem	
Serviços de Enfermagem Escolar [Descritor de assunto]and Avaliação [Palavra do título]	2
Serviços de Enfermagem Escolar [Descritor de assunto]	57
Saúde Escolar [Descritor de assunto] and Avaliação em Saúde [Descritor de assunto]	0
<b>MEDLINE</b> - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online	
Serviços de Enfermagem Escolar [Descritor de assunto] and Avaliação [Palavras do título]	
	2
<b>Área Especializada</b> – Faixa Etária que poderia auxiliar na busca	
ADOLEC – Adolescente e Saúde Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Serviços de Enfermagem Escolar [Descritor de assunto]	
Serviços de Enfermagem Escolar [Descritor de assunto] and	21
Avaliação [Palavras do título]	1
Serviços de Enfermagem Escolar [Descritor de assunto] and Avaliação em Saúde [Descritor de assunto]	
	0
Organizações Internacionais	
<b>PAHO</b> – Acervo da biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde	

Base de dados	Total de publicações
Serviços de Enfermagem Escolar [Descritor de assunto]	2
Serviços de Enfermagem Escolar [Descritor de enfermagem] and	
Avaliação [Palavras]	0
Total	130

Fonte: Elaborado pela autora.

Das publicações acima, foram utilizadas para consulta todas as que estavam disponíveis na íntegra e, em especial, aquelas que abordavam a atuação de enfermeiro nas ações de saúde do escolar e a avaliação dos programas e iniciativas de promoção à saúde. Nas bases nacionais LILACS e BDENF, na busca em especial para o descritor 'serviços de enfermagem escolar', realizadas no mês de abril de 2015, foram encontradas respectivamente 51 e 45 publicações e dentre os achados destaca-se um número significativo de publicações da década de 1980 (33,5%). Das publicações contabilizadas nas duas bases, 31 publicações têm interseção nas duas bases e 10 se repetem na mesma base (BDENF) com códigos de identificação diferentes, aumentando o número total da busca, porém sem conteúdo diferenciado. No levantamento geral da busca, após a exclusão de repetições, 18 discutiam o papel do enfermeiro escolar, 03 traziam o papel do enfermeiro de saúde pública no ambiente escolar e 06 realizaram diagnóstico de saúde do escolar, mas nenhuma das publicações utilizou dados secundários oriundos dos registros de dados das ações dos profissionais.

Destaco um artigo encontrado na LILACS utilizando o descritor 'avaliação em saúde', em que o autor estuda os resultados do primeiro ciclo de 2011 do Programa Nacional de Melhorias do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB)<sup>4</sup> pontuando os resultados de ações na escola baseados ao componente 'ações especificas para grupos vulneráveis ou prioritários' que evidenciou que, em média, 75% das equipes que aderiram o PMAQ realizavam ações nas escolas e apenas metade das ações é realizada de forma sistemática e rotineira. O autor levantou a discussão de que o planejamento das ações parecia ser realizado apenas por contato prévio com a escola e à provisão de insumos, como kits de saúde bucal para a escovação. No entanto, o banco de dados do PMAQ não retrata o total das EqSF no país, retrata apenas as equipes que aderiram voluntariamente ao programa (TEIXEIRA *et al*, 2014).

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Não serão utilizados os dados do PMAQ por ser uma iniciativa pontuada por ciclos e com aderência voluntária das EqSF. Tal ponto poderá trazer viés de informação, pois fica incompleta a informação por não conter as equipes não pactuadas no PMAQ.

Ao fazer uma busca com os descritores 'avaliação de programas e projetos de saúde' 'and' 'saúde escolar', novamente sem corte temporal de ano de publicação, foram achados os número de publicações expostos no Quadro 2.

Quadro 2 - Total de produções registradas nas bases de dados utilizando os descritores 'avaliação de programas e projetos de saúde' AND 'saúde escolar', busca relizada em dezembro de 2015, sem recorte temporal de ano de publicação

Descritores:		
"Avaliação de Programas e Projetos de Saúde' AND 'S	aúde escolar'	
Base de dados	Total de publicações	
<b>LILACS -</b> Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde		
Destaque para uma tese de doutorado (SILVA, 2010) e quanto às outras cinco, destaca-se a abordagem da temática de saúde bucal	6	
BDENF - Base de Dados de Enfermagem	0	
MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online		
Artigo sobre o custo-benefício de manter os seviços de enfermagem escolar sobre o impato do gasto público de saúde nos Estados Unidos (WANG <i>et al</i> , 2014)	1	
<b>Área Especializada</b> – Faixa Etária que poderia auxiliar na busca		
ADOLEC – Saúde do Adolescente As mesmas publicações do LILACS	6	
Busca na Biblioteca Scielo		
SCIELO – Scientific Electronic Library Online		
Destaque para apenas três publicações dentre elas a tese de doutorado de Ferreira (2014) sobre a avaliação da intersetorialidade no PSE, em Curitiba, Paraná.	106	
Total	119	

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre as publicações estudadas para a elaboração deste estudo, não houve o achado de publicações referentes à avaliação sistemática e ao planejamento das ações do PSE pelas EqSF ou qualquer profissional da AB. Destacam-se achados para a ação do enfermeiro durante a consulta de enfermagem individual e pesquisas utilizando dados primários. No contexto de avalição do PSE Nacional, houve apenas um achado sobre 'avaliação rápida' da intersetorialidade, fruto da tese de doutorado de uma odontóloga no município de Curitiba

(FERREIRA, 2014), que auxiliou e foi base para a elaboração do Modelo Lógico desta tese apresentado no capítulo seguinte.

Quanto às publicações sobre avaliação em saúde que corroboram com a justificativa para elaboração da pesquisa, destaca-se o estudo de Miranda, Carvalho e Cavalcante (2012) que denota a lacuna na produção de estudos e de conhecimendo mais focados em processos e práticas de monitoramento e avaliação orientados para a gestão em saúde, particularmente no âmbito municipal. Esse trabalho destaca que existem poucos estudos que tratam da percepção e concepção de gestores governamentais sobre processos e práticas de monitoramento e avaliação em saúde.

A proposta da tese torna-se **original** ao propor uma avaliação das ações de forma colaborativa com gestores do PSE num âmbito municipal, trazendo uma proposta de monitoramento e registro único das ações, com possível aplicação em outros municípios, gerando assim dados secundários sobre a atuação do PSE no território. Além disso, possui **relevância acadêmica** ao trazer, sob a luz dos referenciais teóricos, a importância do processo de avaliação das ações de promoção de saúde na comunidade escolar de forma contínua e propor auxiliar os enfermeiros das EqSF que são responsáveis por articular, em colaboração com outros profissionais, fortalecendo uma saúde integral às crianças em idade escolar. Em concordância com as justificativas apresentadas, ressaltam-se autores que apontam que a pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, sobre as características dessas práticas em geral, ou em um contexto particular, através do recurso de metodologias científicas (HARTZ; SILVA, 2005).

# 1.4 OBJETIVOS, TESE E QUESTÕES NORTEADORAS

# 1.4.1 Objetivo geral

Avaliar, de forma colaborativa com os gestores e executores, as ações de saúde do Programa Saúde na Escola Carioca realizadas pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família localizadas em duas áreas de planejamento, do município do Rio de Janeiro.

## 1.4.2 Objetivos específicos

Elaborar o Modelo Lógico do Programa Saúde na Escola, sob a perspectiva do componente das ações de saúde e componente do monitoramento e avaliação PSE Carioca.

Analisar a distribuição e produção das ações de saúde (Componente I) que são desenvolvidas pelas EqSF responsáveis pelo território da escola.

Descrever a proposta da Ficha de Registro, de forma unificada, do PSE Carioca (Anexo D) das ações do PSE.

Propor recomendações para favorecer a prática de planejamento e monitoramendo das ações saúde do escolar, auxiliando o enfermeiro de Equipe da ESF.

#### 1.4.3 Tese a ser defendida

Esta tese defende a prática contínua da avaliação de atividades e ações do Programa Saúde na Escola como instrumento para aprimorar o planejamento e execução das ações realizadas pelos enfermeiros da EqSF em conjunto com os articuladores de área, propondo estratégias para a implementação de uma atenção integral à saúde do escolar e fortalecer o Programa Saúde na Escola Carioca e Nacional.

#### 1.4.4 Contribuições da tese e impactos futuros do estudo relativos à Prática de Enfermagem

Almeja-se, com o estudo, contribuir com o processo de avaliação das ações que são desenvolvidas pelas EqSF nas escolas do território adscrito do município, assim como sistematizar recomendações para auxiliar o processo de planejamento e avaliação das ações, dando suporte às atividades da equipe, em especial ao profissional enfermeiro.

Segundo Novaes (2000), as principais questões que orientam as pesquisas de avaliação dizem respeito preponderantemente à identificação do impacto obtido pelas ações a serem avaliadas. Corroborando com a citação acima, quando pensei em desenhar o projeto de tese, pensei em como deixar para a prática assistencial do enfermeiro, que atua na AB, uma discussão fortalecida do enfermeiro ser um profissional articulador dentro do ESF para desenvolver o planejamento e execução de ações de promoção de saúde. Pensei no fortalecimento da atuação do enfermeiro em diferentes âmbitos da comunidade que habita no território, deixando de ser um possível coadjuvante para o ator principal do processo de assistência à saúde escolar, sendo um profissional que planeja e desenvolve ações de promoção e prevenção de saúde no âmbito escolar. Portanto, a tese tem a pretensão de contribuir com as áreas da enfermagem e saúde coletiva nas seguintes perspectivas.

# 1.5 CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO

- Fortalecimento da atuação do enfermeiro no contexto da AB e na área da saúde escolar, com ênfase na valorização dos princípios da integralidade, acesso universival e AB como ordenadora do cuidado do SUS vigente no País nos anos de elaboração deste estudo.
- Institucionalização da prática de monitoramento e avalição das ações de saúde no âmbito do PSE proporcionando uma melhor distribuição temática dos componentes normativos.
- Incentivo a novas temáticas para ações de saúde escolar, conforme diagnóstico local.
- Proporciona ferramentas para o fortalecimento da relação Unidade de Saúde e Unidade Escolar.
- Ao se avaliar as ações de saúde do PSE Carioca, evidencia-se a equipe e o trabalho em equipe, e não apenas aquele de um profissional o que se destaca é a importância de se trabalhar, com e entre a equipe, as relações intersetoriais, as relações entre os equipamentos de saúde, educação e outros parceiros. Para isso, o profisisonal enfermeiro pode contribuir com toda a equipe ao se mostrar um profissional capacitado e comprometido com ações de promoção de saúde e não somente aquelas de cunho curativista.

# 1.6 CONTRIBUIÇÕES PARA A SAUDE COLETIVA

- Fortalecimento de Programas e Políticas de Saúde com vista nas ações de prevenção e promoção da saúde.
- Discussão sobre a lógica produtivista das ações de promoção da saúde e o déficit de um olhar reflexivo sobre as práticas de monitoramento e avaliação, o que se vislumbra favorecer uma análise e diálogo das ações de promoção da saúde.
- Avaliação do PSE mesmo que em âmbito local favorecendo o entendimento do arcabouço metodológico e auxiliando nas tomadas de decisão de gestores e profissionais da saúde da ESF.
- Incentivo para a sustentabilidade do PSE nos âmbitos nacional e local, a fim de evidenciar a sua importância como estratégia de educação em saúde e o fortalecimento das ações de promoção da saúde.
- Estímulo e incentivo para outras pesquisas nas dimensões e compontentes do PSE, assim como em outros municípios e outras realidades.

# 1.7 PERGUNTAS AVALIATIVAS

Assim, reapresento as perguntas avaliativas que norteiam este estudo, são elas:

- As atividades e ações de saúde do PSE Carioca estão implementadas pelas Equipes da ESF com magnitude e distribuição normatizadas?
- Como os gestores do programa e os profissionais da ESF enfermeiros da EqSF avaliam a sua produção e as ações executadas do PSE nos territórios?
- Quais estratégias os gestores do PSE podem adotar para incentivar enfermeiros, e demais profissionais da ESF, para a prática rotineira de monitoramento e avaliação das ações de saúde do PSE?

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

# 2.1 HISTÓRICO DA SAÚDE DO ESCOLAR

Durante o período entre o século XVIII e início do século XIX surgem escolas populares, escolas conhecidas hoje como Unidade Escolar da Rede Pública. Concomitante a esse surgimento, vem o interesse da política de atenção à saúde escolar, quando o médico alemão Johann Peter Frank (1821-1945) elaborou o System Einer Vollständigen Medicinischen Polizei, ficando conhecido como Sistema Frank (FIGUEIREDO, 2010). Segundo alguns autores, incluindo Ferriani (1991, p. 44) atribui-se a Peter Frank a formulação do conceito de polícia médica com maior precisão. A obra, em nove volumes, redigida como um guia para os funcionários do Estado absolutista, trazia a preocupação com a higiene pública e individual, detalhando o atendimento ao escolar e a supervisão das instituições escolares.

Ferriani (1991, p. 45), completa que a preocupação se estendia não somente a higiene, mas também outros pontos da saúde.

Trazia a preocupação com a higiene (...) estendendo-se sobre a demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, vestuário, problemas sanitários, da habitação, esgotos, suprimento de água, prevenção de acidentes; medicina militar, doenças epidêmicas, transmissíveis, venéreas e medicina escolar (FERRIANI, 1991, p. 45).

As ideias levaram à institucionalização da saúde escolar através da inspeção dos ambientes escolares, visto que o aumento da mortalidade infantil por doenças transmissíveis e concomitantes ao aumento populacional preocupou a sociedade capitalista, levou à preocupação de educar as crianças e a comunidade, tendo como principal objetivo mantê-los sob a subordinação da política do Estado e não viria a se preocupar com a saúde do indivíduo em si.

Reconhecida politicamente em 1893, segundo Monteiro e Ferriani (2000), a gravidade da mortalidade infantil nos países ocidentais levou a um intenso esforço para a elevação do nível de saúde da criança, implantando-se um programa completo de bem-estar materno-infantil, com visitas de um clínico à criança e exame do recém-nascido, bem como de leis que protegiam mães e crianças, mostrando-se mais atuante em Nova Iorque, EUA.

O sistema Frank acabou resultando em um código de saúde elaborado por Franz Anton Mai<sup>5</sup>, de caráter abrangente, dando grande ênfase à educação, onde a primeira lei do código tratava dos deveres de um oficial de saúde agindo nas escolas, instruindo as crianças e os professores a respeito da promoção e da manutenção da saúde. Entretanto, considera-se que, na prática, o código não chegou a vigorar plenamente em face de questões de ordem tanto econômica quanto política, porém as ideias do Sistema Frank se difundiram por todo o continente europeu e os Estados Unidos da América (FIGUEIREDO, 2010).

Os primeiros estudos sobre saúde escolar no Brasil se realizaram a partir da classe médica entre 1889 e 1890, em que Morcovo Filho e Clemente Ferreira elaboraram trabalhos norteados pela inspeção médica escolar. Morcovo Filho, natural do Rio de Janeiro, ficou conhecido como fundador da pediatria brasileira. Através de congressos médicos e da impressa, defendia a proteção higiênica nas coletividades infantis, salientando a necessidade do estabelecimento da inspeção médica. No mesmo contexto, Clemente Ferreira, em São Paulo, buscava a institucionalização da saúde escolar e trabalhou no combate à tuberculose, militando ambos no âmbito da puericultura (FERRIANI, 1991).

Percebe-se que a preocupação e o foco das ações estratégicas de saúde escolar seriam na atenção de doenças transmissíveis, que por vezes teve-se como preocupação o número de casos de tuberculose, doenças ligadas à higiene e saneamento básico. No entanto, para fundamentar a discussão, evidenciam-se algumas mudanças da lógica epidêmica, tanto por evolução dos conhecimentos da etiologia, quanto das ações de prevenção voltadas para a quebra do ciclo de transmissibilidade de agravos e doenças. Passados alguns anos, o foco volta-se para situações crônicas de saúde, percebidas nas prioridades das ações estratégicas de saúde recentes, que foram temas verticais publicados pelo MS durante a Semana de Saúde na Escola<sup>6</sup>. Essas temáticas de promoção da saúde publicadas anualmente, desde 2012, são divulgados pelas coordenações locais do PSE e distruibuidos para as escolas e EqSF para mobilização conjunta da comunidade escolar a fim de discutir, vivênciar experiências e desenvolver ações. Para tal, teve-se como foco, nos últimos cinco anos, as seguintes ações estratégicas: prevenção da

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Franz Anton Mai (1742-1814) Médico alemão, pioneiro da medicina do trabalho, realizou a prática da saúde nas escolas com auxílio das enfermeiras.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> A Semana Saúde na Escola compreende ações de atenção à saúde dos escolares e de promoção da saúde, cuja mobilização acontecerá em um período pré-estabelecido de uma semana, envolvendo intersetorialmente o planejamento das redes de educação e atenção básica em saúde. Envolve também a comunidade no território com ações de educação em saúde para fortalecer a intersetorialidade. Anualmente o MS publica o Guia de Atividades contendo sugestões de atividades para serem desenvolvidas (BRASIL, 2014, p. 4-5; 2015 p. 4).

obesidade na infância e na adolescência (2012); saúde ocular, prevenção da obesidade e prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas (2013); práticas corporais, atividade física e lazer numa perspectiva de cultura de paz e direitos humanos (2014); 'da saúde dos estudantes se cuida todo dia' – temas estratégicos sobre alimentação saudável e atividade física e direitos humanos e promoção de cultura de paz (2015); e combate ao mosquito - comunidade escolar mobilizada contra o Aedes aegypti (2016).

A partir de meados da década de 1910, no Brasil, surgiram duas correntes no âmbito da saúde do escolar, sendo uma privada e outra de caráter oficial, pública. A primeira era realizada por médicos institucionalizados com a inspeção médica escolar, com certo êxito, e a segunda de caráter oficial foi menos expressiva, embora a sua aplicabilidade na prática não tivesse tantos resultados. O trabalho de inspeção médica escolar era realizado pela inspeção local de higiene e limpeza dos prédios e a identificação de moléstias. É nesse período que surge o termo "escola higienista", onde as inspeções médicas escolares, seguindo as ideias da Polícia Médica, instalavam as medidas de higiene para os escolares, no intuito de que as informações chegassem às famílias e assim resolvessem os problemas sanitários das escolas e dos lares. As mudanças de hábito seriam a principal ferramenta para melhoria da saúde, porém os profissionais adotavam uma postura de sábios absolutos (MELO *et al.*, 1988).

Percebe-se, por vezes, que o histórico da saúde escolar acompanha os movimentos e avanços das políticas públicas de saúde no Brasil. No que corresponde aos avanços no período da polícia médica, período impositivo, ao modelo curativista, ao modelo biomédico especializado e, por fim, avanços no modelo preventitivista, modelo da promoção da saúde e participação da comunidade escolar (SILVA; BODSTEIN, 2016, p. 1786).

Com o Movimento da Reforma Sanitária, a elaboração e publicação da Constituição Federal em 1988 e a discussão mundial sobre Promoção as Saúde, a saúde escolar foi foco de mudanças e alvo de ações estratégicas, visto que a comunidade escolar possivelmente será um público multiplicador das ações e da educação em saúde. No entanto, infere-se que houve um período sem muitos impactos para a saúde escolar no Brasil, mesmo observando-se algumas publicações de militantes da área (MELO *et al*, 1988).

Até o inicio dos anos 2000 observam-se registros de ações pontuais, com iniciativas e abordagens desenvolvidas na escola voltadas para educação em saúde, pautadas a partir da transmissão de informações e desenvolvimento de habilidades e atitudes que incentivassem melhor estilo de vida e comportamento, com escolhas saudáveis. Existia a prioridade de programas e políticas voltados para crianças de zero a cinco anos de idade e mulheres em idade fértil, valorizando ações de imunização, desenvolvimento da criança, saúde da mulher

(gestação, pré-natal, parto e puerpério), trabalhando na prevenção e evitando os agravos nesses grupos, deixando as crianças acima de sete anos com dificuldade de acesso aos serviços de saúde (GOMES, 2012).

Em paralelo a esse movimento, os enfermeiros que atuavam em saúde pública trouxeram um discurso mais firme para o Brasil sobre a ideia da saúde do escolar e esta foi consolidando o seu papel ao longo da história. Com um modelo americano, deu-se início uma longa trajetória de conquistas e atuação em leis e políticas voltadas para o escolar (FONTENELE, 2013). Dentro do contexto histórico, vale ressaltar a inserção do enfermeiro escolar no Brasil, conforme relatos, ainda na década de 30, em Anais de Enfermagem da época. Na década de 70 surge o programa de formação de especialistas em educação em saúde, com uma demanda de profissionais em que era incentivada a atuação do enfermeiro escolar (RASCHE, 2008).

Sobre os estudos realizados por enfermeiros, Ferriani (1991, p. 135) afirma que poucos trabalhos foram realizados na área da saúde escolar dos anos 1930 até 1980. Um número crescente foi surgindo a partir da década de 80, corroborando com o estado da arte evidenciado no capítulo anterior. Entretanto, cabe ressaltar que a maioria dos trabalhos é direcionado para experiências no ensino de graduação de enfermagem nas escolas, experiências relatadas com ações em séries escolares iniciais (ensino fundamental) e voltadas para a atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem voltada para a criança em idade escolar, com pouca discussão sobre o enfermeiro inserido no ambiente escolar na realização de ações de avaliação de saúde, mas sim os artigos consultados enfatizam ações educativas e com pouco foco no processo de monitoramento e avaliação dessas ações.

## 2.2 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: CONTEXTOS NACIONAL E LOCAL

Quanto à assistência de saúde escolar, vários projetos e programas foram apresentados nas últimas décadas, alguns pelo Ministério da Educação, outros pelo MS, com objetivo de promover a saúde em ambiente escolar (Quadro 3). A atual política de governo aponta para a assistência à saúde do escolar de forma intersetorial. Em abril do ano de 2017, o programa chegou a 86% dos municípios brasileiros (4.787 municípios); atingindo 40% dos alunos e estão envolvidos 78.934 escolas e 32.317 equipes de saúde da AB (BRASIL, 2017). O Quadro 3 faz um breve demonstrativo da evolução cronológica do programa no país nos últimos trinta anos.

Quadro 3 – Apresentação cronológica das iniciativas Nacionais de Saúde Escolar, 2014.

Ano	Programa	Ações	Execução
1984/1994	Programa Nacional de Saúde do Escolar	Controle, Recuperação e Promoção da Saúde.	Ministério da Educação
1995/2006	Programa de Assistência Integral à Saúde do Escolar	Educativas, Preventivas e Curativas.	Ministério da Educação
2003/atual	Saúde e Prevenção nas Escolas	Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.	Ministério da Saúde
2007/2016	Projeto Olhar Brasil	Identificar e corrigir problemas visuais.	Interministerial
2007/atual	Programa Saúde na Escola	Promoção da Saúde.	Interministerial
2017/ Portaria	Novo Programa Saúde na Escola	Melhor adesão e define as ações e o monitoramento.	Interministerial

Fonte: Quadro atualizado do modelo de Silva Junior (2014). Programa Saúde na Escola: limites e possibilidades intersetoriais (SILVA JUNIOR, 2014, p. 44).

O marco inicial da saúde escolar no Brasil remete ao início do século XX na lógica da modernização e higienização do espaço urbano, como condição fundamental para o combate às epidemias. Das propostas de Pereira Passos, prefeito do Rio de Janeiro, quanto à higiene sanitária, destaca-se a criação da Assistência Médica ao Escolar, primeiro sistema oficial de saúde ligado à Secretaria de Educação do Distrito Federal. Em 1910, foi criado o primeiro serviço de saúde pública ligado ao ensino o Serviço de Inspeção Sanitária Escolarda Cidade do Rio de Janeiro (SILVA; BODSTEIN, 2016).

No contexto municipal, a historicidade da saúde do escolar teve destaque também em 1915, com a nomeação do Diretor de Instrução Pública que, no ano seguinte, instituiu os 'serviços médicos escolares', a merenda escolar e reformou o currículo da Escola Normal, incluindo a Educação Higiênica. Por conta de não ter conseguido uma reestruturação orçamentária, demitiu-se, o que paralisou o setor saúde até 1924, quando Carlos Sá retomou os trabalhos voltados para a saúde escolar com a criação dos 'Pelotões de Saúde', baseado nos modelos americano e europeu, contextualizados no capítulo anterior, assim como emergiu, pouco tempo depois, a preocupação com o corpo sadio, que culminou na introduzição das aulas de educação física nas escolas públicas (MELO *et al*, 1988). Autores destacam que o Rio de Janeiro, como capital federal do país que foi, de certo modo, capitaneou o debate nacional e foi o *locus* dos primeiros serviços públicos de saúde ligados às escolas de ensino básico (SILVA; BODSTEIN, 2016).

Em meados da década de 70, a saúde escolar passou a ser inserida na Secretaria de Saúde na lógica do Departamento de Saúde Pública no municipio do Rio de Janeiro – anteriormente era vinculada a Secretaria de Educação, acompanhando o projeto Nacional (Quadro 3), como saúde escolar. Ao migrar para a saúde, passa a ser denominada 'medicina escolar'. Nesse período, foram criadas equipes técnicas de avaliação dentro do departamento de educação, que respodiam às demandas do setor educação quanto às suspeitas de problemas de saúde dos escolares. Em 1976, como iniciativa municipal, foram criados os Programas Especiais de Medicina Escolar (PROEME), I e II, que contratava, para cada um dos 22 centros de saúde municipal, uma equipe com médicos, dentistas, psiquiatras, psicólogos e outros. Os atendimentos eram oriundos das demandas dos profissionais da educação e eram regidos pelas normas de saúde escolar, conforme exploro no capítulo 4 (Reunião de Modelização, 2015). Assim, as atividades do PROEME eram compostas pelos registros de saúde – exames médicos anuais, normalmente na admissão do aluno – sem periodicidade, exame da acuidade visual e auditiva, controle de vacinação, além de criar a ficha de encaminhamento de aluno "apto" ou "não apto" para a aprendizagem. Essa questão de aptidão introduziu o atendimento em saúde mental.

Segundo Silva e Bodstein (2016), o modelo especializado de médicos e dentistas atuando na escola pareceu adequado pelo encaminhamento dos escolares às clínicas especializadas, cabendo à Secretaria de Educação transportar alunos aos serviços de saúde. Com o crescimento da população, da estrutura administrativa e com a escassez de recursos humanos, entre outros entraves, o direcionamento de alunos aos serviços de saúde passou a ser tarefa dos pais que, como membros das classes populares, não conseguiam atender a essa demanda e foram culpabilizados pelo fracasso do programa.

Em paralelo ao movimento de culpabilização sobre a 'responsabilidade' da saúde escolar, a resposta do setor da saúde à repetência e à evasão escolar, para tentar, equivocadamente, resolvê-las, foi criar os exames clínicos no espaço escolar, visando aumentar o desempenho e minimizar dificuldades na aprendizagem dos alunos, o que era diagnosticado e rotulado pelas autoridades como "fracasso escolar" (SILVA; BODSTEIN, 2016). Nesse período, deu-se início à discussão do fracasso escolar, fomentada pelas idas e vindas dos alunos que se diziam doentes por uma doença que não dói. Destaca-se o estudo de Fernandes (1983), realizado em uma escola municipal da comunidade Nova Holanda, no bairro Maré, zona norte da cidade do Rio de Janeiro, intitulado "Rompendo com a produção de uma 'doenca que não dói': a experiência de alfabetização em Nova Holanda". A pesquisadora discutiu a questão do

fracasso escolar e apontou à dificuldade de diagnóstico e inclusão de crianças com algum tipo de necessidades de cuidados especiais.

A partir de 1986, com a experiência chamada de 'semana de saúde escolar', em que uma equipe passava um período em imersão, uma semana em cada escola de um território do município (território Penha), e tentava levantar o maior número de informações sobre a situação de saúde dos escolares, dando prioridade àqueles que mereciam algum tipo de encaminhamento. Com o montante de dados coletados foi disparada uma discussão através de um Grupo de Trabalho com participantes dos setores saúde e educação, coordenada por um sociólogo, que teve como produto um documento intitulado 'Educação, Saúde e Democracia: perspectiva de transformação' (MELO *et al*, 1988). Destaca-se o prefácio do artigo que traz:

Dedicamos este trabalho a cada indivíduo que sobreviveu a uma história opressiva, que não acreditou na mentira de que seus filhos eram incompetentes e fracassados, que não acreditou na sua própria falência. Algo resistiu. Algo não morreu. Aos que não deixaram levar por esta morte, que resistiram e gritaram, que acreditaram na vida e nos ensinaram um pouco dessa coragem (MELO *et al*, 1983, p. 1).

Ainda nessa época, muda-se a gestão municipal e estadual e os militantes da saúde escolar no Rio de Janeiro aproveitaram para, junto à discussão trazida no documento supracitado, se propusesse uma mudança na lógica operacional da saúde escolar. No ano seguinte, 1987, as ações de saúde escolar passam a integrar às ações de divisão de atenção integral da mulher, criança e adolescente. Passa-se a atender a criança em idade escolar estando ela matriculada ou não na escola. Pela primeira vez, desde a década de 40, seja no setor educação ou saúde, a criança deixou de ter um 'cargo' escolar.

No final da década de oitenta, sustendada pela perspectiva de ações de promoção da saúde, discussão sobre cidade saudável e mudanças nos conceitos de saúde, com ampla discussão Nacional, a estrutra das ações de saúde escolar foi atravessando um momento de transição. Na década de 1990 houve a criação da gerência do programa de saúde escolar, que já tinha o foco na importância da aproximação da relação intersetorial e na descentralização de atividades voltada para os escolares a partir da formação de grupos de trabalho regionais e locais. Tal proposta possibilitou a aproximação da assistência social no processo de estruturação do programa de saúde na escola, passando a ter ações envolvendo a saúde e educação (GOMES, 2012).

Nos anos seguintes, com o intuito estratégico de integrar ações de educação e saúde, a partir da década de 2000 os gestores municipais do programa saúde escolar, através de articulações com órgãos internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS),

implementaram a iniciativa Escolas Promotoras de Saúde (EPS) no município de Rio de Janeiro, através de um projeto-piloto. A proposta das EPS foi inclusiva e estimulava participação ativa de alunos e familiares, professores, profissionais da saúde, da escola, associações e outros membros e setores da comunidade como parceiros. Portanto, pretendia criar e garantir alianças para articular práticas de promoção da saúde (SILVA, 2010). No modelo EPS, a atuação proposta em saúde na escola foi a da promoção, com participação e construção coletiva, no exercício de empoderamento da comunidade e autonomia dos sujeitos, que, com habilidades, teriam mais saúde e qualidade de vida. No entanto, mesmo com a validade de seus princípios, na prática, os avanços foram limitados para gerar novos saberes, mas evidenciou a importância de ações integradoras. Além disso, sinalizou para a necessidade de mudar e de transformar a perspectiva de sensibilização dos profissionais sobre a importância da saúde escolar (SILVA; BODSTEIN, 2016).

O Brasil optou por não instituir uma política de saúde na escola com base na EPS, mas valorizou experiências regionais e locais, como no Rio de Janeiro. O projeto-piloto contou com um plano de avaliação desenvolvido por equipes pela Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Nesta foram criadas 10 equipes de saúde formadas por profissionais dinamizadores (professor/psicólogo), dentistas e fonoaudiólogos, sendo que esteve envolvida uma equipe de avaliação que acompanhava todo o processo, buscando identificar o grau de satisfação dos usuários e indicar mudanças e acertos no programa. Nesse período de 18 meses, 120 escolas e 119.000 alunos foram envolvidos. Porém, houve dificuldade em sustentabilizar ações conjuntas, no sentido de que não foi criado vínculo efetivo entre as equipes externas (com as SME) ao programa e as redes de saúde e educação (GOMES, 2012).

Após a experiência do projeto-piloto, e a partir das contribuições da equipe e de sua avaliação, no ano de 2002, os objetivos foram redefinidos, tendo como prioridade a consolidação das ações intersetoriais, reconstruindo a relação dos serviços de saúde com a comunidade escolar. Nesse período, houve a capacitação de atores participantes do programa e se oportunizou a criação de estratégias para fortalecer a proposta municipal de saúde na escola, entre elas a criação de Núcleos de Saúde Escolar Regionais, compostos por representantes da saúde, educação e assistência social. Ainda como estratégia houve a intensificação da distribuição de materiais educativos, que foram também divulgados no site da SMS, acompanhada da realização de seminários e oficinas locais para capacitação dos profissionais (SILVA, 2010). Entretanto, uma das dificuldades encontradas na avaliação supracitada era o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, assim como a disseminação das ações no município, o que inviabilizou o desenvolvimento do programa (FONTENELE, 2013).

Após isso, ainda como desdobramento da estratégia de EPS, o município elaborou em 2006 e 2007 o Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche (PMSEC), criado na perspectiva de garantir o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, assim como consolidar e ampliar as ações de saúde na escola e na creche. O acesso à saúde seria prioritariamente pela AB e visava integrar o setor saúde a uma rede pública de apoio e proteção a crianças e adolescentes da rede pública municipal de ensino. Para tal, foram realizadas as Oficinas de Saúde na Escola (realizadas em três áreas planejamento do município – Grande Méier, Centro e Acari), e que tiveram por objetivo aprofundar o diálogo entre os setores educação e saúde, além do que pretendia ser um instrumento de reflexão, fortalecimento e consolidação das referências de serviços de saúde à comunidade escolar (SILVA; PANTOJA, 2009).

As experiências no contexto de consolidar a relação saúde e educação serviram como base e obtiveram contribuições importantes para a construção de uma política de saúde na escola que tivesse efetividade no acesso dos escolares à saúde, contribuindo para melhorar os índices de educação básica e de saúde. Com o foco na intersetorialidade, o PMSEC constituiu-se em uma forma de elaborar e operacionalizar o PSE nacional e serviu de base para a elaboração do projeto de adesão ao Programa Federal pelo município do Rio de Janeiro.

O PSE Nacional foi instituído por decreto oficial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, resultado do trabalho Interministerial da Educação e da Saúde, com a perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino (BRASIL, 2007). Tem por finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2009).

Dentre os objetivos do programa, vale ressaltar, dentre outros, a evidente preocupação em realizar ações de prevenção e promoção de saúde.

Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; Articular as ações do Sistema Único de Saúde às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espações, equipamentos e recusos disponíveis; Promover a comunicação entre as escolas e unidade de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos participantes; Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde (BRASIL, 2017, p. 2).

O programa contribui para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporciona à comunidade um suporte para o enfrentamento das vulnerabilidades que

comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros, estimulando a população na participação de programas e projetos que articulem saúde e educação. Portanto, o PSE é uma proposta que pretende exprimir uma nova perspectiva no desenho da política de saúde na escola, ultrapassando as dimensões biomédicas do processo de saúde e doença, tendo como referência o conceito de saúde que engloba diversos aspectos determinantes da qualidade de vida (GOMES, 2012).

Segundo o caderno do PSE, os critérios para adesão dos municípios até o ano de 2012 eram dentre outros, eram: ter EqSF atuando no município; compôr um Grupo de Trabalho Intersetorial que irá elaborar o projeto e acompanhar a implantação e o desenvolvimento do PSE; elaborar o projeto de maneira conjunta entre a SMS e a SME; incluir a saúde no projeto político-pedagógico; alimentar as informações necessárias ao acompanhamento dos indicadores nacionais propostos (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

No entanto, a partir do ano de 2013, todos os municípios do país passam a ser considerados aptos a participar do PSE, assim como todas as equipes de AB e as ações foram expandidas para as creches e pré-escolas. Assim todos os níveis de ensino passam a fazer parte do PSE (BRASIL, 2013). Vale pontuar de que, de acordo com a Portaria Interministerial, publicada no ano de 2017 (BRASIL, 2017, p. 2), são diretrizes para a implementação do PSE a descentralização e respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo; controle social; e monitoramento e avaliação permanentes.

No contexto da implementação do programa, segundo GOMES (2012), o PSE Nacional foi lançado no município no Rio de Janeiro em maio de 2009, após a realização de um seminário que envolveu secretários e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), da SME e da SMDS, assim como representantes do nível de gestão central e os representantes de cada setor. Nesta, discutiu-se a realização de um trabalho intersetorial e a importância da formação de grupos de trabalho para facilitar a implementação e a gestão do PSE, sendo que o evento teve como principal objetivo a criação de colegiados regionais e intersetoriais de gestão de saúde na escola.

Para a implementação do PSE, o município utilizou a estratégia a criação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), conforme previsto na Portaria 1.861 de setembro de 2008<sup>7</sup>, onde

aderirem ao PSE.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Portaria Nº 1.861 de 4 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, que

tanto o planejamento quanto a execução, monitoramento e avaliação das ações são realizados coletivamente, no intuito de atender às demandas locais. O GTI Municipal (GTI-M) é composto por gestores da SMS e SME e também podem fazer parte representante da Equipe de Saúde da AB e das escolas, estudantes e pessoas da comunidade local, tendo como uma das responsabilidades possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as Equipes das Escolas e as Equipes de AB, entre outras responsabilidades (BRASIL, 2013, p. 5).

Com o intuito de facilitar a dinâmica de trabalho para concretizar o PSE, torna-se evidente a importância do planejamento das ações que envolvam os componentes básicos do PSE (Avaliação das condições de Saúde; Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde; e Formação dos envolvidos) e que estes sejam monitorados pela equipe executora, gestores e coordenadores. Desse modo, o processo de planejamento, monitoramento e avaliação deverá ser acompanhado pelo GTI-M, sendo que tal estratégia potencializa a prática intersetorial e a atenção à saúde e a educação integral.

O município, com base em sua experiência com os PSE, nesse período, ainda criou e publicou no Plano Municipal de Saúde (2010-2013), a criação de um Núcleo de Saúde na Escola e na Creche (NSEC) que se encontram no nível das Coordenadorias Regionais de saúde, educação e desenvolvimento social, de acordo com a divisão territorial do município. Os NSECs foram criados na perspectiva de estimular a elaboração de planos de ação regional que considere a realidade local e seus principais atores no intuito de acompanhar e avaliar o Programa Saúde na Escola e na Creche, já que o Rio de Janeiro foi um dos municípios que incorporaram as creches municipais junto às escolas da rede básica de educação pública. O núcleo foi citado novamento o Plano Estratégico (2014-2017), com o propósito de mantê-lo oporante visto sua potencialidade no território (RIO DE JANEIRO, 2015).

Corroborando com o propósito desta pesquisa, evidencia-se que, segundo Silva (2010), de fato o PSE continuará em processo de consolidação, avaliação, redefinição e transformação, tanto no Brasil, quanto no município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, com base nas avaliações e nas práticas vivenciadas poderão ser adicionados outros mecanismos que darão estrutura às relações entre os diversos componentes e atores do programa.

## 2.3 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

Para direcionar o caminho epistemológico, conferindo rigor ao arcabouço metodológico, faz-se necessária uma abordagem sobre avaliação em saúde, tomando esta como um processo crítico-reflexivo para subsidiar a tomada de decisão pautada no consenso de seus

resultados entre gestores, profissionais e, ao seu modo, com os usuários, tornando-a possivelmente útil.

Segundo Hartz (1999), a avaliação goza de um prestígio imenso e sua institucionalização se acelera. Porém, ao longo dos anos, a avaliação vertical e sem participação dos envolvidos ganhou estreita relação de poder, agregou conseguências e, por vezes, não teve boa aderência dos que participavam do processo, e muito menos houve uso dos resultados gerados. Nesse movimento de aproximar e tornar a avaliação rotina, ou seja, na tentativa de institucionalizar e desenvolver a cultura de avaliação na saúde, o MS (BRASIL, 2005) lança a Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) anos depois.

No entanto, segundo Souza (2011), mesmo sendo processos induzidos pelo MS, as respostas das equipes ainda estão aquém do esperado. Na prática, faltam domínios teóricos, metodológicos e conceituais para a utilização dos instrumentos de gestão, inclusive da avaliação como ferramenta atrelada ao processo decisório de maneira orgânica. Além disso, faltam condições infraestruturais e administrativas que favoreçam o aprimoramento do processo gerencial nas dimensões técnicas e políticas. Isso possivelmente contribui com o baixo desempenho dos serviços, com desperdícios de recursos e alto grau de improvisações na tomada de decisões.

Diante dos diversos conceitos de avaliação, é importante destacar como o MS a define, de acordo com a Política Nacional:

Avaliação em saúde pode se configurar num instrumento central para implementação da universalidade e equidade dos serviços de saúde, principalmente se aquilatada com a participação da sociedade no controle das ações governamentais. Refletir sobre a efetividade e eficácia das ações e serviços de saúde, supondo participação e controle democrático, pode se traduzir na ampliação do acesso à saúde da população, principalmente se tal prática se insere no cotidiano institucional das instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2005, p. 5).

Sobre a citação de avaliação como instrumento central de implementação é importante destacar que não se pode compreendê-la como um momento pontual, apenas para a identificação e correção do problema ou para prestação de contas e repasse de recursos. Devese estimular a avaliação como prática cotidiana, que possa auxiliar no processo decisório e pautar as necessidades de mudança condizentes com as necessidades do território, em que o processo respeite a interferência do contexto local. Ressalta-se que as mudanças hão de vir com práticas avaliativas que ultrapassam os processos impositivos de avaliar apenas para cumprir o que está estabelecido nos instrumentos legais e normativos (SOUZA, 2011).

Almeida e Melo (2010) trazem em seu artigo a importância de estudos avaliativos para o controle social, para a organização do serviço e para as práticas profissionais na AB, na discussão da importância de avaliar para melhoria da qualidade dos serviços ofertados. Neste contexto, Hartz (2005) aponta o processo de avaliação como capaz de influenciar e nortear o comportamento dos serviços de AB, ou seja, adotar um modelo orientado para a ação, ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão. Dando continuidade à discussão do papel e da importância da pesquisa avaliativa, Serapioni (2009) aponta que pesquisas nesta temática são como o coração da avaliação, em que, através dos seus resultados, fica evidente a necessidade de incorporação da prática assistencial.

Ao longo dos anos, o processo de avaliação foi ganhando novos focos, novas questões e gerações de pesquisadores, objetivando a busca por responder às questões que são consideradas insatisfatórias. Acredita-se que esse processo de constante mudança de foco resulta em um aumento do interesse pelo campo de estudos sobre avaliação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

No histórico do campo da avaliação, o tema emerge com interesse no cenário mundial no início do século XIX, na Europa, em que as verdadeiras avaliações abrolham marcadas por heranças da revolução intelectual e humanista que consagra a ideia da ciência e da racionalidade como ferramentas dispositivas do ser humano para ampliar o seu conhecimento do mundo e melhorar sua condição. Por outro lado, a revolução industrial, que acontece no final do século XVIII, segue com a origem de uma série de progressos tecnológicos, econômicos e sociais que marcam o conjunto histórico do século XIX. Destacam-se avaliações desse período como: avaliação das políticas explícitas de bem-estar propostas na Alemanha, em 1883, na medida em que as tranformações provocavam melhorias, ou não, nas condições de vida da sociedade; avaliações dos currículos escolares, sistemas educativos — o período também exaltou a aplicação de métodos científicos, sistemas de registros sistemáticos — como investigação de óbitos e os trabalhos de John Snow no contexto da terceira grande epidemia de cólera que ocorreu na Grã-Bretanha em 1853 e 1854. Essa fase, também conhecida como a primeira geração da avaliação, teve como característica de destaque a mensuração e a testagem (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Outro período característico da avaliação e envolvido por contextos históricos mundiais, também chamado de segunda geração, foi marcado pela emergência de uma nova abordagem de análise avaliativa em identificar e descrever o processo avaliativo e que marca o surgimento da avaliação de programas. Em continuidade, os autores pontuam a terceira geração apoiada no julgamento de mérito e do valor de uma intervenção para ajudar na tomada de decisões. A

quarta e atual geração é aquela se refere ao processo de negociação entre os atores interessados e envolvidos na avaliação no escopo de uma avalição útil, advindos do embate teórico e metodológico do processo de produção de avaliações com modelos positivistas, dependentes de especialistas que dominam estatísticas sofisticadas. Nesse contexto, a avaliação contemporânea vai ganhando o seu espaço e é resultado dos esforços e das controvérsias que ocorreram para o enriquecimento progressivo do arsenal teórico, metodológico e contribuiu para o crescimento de recursos institucionais do campo da avaliação (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011; CRUZ, 2012).

As décadas de 1980 e 90 foram um período de significativo desenvolvimento na avaliação de políticas públicas na América Latina. Há consenso de que o processo de avaliação foi posto a serviço da reforma do Estado, porém houve predomínio da concepção tecnicista e produtivista (FARIA, 2005). No contexto nacional, a avaliação tem sido um assunto de interesse crescente por parte de governos e diferentes atores envolvidos na implementação de projetos e de ações (WESTPHAL; MENDES, 2009). Com o aumento crescente do interesse em implantar e implementar programas e políticas de saúde envolvendo grupos humanos, houve a necessidade de avaliar seu valor e sua pertinência. Entretanto, essa avaliação tem maior foco nos recursos e financiamentos e, na prática, pouco se trabalha sua consistência e amplitude, o que evidencia a pesquisa avaliativa como ferramenta das práticas profissionais e de gestão.

No entanto, esse contexto tem sofrido mudanças, pois na última década houve aumento nos estudos no Brasil e o crescimento de avaliações ligadas a instituições de ensino, o que favorece a um processo de avalição externa, aliada a metodologias científicas e com rigor ético. Segundo Trevisan e Bellen (2008), há cada vez mais estudos da área de políticas públicas no Brasil e ainda aponta para diversos questionamentos sobre a avaliação de políticas públicas que se colocam, de forma gradual, na agenda de pesquisas acadêmica.

No contexto das pesquisas avaliativas, inovações e refinamentos teóricos, com relação a metodologias de avaliação, estas acompanharam e acompanham de perto as concepções e funções das políticas públicas e de seus programas de execução. Nesse sentido, buscou-se o conceito e a metodologia que melhor permitisse o alcance dos objetivos propostos nesta tese. Como definição do conceito teórico de avaliação adotado por esta pesquisa, apresenta-se o conceito definido por Champagne e colaboradores:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos (com campos de julgamento diferente), estejam aptos a

se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ação (CHAMPAGNE *et al*, 2011a, p. 44).

A pesquisa de avaliação de programas e projetos de saúde pode se desenvolver em seis tipos de análise. São elas: análise estratégica, análise da intervenção, análise da produtividade (de produção), análise dos efeitos, análise do rendimento e análise da implantação. Fazer pesquisa avaliativa em uma intervenção consistirá, portanto, em fazer uma ou várias destas análises. No caso do objetivo apresentado nesta tese, foi utilizada a análise de produção, que mantém vínculo estreito com a análise de implantação, defendida por Lambert Farand (2011). Esse autor aponta a contribuição desta análise não somente para avaliação das intervenções, mas também para sua concepção, planejamento, implementação e aperfeiçoamento contínuo.

A análise de produção se interessa em até que ponto e em que condições o sistema se organiza para atingir os objetivos da organização e procura medir alguns aspectos da produtividade, continuidade e da qualidade global do processo de produção. Nestes aspectos, espera-se que, com o processo de avaliação, os erros e acertos sejam identificados no escopo de mudança de estratégias para melhorias da qualidade do serviço e do bem-estar coletivo, ou seja, ter como finalidade uma alavanca para a transformação de uma situação (CHAMPAGNE et al, 2011a, p. 51).

O modelo conceitual do processo de produção, segundo Farand (2011) corresponde à transformação de insumos em exsumos pela mobilização de recursos. No campo das intervenções em saúde (Figura 1), os insumos correspondem à 'necessidade', de acordo com a concepção de Donabedian – isto é, estados de saúde que a intervenção tem por objetivo modificar – e os exsumos correspondem aos resultados (estados de saúde modificados pela intervenção mais os seus efeitos secundários). Os recursos são, nesse caso, os recursos humanos, materiais, informacionais e tecnológicos mobilizados no processo de produção.

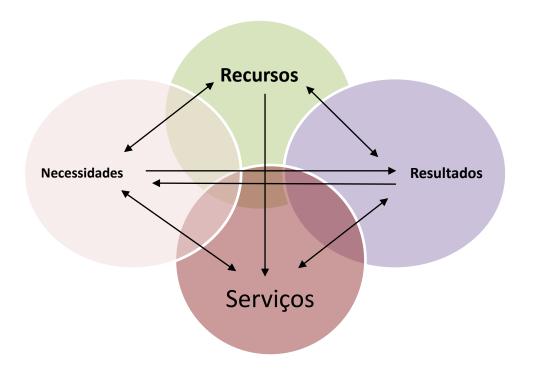


Figura 1 - Componentes de intervenção em saúde segundo Lambert Farand (2011).

Fonte: Baseado no Modelo conceitual do processo de produção da Análise de produção (FARAND, 2011).

Para a avaliação aqui apresentada, as necessidades constam em transformar as ações de saúde voltadas para o escolar de forma mais ampla, que asseguram a integralidade nas ações de saúde, sob a dimensão da prática de monitoramento e avaliação. Os recursos correspondem às informações e diálogo crítico-reflexivo sobre o atual estado de magnitude de ações, com base em um levantamento das necessidades e identificação de recursos e estratégias utilizadas para planejar as ações entre as EqSF e as unidades escolares. Por fim, consequentemente, pretendese como contribuição melhorias na prática de monitorar, planejar e avaliar as ações de saúde do PSE Carioca e, assim, melhorar a distribuição de temáticas e proporcionar maior disseminação dos serviços de ações de promoção, prevenção e educação em saúde, dando maior possibilidade do escolar em adotar hábitos saudáveis e, consequentemente, maior qualidade de vida.

# 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa, que utiliza o método pesquisa-ação. Essa escolha foi feita para atingir os objetivos e promover a colaboração dos atores envolvidos no processo de monitoramento e avaliação das ações do programa, bem como tentar torná-lo prática cotidiana das equipes da AB.

A pesquisa-ação é um método de condução de pesquisa aplicada, a qual consiste em um processo em que os atores implicados participam, junto com os pesquisadores, para chegarem interativamente a elucidar a realidade em que estão inseridos, identificando problemas coletivos, buscando e experimentando soluções em situação real (THIOLLENT, 2011). Ou seja, possibilita a interação entre pesquisador e participante, entre o saber formal e o saber informal, entre a teoria e a prática, o que acarreta em propostas de mudanças reais na forma como as pessoas interagem entre si e com os outros.

Segundo Hartz (1997, p. 26), negligenciar as dimensões "complexas" na pesquisa avaliativa tem como consequência, na área da saúde, a produção de resultados provavelmente pouco úteis para influenciar o comportamento organizacional. Assim, a autora infere (HARTZ, 1997, p. 22) que, neste aspecto, a pesquisa-ação torna-se então uma escolha para o entendimento da linguagem ou expressão privilegiada do paradigma dessas dimensões complexas, dentro de uma pesquisa de avaliação, pois permite a interação entre o pesquisador e o objeto de estudo e a imersão daquele neste.

Conforme o exposto, o método de pesquisa-ação foi o que melhor respondeu os objetivos aqui colocados, principalmente no que corresponde ao valor do conhecimento gerado e a 'ação' que se pretendeu estudar, no caso, o processo de monitoramento e avaliação contínuos por parte da equipe gestora do PSE Carioca e da EqSF. Para compreender a aproximação dos objetivos e o método escolhido, Thiollent (2011) aponta a questão das especificidades da pesquisa-ação com relação ao objetivo prático e de conhecimento. No âmbito prático contribui para o equacionamento possível do problema e propostas de ações no escopo de auxiliar natomada da decisão ou solução, transformação, do problema levantado. Enquanto objetivo de conhecimento, contribui para obter e disseminar informações que seriam de difícil acesso por meio de outros procedimentos.

# 3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O referencial metodológico utilizado são as publicações de Michel Thiollent (2011) e os estudos da área de enfermagem que também se apropriaram no método da pesquisa-ação (SILVA *et al*, 2011; MONTEIRO *et al*, 2010; SOUZA, 2011).

Segundo Monteiro *et al* (2010) essa metodologia poderá contribuir para potencializar os resultados de pesquisas em enfermagem nas quais os sujeitos envolvidos fazem parte do contexto coletivo dos problemas evidenciados, em que se tornam capazes de explorar, agir, avaliar e consequentemente transformar o contexto do grupo de participantes, contribuindo para a conscientização coletiva no processo de mudança.

No âmbito das pesquisas no campo da saúde coletiva e na área de enfermagem, destacase a importância da pesquisa-ação associada a diversas formas de ação coletiva, tendo em vista que as pesquisas desenvolvidas nestas áreas têm por finalidade a ação do cuidar, a promoção do bem-estar e a melhoria da qualidade de vida da população com a proposta de discussão entre profissionais, área acadêmica e usuário (SILVA *et al*, 2011). No entanto, buscou-se identificar os principais colaboradores e interessados na avaliação para serem os participantes do estudo, proporcionando melhor entendimento dos problemas de ordem prática no escopo de melhorias e transformação, assim como tornar o processo avaliatico democrático e perticipativo.

A pesquisa-ação possui doze fases que se interrelacionam e que são flexíveis, porém não necessitam ser seguidas de forma ordenada e com rigidez (SILVA *et al*, 2011). Embora contenha fases ordenadas, seu planejamento pode dar-se de maneira sequencial ou simultânea, dependendo da dinâmica relacional do grupo envolvido com a situação problematizadora a ser investigada (MONTEIRO *et al*, 2010).

A seguir, descrevo as fases da pesquisa que foram seguidas com o máximo de rigor metodológico possível e com a flexibilidade que o método permitiu. As fases do período de trabalho de campo estão apresentadas em um consolidado no diagrama descrito no capítulo anterior. Uma das principais alterações consta de que, após a reunião com os gestores, decidiuse que seria mais válido acompanhar as reuniões locais de NSECs para que obtivéssemos as falas mais fidedignas possíveis, com apontamento dos entraves e das potencialidades do território sem que houvesse constrangimento ou comparação com os outros territórios. O consolidado das reuniões se encontra no capítulo 5, na categoria sobre avaliação da pesquisa quanto à percepção dos *stakeholders*.

## 3.3 CENÁRIO

Os dois núcleos que foram os grupos de observação tiveram colaboração de profissionais alocados em duas Áreas de Planejamento (AP) do município do Rio de Janeiro e para atingir os diversos profissionais que participaram da pesquisa, a produção de dados foi realizada nas duas APs, durante as reuniões locais de cada um dos dois NSECs. A reunião local acontece uma vez por mês na área na qual o Núcleo atua e que permitiu o melhor envolvimento dos participantes, visto que era um momento de discutir os entraves e as potencialidades da área.

Na fase exploratória, a maioria dos núcleos foi visitada. Desta forma, pode-se ter uma percepção mais abrangente da diversidade entre as áreas do município do Rio de Janeiro e entender sua problemática e discutir os registros e os dados de cada área. Isso possibilitou definir melhor o grupo de observação e as estratégias que foram discutidas para planejar as ações, frente a uma descrição das principais ações e escolas favorecidas pela proposta de saúde na escola. As reuniões foram acompanhadas por alguns colaboradores do estudo e foram gerados dados de diário de campo que serão utilizados para auxiliar a análise.

Para facilitar o entendimento da divisão territorial e tendo em vista que o cenário da pesquisa ter sido duas áreas do minicípio, vale a pena conhecer que, de acordo com o PSE Carioca, os NSECs são distribuídos por área de atuação, ou seja, por atendimento destes profissionais à comunidade escolar e os equipamentos de saúde de cada uma das áreas de planejamento da cidade. Logo, foram instituídos 10 NSECs, distribuídos por AP (Figura 2; Quadro 4).

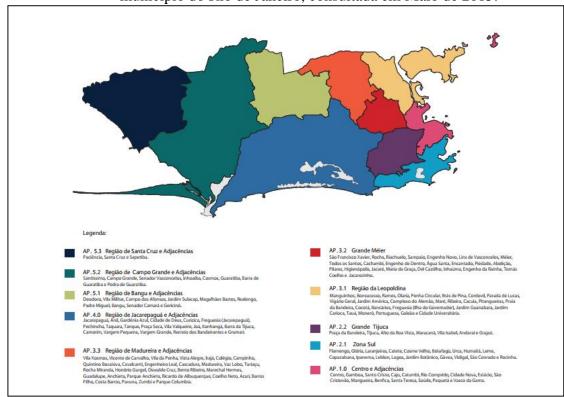


Figura 2 - Distribuição das Áreas de Planejamento (APs) e Regiões Administrativas (RAs) do município do Rio de Janeiro, consultada em Maio de 2015.

Fonte: CMAPS OTICS RIO, disponível em:

http://oticsbarra.blogspot.com.br/2013/08/conheca-o-cmaps-rio.html, consulta em maio de 2015.

No Quadro 4 observa-se a apresentação da distribuição dos núcleos em cada Coordenação Regional de Educação (CRE), AP e território para o trabalho da Coordenadoria de Desenvolvimento Social (CDS), segundo a organização proposta pela Prefeitura do Rio de Janeiro. Dois núcleos, dentre os dez existentes, foram cenário da pesquisa (Quadro 4).

Quadro 4 - Distribuição da Área de atuação dos Núcleos de Saúde na Escola e Creche. Rio de Janeiro, Outubro de 2015.

NSEC	CAP	CRE	CDS
NSEC 1	CAP 1.0	1ª CRE	1ª CDS
	CAP 2.1		2ª CDS
NSEC 2	CAP 2.2	2ª CRE	
		1ª CRE	
NSEC 3	CAP 3.2	3ª CRE	3ª CDS
		5ª CRE	
		1ª CRE	3ª CDS  4ª CDS
None 4	CAP 3.1  3 <sup>a</sup> CRE  4 <sup>a</sup> CRE	3ª CRE	
NSEC 4		CAP 3.1	4° CDS
		11ª CRE	
NSEC 5		5ª CRE	5ª CDS
NSEC 6	CAP 3.3	6ª CRE	6ª CDS
NSEC 0		8ª CRE	0 CDS
NSEC 7	CAP 4.0	7ª CRE	7ª CDS
NSEC 8	CAP 5.1	8ªCRE	8ª CDS
NSEC 9	CAP 5.2	9ª CRE	9ª CDS
NSEC 10	CAP 5.3	10°CDS	10°CDS

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, outubro de 2015.

#### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Ao todo, NSECs e *stakeholders*, **totalizaram 15 participantes** da avaliação de forma que são potenciais usuários diretos dos resultados da mesma e que atendem aos seguintes critérios de inclusão.

- a) Para Reunião de Modelização definição dos *Stakeholders*. Ser gestor ou já ter sido gestor do PSE em nível local e aceitar participar da reunião para modelizar o programa.
- Após a reunião de modelização, atender aos critérios de grupo de observação pactuado coletivamente com os gestores (ver capítulo 4, item 4.6 - Análise de Produção PSE Carioca).
- c) Estar inserido em um núcleo intersetorial (NSEC) de uma área do município do Rio de Janeiro.
- d) Participar das reuniões mensais do NSECs que são agendadas pela SMS e SME.

 e) Aceitar participar da pesquisa e aceitar ser um possível componente do grupo de observação.

Quanto aos critérios de exclusão, são os seguintes.

- a) Os profissionais que se ausentarem por mais de três reuniões.
- b) Os Núcleos de gestores que, mesmo após três tentativas, não for possível participar da sua reunião local, seja por motivo de agenda, seja por motivo de não comunicação com o pesquisador.
- c) Ser residente, estagiário ou aprendiz, estando lotados nos NSECs no período de coleta.

# 3.5 IDENTIFICAÇÃO DOS *STAKEHOLDERS* E PARTICIPANTES DO ESTUDO

Como a iniciativa PSE Carioca perpassa três secretarias (Saúde, Educação e Desenvolvimento Social), ficou evidente, durante a reunião com os gestores na fase exploratória, a necessidade de admitirmos a participação dos atores que seriam os responsáveis por desenvolver o papel de monitorar, acompanhar e fazer a crítica dos dados que gerados no modelo piloto da ficha de registro proposto pelo PSE carioca (ANEXO D). Portanto, ficou acordado com os gestores que os participantes da pesquisa seriam os profissionais que compõem o NSEC, que são constituídos por representantes das Coordenadorias de Áreas de Planejamento (CAP) da SMS, das Coordenadorias Regionais de Educação (CRE) da SME e das CDS da SMDS.

Dentre as funções dos NSECs, encontram-se a de fortalecer e acompanhar, regionalmente, a articulação e a integração das ações do PSE Carioca com os programas instituídos pelo MS voltados para AB, como saúde da criança e imunização. Cabe, portanto, aos profissionais acompanhar e monitorar a atenção integral à saúde da comunidade escolar, garantir a entrega dos materiais educativos relacionados ao PSE para as equipes de saúde e para as escolas, qualificando e acompanhando a sua utilização (RIO DE JANEIRO, 2015). Isso justifica a participação dos NSECs na discussão e no desenvolvimento da pesquisa.

No entanto, para a construção do Modelo Lógico apresentado no capítulo 5, foi necessário a identificação dos *stakeholders*, ou seja, usuários potenciais da avaliação e também que melhor podem responder à pergunta avaliativa. No Quadro 5 apresenta-se uma descrição dos *stakeholders* e dos potenciais usuários da avaliação, ou seja, os possíveis interessados nos

resultados levantados na avaliação, a partir da identificação do papel que cada ator exerce no programa.

Quadro 5 - Matriz de Usuários Potenciais da Avaliação, PSE Carioca, município do Rio de Janeiro, Outubro de 2015.

		eiro, Outubro de 20		
Usuário potencial da avaliação	Papel no Programa	Métodos de Coleta de informação	Interesse na Avaliação	Papel na utilização dos achados
Equipe Técnica PSE Carioca	Gestão e operacionalização do PSE Carioca	Reunião de Construção e validação do Modelo Lógico (01/10/2015)	1. Compartilhar o entendimento dos objetivos/ diretrizes/ metas do PSE.  2. Conhecer os fatores facilitadores e dificultadores para realização de ajustes, quando necessário.	Realizar o acompanhamento das ações de saúde do PSE Carioca de forma colaborativa.
Coordenador do PSE Carioca – Representante da SMS/RJ	Representante PSE Rio de Janeiro	Reunião de Construção do Modelo Lógico (01/10/2015)	1. Obter informações em relação à distribuição das ações de saúde no município e ampliar as ações por meio de sensibilização das EqSF;  2. Conhecer os fatores facilitadores e dificultadores para realização de ajustes, quando necessário;  3. Ampliação da articulação entre os grupos de gestores locais.	Revisão do arcabouço metodológico do PSE Carioca e revisão do processo de gestão.  Favorecer a visibilidade da Estratégia de Saúde da Família na definição de prioridades, planejamento e programação das ações na implantação do PSE.
Coordenador do PSE Carioca – Representante da SME/RJ	Representante PSE Rio de Janeiro	Reunião de Construção do Modelo Lógico (01/10/2015)	1.Ampliação das ações de educação em saúde por meio da sensibilização da comunidade escolar.	Utilizar a avaliação como ferramenta para orientar as Unidades Escolares de que a parceria e união com as

Usuário potencial da avaliação	Papel no Programa	Métodos de Coleta de informação	Interesse na Avaliação	Papel na utilização dos achados
			2. Ampliação da articulação nos grupos de gestores local.	Unidades de Saúde serão benéficas para a saúde dos escolares e não mais um trabalho acumulativo.
				Envolvimento da comunidade escolar na definição de prioridades, planejamento e programação das ações na implantação do PSE.
Coordenador do PSE Carioca – Representante da SMDS/RJ	Representante PSE  Desenvolvimento Social – Rio de Janeiro	Reunião de Construção do Modelo Lógico (01/10/2015)	Conhecer os entraves e potencialidades para realização de ajustes, quando necessário.	Realizar o acompanhamento do PSE Carioca observando as recomendações geradas na avaliação. Observar as barreiras que surgiram como entraves e trabalhar com
Articuladores Locais – NSECs	Fortalecer, regional e localmente, a interação da SMS, SME e SMDS com os outros parceiros na atenção integral à saúde da comunidade escolar	Discussão na reunião local de NSEC (1° Trimestre da pesquisa avaliativa)	1. Utilizar a avaliação como ferramenta pra orientar as Unidades de Saúde e escolas 2. Promover a reflexão de que a parceria será benéfica para a saúde dos escolares. 3. Contribuir para ajustes, se necessário, no monitoramento das atividades.	foco em reduzi- las.  Reflexões para identificação de vulnerabilidades e potencialidades para proposição estratégica de novas ações e ampliação dos serviços ofertados à comunidade escolar  Possibilidade de utilização do plano de ação proposto pelo estudo para promover

Usuário potencial da avaliação	Papel no Programa	Métodos de Coleta de informação	Interesse na Avaliação	Papel na utilização dos achados
				melhor distribuição das ações de saúde no território.
Diretores de Escola	Representante na execução do PSE Carioca — Educação	Discussão com os apoiadores NSECs na reunião local (Execução do Plano de Ação – 2º trimestre da pesquisa)	1. Promover a reflexão de que a parceria será benéfica para a saúde dos escolares e não mais um trabalho.	Promover a sensibilização sobre o que é ação de saúde na escola e a importância do monitoramento e avaliação dessas ações no ambiente escolar.
Gerentes das unidades de Saúde	Representante na execução do PSE Carioca – Saúde	Discussão com os apoiadores NSECs na reunião local (Execução do Plano de Ação – 2º trimestre da pesquisa).	1. A avaliação levantará reflexões relacionadas à organização do processo de trabalho dos profissionais das EqSF e identificará questões para ajustes, se necessário.	Melhoria do processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família e da relação Escola e Unidades de saúde.  Melhor planejamento, distribução, realização e avaliação das ações de saúde do PSE Carioca.
Enfermeiros da EqSF	Profissional que executa a ação junto com a equipe da ESF	Discussão com os apoiadores NSECs na reunião local (Execução do Plano de Ação – 2º trimestre da pesquisa).	Utilizar o monitoramento para que seja melhor planejada a distribuição e magnitude das ações de saúde no território.	Garatntir a execução dos serviços de saúde ofertados à comunidade escolar.

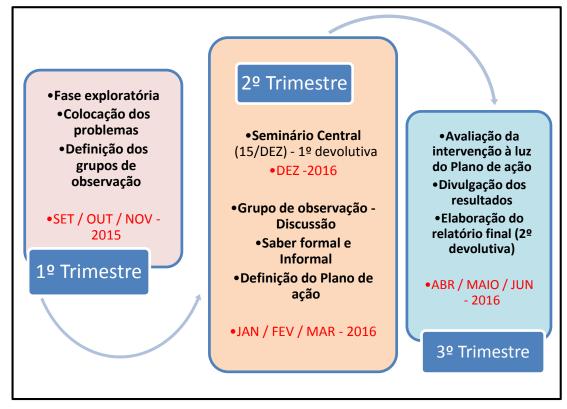
Usuário potencial da avaliação	Papel no Programa	Métodos de Coleta de informação	Interesse na Avaliação	Papel na utilização dos achados
Comunidade escolar	Alunos, pais e reponsáveis, professores, diretores e profissionais da saúde que representam o PSE Carioca	Usuários indiretos da avaliação.	1. Sentirão melhorias quanto à integralidade do cuidado e melhor abordagem das temáticas de saúde.	Formação integral dos estudantes da Educação Básica pública brasileira por meio de ações de as de na escola: prevenção, promoção e atenção à saúde.

Fonte: Baseado na revisão de literatura sobre PSE e na análise das falas do grupo de discussão que participou da construção do Modelo Lógico, outubro de 2015.

## 3.6 PRODUÇÃO DE DADOS

A coleta e produção de dados aconteceram em três trimestres, representados na Figura 3, que corresponderam às etapas metodológicas. Ocorreram de forma a promover a colaboração de todos os envolvidos para execução e implantação do PSE no município.

Figura 3 - Diagrama do cronograma das etapas da pesquisa e produção de dados, municipio do Rio de Janeiro, outubro de 2015.



FONTE: A autora, com base nas fases da pesquisa-ação (THIOLLENT, 2011).

No primeiro trimestre, realizou-se a fase exploratória descrita anteriormente com entevistas semiestruturadas tanto na contrução do Modelo Lógico quanto nas reuniões dos territórios, através do instrumento, um roteiro de coleta de dados (APENDICE B) que foram melhores definidas após reunião com os gestores e coordenadores do programa, tendo como base as questões norteadoras do estudo. Nessa fase deu-se início a elaboração das estratégias de intervenções que poderiam ser sugeridas nas Unidades de Saúde do território.

Para a realização das reuniões, foi utilizada a técnica de grupo de discussão, gravadas em MP3, transcritas e devolvidas em forma discussão na fase de avaliação (Fase 3). Assim, foram acompanhadas as reuniões locais de cada um dos dez territórios do município que já haviam sido pactuadas entre as equipes, sendo que algumas aconteceram nas CAPs dos respectivos NSECs e outras nas CREs. Nesta etapa, em outubro de 2015, o grupo procurava discutir informações necessárias para responder à pergunta avaliativa e acabou por discutir e apresentar posteriormente no seminário central, com mais detalhes, para os coordenadores do programa, como forma de primeira devolutiva e relatório dos dados da pesquisa.

Nesse início da fase exploratória (em outubro), a primeira reunião local realizada foi selecionada para teste do roteiro de coleta de dados para avaliação e adequação do roteiro com um território que apresentava 99% de cobertura da ESF e por não ter outro grupo com igual cobertura, seria inviável sua participação como grupo de observação, pois não teríamos como equiparar os resultados. Portanto, o teste foi realizado nessa área com apenas alguns ajustes no roteiro. Essa entrevista não foi transcrita e não foi alvo de análise, porém o grupo participou igualmente e em conjunto com os outros grupos no seminário central como forma de devolutiva para os gestores.

## 3.6.1 Fase exploratória e colocação dos problemas

No contexto do referencial teórico utilizado, o processo de construção do Modelo Lógico do programa consta como a etapa de delineamento da pergunta avaliativa e definir a vialiabilidade do processo de avaliação e está exposta no capítulo 4, que discorre os resultados e as discussões dos achados nesta etapa. Portanto, com a construção dessa etapa, ficou evidente a importância de saber na prática como o programa funciona, quais são suas metas, atividades, resultados e quais os fatores que podem influenciar para o alcance desses resultados. Ou seja, foi importante essa etapa por permitir uma reflexão sobre o arcabouuço metodológico do programa.

Na fase de delimitação do tema e colocação dos problemas, foi necessário abrir um diálogo sobre a magnitude das ações no município pautadas no atendimento da Resolução Conjunta do PSE Carioca e destacar que "a ação é obrigatoriamente orientada em função de uma norma" (THIOLLENT, 2011, p. 59). No caso, a discussão foi direcionada para a melhor forma de investigar a identificação e descrição das ações no território com os resultados, tomando como base os registros da Ficha de Registro PSE Carioca (ANEXO D) — no escopo de responder a pergunta avaliativa discutida com o grupo de gestores participantes da reunião de construção do modelo lógico.

Nesse momento, foram convidados todos (aproximadamente 35 profissionais) que integram o NSEC de cada território para a participação na pesquisa. Assim foi possível identificar as expectativas, as principais falas sobre as ações e acompanhar as reuniões observando a apresentação dos dados de distribuições das ações, as Unidades de Saúde que realizam ações voltadas para o PSE Carioca ou não.

Essa fase teve duração de um trimestre, na qual foram levantados, em colaboração com todos os gestores e apoiadores, o apontamento e a decisão de quais seriam os NSECs grupo de observação. Estes foram convidados formalmente após discussão e levantamento das estratégias de implementação das ações de saúde na perspectiva dos 10 NSECs em consonância com a descrição encontrada nos registros do PSE Carioca pelo instrumento da Ficha de Registro.

#### 3.6.2 O lugar da teoria

O papel da teoria consiste em gerar ideias, perguntas ou diretrizes para orientar a pesquisa e as interpretações. Nesta fase foram apresentados e discutidos os referenciais sobre avaliação em saúde, os aspectos e a importância do processo de avaliação e tipos de avaliação (no foco da análise de produção). Essa discussão foi realizada em todas as fases da produção de dados, desde quando se deu início a pactuação das reuniões que foram coleta de dados da pesquisa e foi retomada no seminário, que gerou um relatório sobre as ativdades dos NSEC ao longo do ano de 2015 e foi entregue aos gestores centrais como resultado parcial do processo de monitoramento e avaliação propostos pela tese.

#### 3.6.3 Perguntas avaliativas

Em conjunto com *stakeholders*, foi discutida a seguinte pergunta avaliativa: "As atividades/ações de saúde do PSE Carioca estão sendo implementadas pelas EqSF com a magnitude/distribuição normatizadas?" Essa pergunta foi amplamente discutida com os gestores na fase de construção do Modelo Lógico (operacional e teórico) do programa e foi debatida após ser questionado de que forma a pesquisa de avaliação poderia melhor responder às necessidades do PSE Carioca.

#### 3.6.4 Seminário

O seminário central foi programado para acontecer na reunião denominada pelos gestores 'reunião de avaliação anual', programada e planejada junto com os gestores para o dia 15 de dezembro de 2015 e produziu um material normativo, parte teórico (análise conceitual) e outra parte que continha a descrição das ações oriundas da Ficha de Registro. Os relatórios, direcionados para a coordenação do programa, foram elaborados pelos intergrantes de todos os NSECs do município e foi não somente entregue um relatório de avaliação de cada área como também foi possível uma apresentação de cada grupo e uma discussão sobre as potencialidades e desafios de cada terrtório. Os resultados foram avaliados ao longo do andamento da pesquisa e apresentados no capítulo 5.

#### 3.6.5 Representatividade qualitativa

Pelo caráter colaborativo que se tinha como pretensão (COUSINS; WHITMORE, 1998), colher um dado qualitativamente e em cada território resultou em mais validade das vozes de cada território em diálogo com sua realidade. A cada reunião, deixava-se clara a importância de ouvi-los e de juntos pensar em ações de saúde para a comunidade escolar, sem que houvesse exaustão de um tema apenas. O relato de quem acompanha de perto as ações no território permitiu maior entendimento sobre os fatores facilitadores e dificultadores de cada uma das áreas, e contribuiu para a elaboração do Plano de Ação pautado nas necessidades da área, melhor descritos no capítulo 5, no subintem Análise de Produção dos Territórios A e B.

#### 3.6.6 Aprendizagem

Etapa que envolve a produção e disseminação de informações, elucidação e tomada de decisões, além de outros aspectos que fornecerão mais aprendizado para os participantes e para o pesquisador. Essa fase se consolidou na formação de um *corpus* teórico-prático, em que há a combinação entre o conhecimento teórico do pesquisador e o saber prático dos participantes, descrito nos próximos capítulos.

#### 3.6.7 Saber formal e informal

Visa estabelecer a comunicação, a fim de combater a prevalência de um saber ou outro dentre os participantes que têm prática na execução e daqueles ligados à liguagem acadêmica. Funde-se com a fase de aprendizagem em que se busca o entendimento e o estreitamento da relação entre os universos dos especialistas e dos participantes, tendo em vista que todos terão algo a contribuir (THIOLLENT, 2011). O caráter colaborativo favoreceu a comunicação, o aprendizado e o compartilhamento de experiências, assim como facilitou na disseminação dos resultados do estudo de forma dinâmica.

### 3.6.8 Plano de Ação

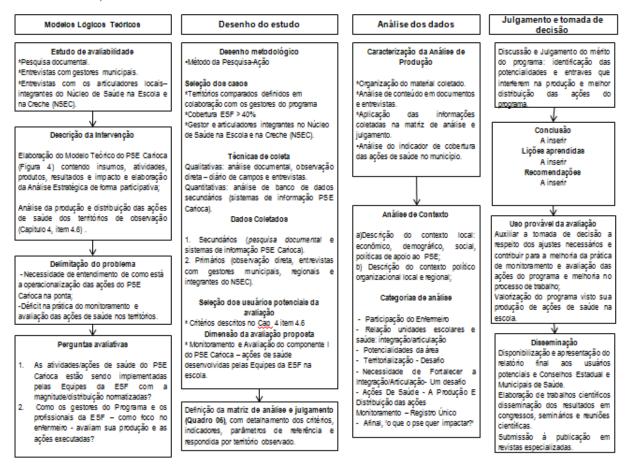
Corresponde ao período intermediário da fase de produção e possibilitou dialogar sobre o planejamento e o resultado mediato das intervenções promovidas pelos NSECs e pontuar as principais estratégias, propor melhores ferramentas e estratégias para estimular a EqSF, na ampliação das ações do PSE, com melhoria do planejamento e execução das ações, atendendo à saúde integral dos escolares.

Foi o momento da ação propriamente dita, em que a ação corresponde ao que poderia ser feito ou transformado para atingir a melhoria da atuação das EqSF no âmbito da saúde do escolar. O plano de ação foi constituído, por vezes, em reuniões nos territórios, seminários de dissseminação dos resultados, em que as informações e os diálogos eram compartilhados e procurava-se incentivar a prática do monitoramento e avaliação local das ações.

## 3.7 ANÁLISE DE DADOS

Para análise qualitativa dos dados, foram utilizadas as categorias que compõem a matriz de análise e julgamento. Dessa forma, seguiu-se o rigor de análise dos pontos levantados na discussão durante a realização da técnica de construção e validação do Modelo Lógico do PSE Carioca com base no referencial teórico utilizado nesta tese (CHAMPAGNE *et al*, 2011b). Para a elaboração da matriz, ainda se tomaram como base algumas diretrizes de implantação do PSE Nacional, como a territorialidade, integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde, e monitoramento e avaliação permantentes (BRASIL, 2017). Dessa forma, espera-se contribuir com a discussão e julgamento dos pontos de relevância trazidos pelos principais pontenciais usuários da avaliação, favorecendo a utilidade e a aplicabilidade dos resultados aqui descritos. O modelo operacional da avaliação pode ser analisado no Quadro 6, em que se descreve o arcabouço operacional da tese.

Quadro 6 – Modelo operacional da avaliação das ações de saúde do PSE Carioca, município do Rio de Janeiro, 2016.



FONTE: Elaborado pela autora, adaptado de Samico et al, 2010.

Segundo Alvez *et al.* (2010) no campo da avaliação em saúde, as matrizes são utilizadas para além de operações matemáticas e como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízos de valor. Assim, vale a discussão de que o modelo teórico da avaliação é constituído por matrizes integradas, como a construída a partir do modelo lógico, conhecida como matriz de descrição do progama. Numa pesquisa avaliativa ainda se podem identificar as matrizes de comparação, de análise e de julgamento.

A matriz de julgamento é construída por critérios, indicadores, padrões e pode incluir o mérito, chamada também de matriz final da avaliação. Sendo assim, as categorias que estarão descritas e analisadas no capítulo de discussão e julgamento serão as subdimensões que se encontram descritas na matriz de informação e julgamento (Quadro 7). Para esta tese, a incorporação da perspectiva de julgamento da avaliação será a citada por Cruz (2011), que entende julgamento:

Como a busca de um parâmetro, acordado entre as partes, para acompanhamento e desenvolvimento das ações e práticas de saúde propostas no âmbito de servicos e programas. Com isso, visamos enfrentar o 'pré-conceito' atrelado à avaliação e que a associa à punição (CRUZ, 2011, p. 5).

Para análise descritiva dos dados, foi realizada uma análise exploratória simples dos dados das seguintes variáveis contidas na Ficha de Registro do PSE Carioca (ANEXO D) e que fazem parte da construção do indicador do PSE Carioca: quantitativo geral de registros na rede, ações desenvolvidas, Unidade de Saúde e EqSF envolvidas, número de escolas envolvidas e número de alunos atendidos – individual e coletivamente (Quadro 9).

Um gráfico com a descrição do quantitativo das ações de saúde de forma comparativa com os territórios ano de 2015 permite também entender a produção e a realização das ações por área no município do Rio de Janeiro (Gráfico 1; Gráfico 2).

#### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Em cumprimento aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, foram atendidas as diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os sujeitos e assegurando os direitos éticos de consentimento, sigilo e anonimato dos entrevistados, assim como foram respeitados os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 2012).

A submissão ao Comitê de Ética foi iniciada mediante cadastro e inserção da pesquisa na Plataforma Brasil. A instituição proponente é a Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ e como instituição coparticipante tem a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, com avaliação prévia da Coordenação do Programa de Saúde na Escola Carioca, em suas duas Secretárias Coordenadoras (Educação e Saúde), assim como assinatura prévia do termo de autorização para realização para a pesquisa da Superintendência de Promoção da Saúde do Município (ANEXO A).

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS aprovou a pesquisa na reunião ocorrida em 25 de agosto de 2015, sob número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 46890515.8.0000.5238 (ANEXO B).

Para tanto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado aos participantes (APÊNDICE C), seguindo o modelo disponível no *site* do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e adaptado ao modelo recomendado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery. Nele constam os objetivos e as descrições da pesquisa, a aceitação voluntária do participante, assim como garante o anonimato do participante, que será identificado por número de entrevista com início do número nove (para evitar identificação do primeiro), exemplo E09. A aplicação do TCLE aconteceu na fase exploratória (a primeira reunião – construção do Modelo Lógico) e em cada reunião local com os participantes da pesquisa, ou seja, com os participantes das reuniões de NSEC local. Trechos das falas dialogadas foram apresentados ao longo das etapas de avaliação, no capítulo 4, com a identificação de E09 a E25. Para a avaliação do estudo, os nove *stakeholders* que responderam ao formulário no mês de outubro e novembro de 2016 foram identificados aqui por S1 a S9.

## 3.9 CRITÉRIOS DE RIGOR DO ESTUDO

#### 3.9.1 Credibilidade

Na busca de atender ao rigor metodológico e aos aspectos éticos da pesquisa, os registros e observações foram buscados para serem os mais pertinentes sobre o objeto pesquisado. Foram interpretados e apresentados para confrontação e interpretação junto aos grupos envolvidos a cada reunião de devolutiva dos resultados da pesquisa (dezembro de 2015, março de 2016 e janeiro de 2017). Assim, busca-se também ser uma pesquisa avaliativa útil, com resultados em tempo oportuno para tomada de decisão e melhorias na distribuição das ações de saúde escolar.

## 3.9.2 Aplicabilidade

Foi realizada uma busca para possível aplicação dos conhecimentos e experiências geradas no contexto desta pesquisa para outros locais, vislumbrando gerar informações as mais completas possíveis, de modo a facilitar a (re)aplicabilidade do estudo em outras realidades de território, assim como incentivar novas pesquisas nas temáticas avaliação e saúde escolar.

#### 3.9.3 Confiabilidade

Os dados e informações gerados no estudo serão guardados por um período de cinco anos após a defesa desta tese, estando passíveis de consulta por qualquer participante do estudo. As falas dos participantes, que foram gravadas e transcritas, foram reapresentadas aos participantes para evitar quaisquer confundimento de análise e transcrição. Também foram, como apanhado geral do diálogo, apresentando trechos das falas com identificação de numeração aleatória.

#### **4 RESULTADOS**

# 4.1 ETAPAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PSE CARIOCA

Nos próximos capítulos apresentam-se os resultados e a análise do processo de avaliação. As fases e o método da pesquisa-ação, em consonância com o referencial teórico utilizado, foram descritos em etapas ao longo do período de coleta. Dessa forma, o resultado desta tese é apresentado em ordem cronológica e seguindo as etapas do processo de avaliação realizado.

Para caracterizar uma pesquisa avaliativa, é recomendado que se tenha produção de conhecimento e capacidade explicativa, além da preocupação com o contexto e sua relação com o programa. Portanto, os resultados possuem características avaliativas visto, que adotam o método da pesquisa-ação, produzem conhecimento ao explicar o PSE em seu contexto no município do Rio de Janeiro e trabalham na perspectiva de responder às perguntas avaliativas formuladas em colaboração com os *stakeholders* – (usuários potenciais da avalição, neste caso, os coordenadores do programa). Os resultados e a discussão dos achados serão apresentados a seguir.

# 4.2 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO OPERACIONAL DO PSE CARIOCA

Esta fase corresponde ao delineamento da situação analisada, ou seja, a colocação dos problemas em função dos critérios desejáveis. Corresponde à fase exploratória e de definição do problema. No contexto do referencial teórico utilizado, o processo de construção do Modelo Lógico do programa consta como a melhor técnica para delinear a pergunta avaliativa e definir a viabilidade do processo de avaliação. Ou seja, saber na prática, em confronto com a teoria, como o programa funciona em campo, na prática local, em função do contexto. Portanto, fazse necessário conhecer quais são as suas metas, atividades, resultados e quais fatores podem influenciar para o alcance desses resultados (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b).

O desenho do Modelo Lógico do programa é um esquema visual que expõe o funcionamento do mesmo e fornece base objetiva sobre a relação causal entre seus elementos (BEZERRA; CEZARIN; ALVEZ, 2010). O Modelo Lógico apresenta a racionalidade interna de funcionamento da intervenção, ou seja, a interação entre os recursos necessários, as

atividades previstas e os efeitos esperados, permitindo mapear se o programa opera como previsto e quais são os aspectos mais frágeis que requerem avaliação (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Primeiramente foi realizada uma análise documental para elaboração do modelo teórico e foram consultadas as publicações oficiais (MS, Decretos, Portarias e Diário Oficial do Município) e as publicações levantadas na busca para elaboração do estado da arte. Essas fontes permitiram caracterizar o programa, traçar os seus objetivos, seu público-alvo e suas metas, bem como ações para operar o programa, os recursos necessários e os efeitos a serem alcançados, auxiliando na introdução de novos elementos explicativos do fenômeno a ser estudado, porém numa perspectiva ideal, teórica.

Segundo Bezerra, Cezarin e Alvez (2010) o modelo lógico traduz a contribuição do programa aos resultados alcançados e visa a compreensão mais profunda dos mecanismos envolvidos na sua implantação. Porém, tem-se como uma das limitações da modelização o fato de não considerar as possíveis barreiras para execução das ações do programa. Portanto, é necessária a validação do Modelo Lógico e uma discussão sobre as barreiras e fragilidades com os atores principais que desenvolvem e gerenciam o programa.

Para validar a análise estratégica e o Modelo Lógico com os *stakeholders*, foi realizada uma reunião para discussão e elaboração do modelo. O convite para a reunião, que aqui será chamada de reunião de modelização, deu-se via email quinze dias antes do encontro. Atenderam ao convite sete participantes, que compareceram à reunião, que aconteceu no dia 1º de Outubro de 2015, às 14 horas, na sala de reunião localizada no oitavo andar, do prédio do nível central da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Os atores, e receptivamente seu quantitativo, presentes na reunião, foram das seguintes áreas: Equipe Técnica do setor Saúde atual (4) e anterior (1) do PSE Carioca; os seguintes gestores, Coordenador do PSE Carioca – Representante da SMS/RJ (1), Coordenador do PSE Carioca – Representante da SME/RJ (1). Serão apresentados ao longo dos resultados e discussão da tese trechos das falas representados pelos números E9 a E15.

#### 4.2.1 Análise da reunião para a construção do Modelo Lógico

Estavam presentes na reunião sete gestores do PSE Carioca, sendo apenas dois do sexo masculino, com idade variando entre 34 e 68 anos de idade, com tempo de atuação no PSE Carioca variando de 6 meses a 30 anos. Quanto à categoria profissional dos participantes: médico (2), enfermeiro (1), fonoaudiólogo (1), dentista (1), psicólogo (1) e pedagogo (1).

A reunião teve início às 14h20min, com apresentação da pesquisa, leitura do TCLE, assinatura e aceitação dos participantes. Foi explicada a técnica de coleta de dados, assim como o pedido de autorização para gravar o diálogo da reunião em aparelho de MP3, porém foi ressaltado que a identificação dos participantes seria com números aleatórios, para garantir ao máximo o seu anonimato. Logo em seguida, foi problematizada a criação do PSE Carioca, melhor contextualizado no capítulo 2, que aborda o histórico do PSE Carioca.

De forma breve para este capítulo, quando se percebe o histórico – melhor descrito anteriormente no capítulo 2, evidencia-se que a demanda do setor da educação sobre a situação de saúde do escolar e a ausência do setor saúde presente no ambiente escolar, resultou na situação de que professores chegavam a solicitar exames de avaliação cardíaca e exigiam os resultados, o que corrobora com a contextualização trazida no capítulo 2 sobre o referencial conceitual apresentado anteriormente, assim percebido conforme a fala a seguir:

"Uma demanda enorme foi criada pelo setor educação, quer dizer, essa questão não era do Rio de Janeiro, era um momento dessa história de criar especialista, de criança com problema de escolaridade (...). A saúde não se fazia presente nas escolas (...). (E12)

O contexto da criação do programa decorreu, em parte, pelos inúmeros encaminhamentos que o setor educação fazia de crianças que teriam problemas de aprendizado relacionados a fatores biológicos, além do processo de que o fracasso escolar estava relacionado com fatores de desnutrição ou outros fatores de saúde, em um contexto biológico (SILVA; BODSTEIN, 2016). No entanto, sentiu-se naquela época a necessidade de ter no município uma equipe de saúde que acompanhasse todos os escolares e que fossem direcionados aos especialistas. Com a lógica da promoção da saúde sendo amplamente discutida já no final dos anos 1980, tornou-se evidente a necessidade de mudança na lógica higienista e biologista, provocando mudanças evidentes (GOMES, 2012). Dentre estas, houve as Escolas Promotoras de Saúde (SILVA; BODSTEIN, 2016), que disparam um contexto de estreitamento da relação entre a escola e a saúde, traçando a necessidade de se elaborar o programa de saúde escolar, tal qual se apresenta nos anos de 2007 até os anos atuais.

Após uma discussão sobre a situação problema que levou à necessidade de criação do progama, tanto para os participantes da reunião quanto para o perquisador ficou ainda mais evidente a necessidade de se desenhar o modelo e entender o programa como ele deveria ser. Então, deu-se início de fato à construção do modelo.

Sendo assim, foram dispostas na mesa etiquetas plastificadas escritas com pincéis de cores variadas, que poderiam ser coladas com fita adesiva em um cartaz fixado em cavalete (*flipchart*), pincéis de cores variadas e foi iniciada a construção do modelo, em que apenas os tópicos 'componentes, insumos, atividades, resultados e impacto' e que foram pré-expostos para os participantes, conforme modelo adaptado do Centro para o Controle e a prevenção de Doenças – CDC dos Estados Unidos (BRASIL, 2007; BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Na medida em que eram lançadas as perguntas do roteiro de coleta de dados, as etiquetas eram colocadas e recolocadas pelos participantes. Após discussões, em certos momentos dúvidas e até mesmo receio quanto a como fazer o modelo e comparação com o modelo feito pelo pesquisador no dia enterior, formou-se o diagrama elaborado pelo grupo **sem alteração ou inferência** do pesquisador e pensado sob a ótica do programa nacional (Figura 4).

A situação-problema definida após a constução do Modelo Lógico foi: déficit na prática de monitorar e acompanhar a distribuição e amplitude das ações e atividades de saúde (Componente 1) nas escolas dos territórios cobertos pela ESF.

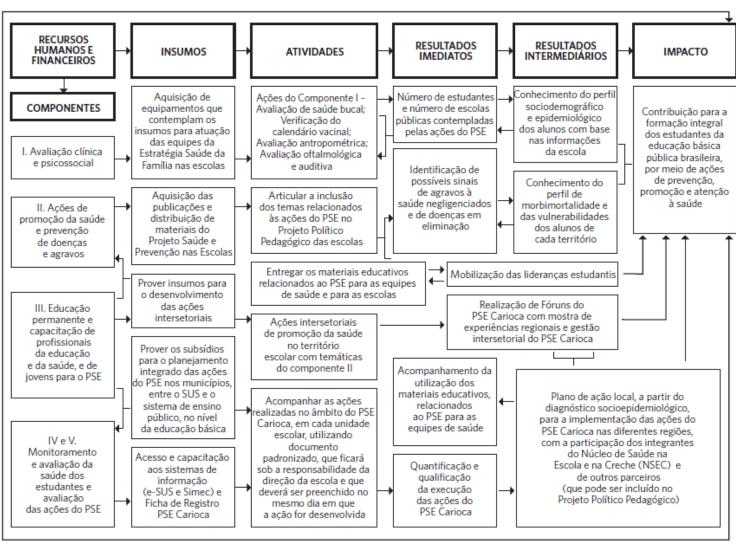


Figura 4 - Modelo Lógico do Programa Saúde na Escola Carioca – PSE Carioca, Outubro de 2015.

Fonte: Construído coletivamente pela autora, os coordenadores do PSE Carioca e a equipe técnica do PSE, representantes da Secretaria Municipal de Saúde e de Educação, outubro de 2015 (FONTENELE, *et al.*, 2017).

Alguns pontos de destaque durante essa construção são válidos para discussão, como por exemplo, o desconhecimento de um participante que integra a equipe técnica de saúde sobre os componentes do PSE Nacional, que são cinco e não três, como coloca o PSE Carioca. Quando pontuei que trouxe para a prática todos os compontenentes para visualização e que iríamos focar em três, um participante lançou a pergunta e foi explicado por outro participante da reunião sobre os cinco compontenes:

"Por que tem mais? (...) Então não são componentes, são ações? (...) Como assim? Me explica? (...) Olha, você está me trazendo algo novo (...)" (E10).

Para discussão, vale ressaltar que, para alcançar os propósitos do PSE Nacional, foram elaborados cinco componentes: a) avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; b) promoção da saúde e de atividades de prevenção; c) educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; d) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; e e) monitoramento e avaliação do programa (BRASIL, 2015). Já o Decreto Municipal do PSE Carioca (RIO DE JANEIRO, 2015), constitui-se apenas dos três primeiros componentes de ação, porém esclarece e aponta os demais como atribuições e diretrizes.

Ressalta-se a retirada de uma etiqueta do modelo construído pelo pesquisador, que correspondia à atenção psicossocial, com a justificativa de que esse processo está ainda em implantação no município e o grupo afirma que ainda não é realizado, por falta de profissional da área como psicólogos e psiquiatras para respaldo dessas atividades. Assim, foi decidido a retirada dele no Modelo Lógico do PSE Carioca para os anos de 2015 e 2016, com previsão de melhor implantanção em um futuro breve. Outro ponto de destaque foi que todos participaram da construção, mesmo pontuando dificuldades em entender o que estavam realmente desenhando. O que demonstra ter sido a primeira vez que eles realizavam essa prática. A dificuldade em colocar o programa em um diagrama visual e o quanto é válido uma discussão sobre seus componetes, fica evidente ao avaliar que no item insumos foram inseridas etiquetas que equivalem a atividades e também resultados, como acesso e capacitação aos sistemas de informação.

A partir da análise, foi possível o levantamento de palavras-chaves e categorias temáticas delineando os pontos para avaliação nos territórios. Na categorização das falas dos participantges foi possível desenhar a matriz de julgamento e a análise estratégica que se propõe na tese. Com a prátrica da construção do Modelo Lógico, foi possível publicar um artigo, que foi submetido à Revista Saúde em Debate, no número especial sobre Monitoramento e

Avaliação em Saúde para a Ação e publicado em março de 2017, com o título "Construção e Validação colaborativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola".

# 4.3 DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO E MATRIZ DE INFORMAÇÃO

A partir da análise das falas e da análise do modelo lógico do programa, foi possível elaborar a matriz de informação e julgamento (Quadro 7) que será utilizada como base avaliativa nas reuniões locais de NSEC, e que foi importante na construção do capítulo de análise e julgamento da avaliação aqui proposta.

Quadro 7 - Matriz de Informação e Julgamento, Outubro de 2015.

Pergunta de	As atividades/açõo	es de saúde do	PSE Carioca estão se	ndo implementadas pelas	Equipes da ESF
avaliação	com a magnitude/				
Objetivo da				as ações de saúde realizad	as pelas Equipes
avaliação	da ESF do municí			1	
DIMENSÃO	Subdimensão /	Técnica de	Como investigar	Padrão / Esperado	Valor
	categoria	coleta			
	Potencialidades da área	Reunião com os NSEC e Seminário Central	Relato dos NSEC na apresentação do seminário central	Identificar e utilizá-la a favor da melhor distribuição das ações na área	Sim = 2 Não = 0 Parcial = 1
das ações	Relação entre Unidades de saúde, Escolas e Desenvolvimento Social (Comunicação)	Entrevista com os NSECS	Como se apresenta em seu território a relação saúde, educação, desenvolvimento social e outros parceiros?	Reuniões periódicas e boa parceria entre as Unidades de saúde, Escolas e equipamentos de assistência social.	Possui agenda para reunião Sim = 2 Não = 0 Parcial = 1
avaliação	Vulnerabilidade	Reunião com os NSEC e Seminário Central	Relato dos NSEC na apresentação do seminário central	Identificar e ter/elaborar plano de ação para atuar e vencer as dificuldades	Possui Plano de Ação Sim = 2 Não = 0 Parcial = 1
Monitoramente e avaliação das ações	Territorialização	Reunião com os NSEC e Seminário Central	Relato dos NSEC na apresentação do seminário central	Identificar os problemas e ter/elaborar plano de ação para atuar e vencer as dificuldades	Sim = 2 Não = 0 Parcial = 1
Monite	Ações de Saúde e Participação do Enfermeiro	Entrevista com os NSECS e Análise Documental	Entrevista com os NSECs. Dados secundários do monitoramento – PSE Carioca	Pontuar as ações de saúde e como elas se apresentam na área; Conhecer a meta e atingi-la	Pontua ações e faz monitoramento Sim = 2 Não = 0 Parcial = 1
	Distribuição das ações Monitoramento – Registro Único	Análise descritiva exploratória	Dados secundários do monitoramento – PSE Carioca	Indicador de cobertura PSE Carioca. Temas diversos contemplando a intergralidade do cuidado.	Indicador de cobertura PSE Carioca
	uma breve avaliaç	ão da área, em	15 minutos durente à re	ontando as fragilidades e p ealização da manhã de sem ores, no dia 15 de dezembro	inário, realizado

Com o objetivo de determinar a pertinência da intervenção, ou seja, a adequação ou coerência entre os objetivos da intervenção e os possíveis problemas a resolver, foi elaborada a análise estratégica com base na análise da discussão realizada durante a reunião de construção do Modelo Lógico do programa. Segundo Oliveira e colaboradores (2015) a análise estratégica leva em consideração algumas questões como as seguintes. O problema escolhido é pertinente? Os objetivos traçados são adequados para identificar e resolver a situação problemática? As parcerias firmadas para resolução do problema são pertinentes, levando-se em conta seu lugar e papel? (BROUSSELLE *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Para a elaboração da análise estratégica, foram levantados alguns problemas citados pelos gestores no que diz respeito à dimensão que se pretendia estudar, à prática de monitoramento e à avaliação das ações do programa, o que corresponde ao componente cinco dos documentos normativos (BRASIL, 2007). Além disso, que durante a construção do Modelo Lógico foram apontados os problemas, discutida a pertinência da escolha do problema a ser estudado e identificado quem poderia melhor responder as situações problema. Assim, foi elaborado, de forma colaborativa, a roda de análise estratégica (Figura 5), definindo-se, assim, que o objetivo do estudo seria pertinente e que apontaria resposta útil para os potenciais usuários da avaliação proposta, que também se configurou como objetivo de interesse dos gestores e coordenadores.

Figura 5 – Roda da Análise Estratégica, outubro de 2015.

#### **SOMA DOS PROBLEMAS:**

- Necessidade de entendimento de como está a operacionalização das ações do PSE Carioca na ponta;
- Déficit na prática do monitoramento e avaliação das ações de saúde nos territórios;
  - Foco em apenas algumas temáticas;
- Desafio da intersetorialidade: frágil relação entre as Unidades de Saúde e as Escolas.

#### **OBJETIVO ÚTLIMO:**

Avaliar, de forma participativa com os gestores do Programa de Saúde na Escola, as ações de saúde realizadas pelas Equipes da Estrátegia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro.

# OBJETIVO DA INTERVENÇÃO

Contribuição para a formação integral dos estudantes da Educação Básica pública brasileira por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, atendendo as temáticas e atividades no PSE Nacional e Carioca (BRASIL, 2008; RIO DE JANEITO 2015)

#### PROBLEMA ESCOLHIDO:

Necessidade de entendimento de como está a operacionalização das ações do PSE Carioca para quem as executam;

Déficit na prática do monitoramento e avaliação das ações de saúde, para planejar e alcançar a saúde integral do escolar.

#### **OBJETIVO DOS RESPONÁVEIS (NSECs):**

Fortalecer e acompanhar, regional e localmente, a interação intersetorial e outros parceiros na atenção integral à saúde da comunidade escolar;

Garantir o atendimento aos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e subsidos para a gestão de recursos.

Fonte: Construído coletivamente pela autora, coordenadores do PSE Carioca e equipe técnica do PSE representantes da Secretaria Municipal de Saúde e de Educação, Outubro de 2015.

### 4.5 ANÁLISE DO CONTEXTO

Pode-se entender por contexto as ocorrências, situações ou interferências que modificam e formam o ambiente em que algo existe ou ocorre. A avaliação de ações promotoras da saúde não ocorre no vazio, tende a ser complexa e programática e deve estar profundamente envolvida com o contexto social (POTVIN, 2004). Portanto, sabendo do limite cronológico e político-organizacional como pesquisa, para avaliar o PSE é necessário entender o seu contexto em diferentes dimensões, a fim de inferir e identificar entraves e potencialidades que podem ser mutáveis daquelas que são justificadas por um contexto político-organizacional, de difícil acesso e transformação.

No contexto do ambiente escolar, apresentam-se diversos atores (professores, estudantes, merendeiras, porteiros, pais, mães, familiares, voluntários, dentre outros), com suas histórias e posições sociais distintas, que se refletem na maneira de pensar e agir sobre si e sobre o mundo. Isso deve ser entendido e incorporado pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família em suas estratégias de cuidado para o enfrentamento conjunto das necessidades daquele ambiente (BRASIL, 2009a). Conhecer o contexto em que se desenvolve a ação é importante para compreender, analisar e explicar os resultados obtidos, bem como para identificar os aspectos relacionados a seu êxito ou fracasso (SALAZAR, 2004). Para a elaboração da análise do contexto foram utilizados dados secundários, disponíveis nos decretos e publicações do Ministério da Saúde, publicações nas bases de dados consultadas no estado da arte.

No contexto da Resolução municipal que define o PSE Carioca, o mesmo visa implementar, em conformidade com as diretrizes do PSE Nacional, um conjunto de atividades organizadas e estruturadas por meio de parcerias entre as Secretarias de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social, buscando atingir a totalidade das escolas da Rede Municipal de Ensino, nos territórios de abrangência dos serviços de Atenção Primária à Saúde (RIO DE JANEIRO, 2015). Portanto, faz-se necessário uma breve discussão do seu contexto nos seguintes aspectos.

#### 4.5.1 Aspectos políticos – organizacionais

Dentre os principais desafios, o de maior dimensão é o fato de que a execução do PSE necessita ser uma pactuação intersetorial. Autores corroboram com esta afirmação sobre a intersetorialidade quando mencionam que a proposta de trabalho intersetorial é o principal desafio do Programa que visa solidificar a relação entre os campos da saúde e da educação, pois

implica na necessidade de modificações nas formas de atuação, operação política e gestões institucionais, como também na motivação e compromisso das pessoas que as integram (DIAS *et al.*, 2014; GOMES, 2012; FERREIRA *et al.*, 2014).

Neste aspecto, vale descrever sob o âmbito da gestão municipal - um aspecto políticoorganizacional que embate com a intersetorialidade é a definição de metas e o entendimento do
papel de cada secretaria na gestão e execução do PSE Carioca. São três secretarias (Saúde,
Educação e Desenvolvimento Social), que devem se articular para que haja avanços no
entendimento de metas compartilhadas, trabalho em equipe, discussão de casos e
planjemanto/gestão deliberados nos GTI-M (RIO DE JANEIRO, 2015). Nos resultados da tese,
no item sobre a discussão da relação e articulação do programa, diversos pontos são levantados.

Na reunião de GTI-M, realizada em setembro de 2015, foi provocada uma proposta de sensibilização dos profissionais, gestores e executores do programa. Nessa reunião, teve-se foco para o entendimento das metas e ações do PSE e discussão sobre as metas que perpassam pelas também metas e ações específicas de outras secretarias e programas, como o programa de imunização, coordenação das linhas de cuidados municipal, vigilância epidemiológica, entre outras como os articuladores dos programas de tranferência de renda do município. Isso teve uma avaliação positiva dos participantes, ao discutir e favorecer o entendimento do PSE, não como mais uma demanda, mas como um parceiro, entendendo que as metas se relacionam. Espera-se que isso seja levado em prática e volte a ser discutido com periodicidade, mesmo com a existência dessa dificuldade. Esta reunião não fez parte da coleta de dados.

No âmbito local (territórios) – uma das grandes dificuldades da execução das ações de saúde do PSE é o percentual de cobertura da ESF que, mesmo em crescimento, em dezembro de 2015 se apresentava em torno dos 48%, com proposta para aumento de até 70% até final do ano de 2017 (CNES/SUBPAV/RJ, 2015). Outro ponto que se pode citar, inclusive levantado em outro trabalho acadêmico, é o déficit de capacitação e mobilização dos profissionais admitidos para a execução de ações de saúde na escola, com avaliações e promoção da saúde (FONTENELE, 2013). No entanto, com a proposta de aumento da cobertura de estratégia e o número de EqSF, espera-se que o número de ações de saúde na escola se eleve gradativamente. Para isso é eminente a necessidade de que a recepção desses novos profissionais venha acompanhada da sensibilicação do que é o PSE Carioca. Essa estratégia emergiu como uma recomendação da tese após análise dos achados e melhor descrito no capítulo sobre 'Discussão e Julgamento'.

O município do Rio de Janeiro, como já mencionado, conta com 10 APs, 33 Regiões Administrativas e 160 bairros (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2010) (Figura 1). Entretanto, cada uma das 10 regiões da cidade constituide uma gestão regional de AP, que possui uma CAP, sendo que cada setor que coordena e gerencia dada região responde à SMS (gestor central) que apoia, supervisiona e direciona. Vale destacar este aspecto diferencial; por ser um município com 10 áreas distintas em diversos aspectos que se pode citar desde o socioeconômico, perfil de acesso aos serviços públicos de saúde, áreas de conflito – violência, áreas com densidade demográfica e outros indicadores geográficos e demográficos e outros fatores. Portanto, entende-se que cada área possui suas fragilidades e potencialidades, o que dificulta o planejamento e a execução de ações padronizadas. Porém, com a estratégia de descentralização de gestão, cada região se organiza e executa os serviços do programa ofertados de maneira que se adequem a cada realidade. No seminário central foi possível um compartilhamento de estratégias, exitosas ou não, de cada território, o que proporcionou um reconhecimento de todos quanto às dificuldades e potencialidades.

No que corresponde ao quantitativo da população total residente se encontra em 6.320.446 pessoas (IBGE, 2010). Destas, 19,4% da população encontra-se na faixa etária de 0 a 14 anos (IBGE, 2012). Os dados apontam que, em 2014, o município registrava 1677 unidades escolares municipais e o quantitativo de matrículas na rede pública municipal foi de 692.521 alunos, distribuídos dos seguintes segmentos (Tabela 1): Ensino fundamental (1°. ao 9°. ano, classes especiais e Programa de Educação de Jovens e Adultos - EJA); Creches (públicas e conveniadas); Pré-escola; e EJA (SME 2014/ARMAZEM DOS DADOS, 2015). Isso demonstra o quantitativo de crianças que podem ser atendidas, coletiva ou individualemente, pelas ações de saúde na escola, mas aponta para uma desproporcionalidade entre o número de unidades escolares, alvo das ações do PSE (1448) e o número de Unidades Básicas de Saúde (aproximadamente 310), aquelas que possuem EqSF, apontado por ser um entrave na discussão sobre território e capacidade de abrangência do PSE Carioca (ARMAZEM DOS DADOS, 2015).

Tabela 1 – Distribuição do quantitativo de alunos matriculados na Rede Pública Municipal, segundo os segmentos. Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro, 2014.

Matrículas na Rede Pública Municipal (SME 2014)	
Ensino fundamental (1º. ao 9º. ano, classes especiais e EJA)	508.052
Creches (públicas e conveniadas)	67.687
Pré-escola	79.154
Educação Especial	12.203
Programa de Educação de Jovens e Adultos/EJA	25.425
Total de matriculas	692.521

Fonte: Armazem dos dados. Disponível em: www.armazemdosdados.rio.rj.gov.br Consulta em 05 de Janeiro de 2017.

#### 4.5.3 Aspectos Externos – Políticas de Diversos Setores

O PSE Nacional é um programa interministerial que é favorecido com outras políticas e programas que positivam seu desenvolvimento e justificam a importância da saúde presente na escola, tanto com avaliações de saúde quanto com ações de promoção e educação em saúde.

Dente elas está a Politica Nacional de Promoção da Saúde (2006; 2014) que traz o novo foco da saúde escolar como ferramenta promotora de saúde; os Programas de Tranferência de Renda (Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.) que incentivaram a inserção de crianças em escolas como critério de recebimento de auxílio financeiro, além de acompanhamento do estado de saúde dos escolares com avaliações antropométricas e redução da desnutrição infantil; e o Projeto Olhar Brasil (BRASIL, 2008b) que se propunha em atuar na identificação e na correção de problemas de visão em alunos matriculados na rede pública de ensino da Educação Básica, priorizando, inicialmente, o atendimento ao Ensino Fundamental (1ª a 8ª série/1º ao 9º ano), em alfabetizandos cadastrados no "Programa Brasil Alfabetizado" e na população com idade igual ou acima de 60 anos.

Vale destacar pesquisas que atendem ao Decreto Presidencial (BRASIL, Nº 6.286, 2007) que institui o PSE, com ciclo a cada três anos e que se encontra no seu terceiro ciclo, denominada Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) (2009, 2012, 2015), com participação direta das unidades escolares e em parceira do MS com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A PENSE é uma pesquisa amostral e investiga o estado de saúde dos escolares do país, visa fornecer informações para organizar o monitoramento da saúde do escolar e para o planejamento das políticas públicas, sendo fundamental por ser um instrumento capaz de orientar a gestão e o aprimoramento das políticas públicas voltadas para os adolescentes. De importante destaque, a PENSE traz um retrato nacional de alguns aspectos

da saúde escolar, possibilitando uma discussão e fortalecimento de ações macroregionais. No entanto, o inquérito não permite acompanhamento em tempo real e de identificação de potencialidades e entraves de abrangência local, o que, por vezes, não possibilita a sua utilização no planejamento de gestão local e de forma contínua.

Dentre as outras políticas nacionais, vale constar a PNAB (2012), que aponta a relação entre as EqSF e o PSE e ainda descreve o programa, assim como evidencia que as equipes de atenção básica devem favorecer na execução das ações do PSE.

Como um ponto positivo, de caráter diferencial e inovador do PSE Carioca, consta na participação do setor e SMDS, com atuação na articulação dos seus equipamentos na execução das ações de saúde na escola, com demais equipamentos de saúde e com as escolas realizando ações direcionadas à proteção social das famílias. Segundo Decreto Municipal, entende-se por proteção social um conjunto de ações cujo objetivo é prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania (RIO DE JANEIRO, 2015).

As políticas, programas e pequisas apresentadas acima favorecem com que o PSE Nacional seja fortalecido. Dentro de uma análise de contexto, não há como colocar o PSE Carioca em um cenário único, sendo necessário o entendimento de seus entraves políticosorganizacionais, sua territórialização desproporcional entre o número de escolas e de unidades de saúde, sua diversidade temática e a diversidade de características de sustentação do programa nas diversas áreas e municípios do país.

#### 4.6 SEMINÁRIO CENTRAL – PRIMEIRA DEVOLUTIVA

O seminário central concentra todas as informações coletadas e produzidas e, segundo Thiollent (2011), reúne os principais membros da equipe de pesquisadores e membros significativos dos grupos implicados no problema que está em observação. Dentre as principais tarefas do seminário, destaca-se a de centralizar e discutir as informações provenientes das diversas fontes e grupos na fase exploratória e buscar soluções de forma colaborativa, assim como definir os grupos de observação e prioridades de ação (THIOLLENT, 2011).

Para o seminário central, houve um planejamento em equipe para a preparação dos participantes e um planejamento de como seria organizado o papel de cada membro da equipe, a fim de ser uma reunião didática e procporcionar a melhor maneira que se pudesse discutir cada território.

A primeira reunião para definir e planejar o seminário central aconteceu dia 19 de novembro de 2015, na sede central da prefeitura. Nesta estavam presentes os coordenadores do PSE Carioca da secretaria de Educação, equipe técnica do PSE Saúde e o pesquisador. Por consenso, ficou acordado que todos os NSEC participariam da reunião, já que os coordenadores/gestores do PSE Carioca estavam começando a se envolver e perceber a importância da avaliação por territórios como ferramenta para gestão e planejamento para o ano seguinte. Foi elaborado pelo grupo participante dessa reunião de planejamento um roteiro – com base no questionário e roteiro de coleta de dados utilizado na fase exploratória – para que os participantes dessa reunião discutissem em uma primeira etapa de preparação para o seminário em dezembro. Esse roteiro constou como pauta da reunião enviada por email para todos os integrantes do NSEC como convite de participação (APÊNDICE E).

Às nove horas da manhã de 24 de novembro de 2015, foi realizada a Etapa I da fase do seminário central, que foi uma discussão entre os representantes dos NSEC sobre os itens de avaliação das ações do PSE no território. Tratou-se de uma aproximação dos itens que foram enviados em pauta para preparação deum relatório. Nesse dia, viu-se que, ao longo da manhã, foram pactuadas datas para as próximas reuniões locais e um encontro com profissionais dos setores saúde, educação e desenvolvimento social, para elaboração de um relatório conjunto das ações de saúde do PSE Carioca, que foi solicitado e entregue às respectivas coordenações do programa. Observei, nessa etapa, certa aproximação e compromisso de alguns NSECs em elaborar um bom relatório, de forma que contemplasse as ações intersetoriais realizadas em sua área de abrangência, enquanto outros (a minoria do grupo) foram embora mais cedo e se mostraram incomodados com o pedido de avaliação de área.

No dia 15 de dezembro de 2015, às 09h30min, deu-se início à realização do seminário central, com a programação de que cada NSEC teria 15 minutos de apresentação, respondendo a pauta enviada anteriormente por email ainda na reunião da Etapa 1 (APÊNDICE E). A programação foi seguida, mas o horário se estendeu até após às 13 horas (APÊNDICE F). Vale recordar que as questões enviadas fazem parte do roteiro de coleta de dados da pesquisa e serviram como base para a construção da apresentação e do relatório. Nesse encontro, todos os gestores e a equipe técnica das coordenadorias que desenvolvem o PSE Carioca, assim como todos os representaes dos NSECs, estavam presentes, apenas os representantes do Território A chegaram quase com uma hora de atraso.

Nesse dia, não foi possível realizar a gravação das falas, pois havia, no auditório, parceiros e colaboradores do PSE Carioca que não fazem parte do público alvo da pesquisa. Optou-se por utilizar apenas o diário de campo e as apresentações feitas como material de

análise. Como não foi disponibilizado um modelo de apresentação, cada grupo ficou livre para apresentar da forma que achasse mais interessante, até porque o objetivo desse momento era proporcionar uma reflexão de como foram desenvolvidas e supervisionadas as ações do PSE Carioca, em seus repectivos territórios, dialogando as dificuldades e potencialidades com os demais.

Todos os NSECs apresentaram-se e usaram recurso audiovisual, como Data Show e Power Point, mas alguns mostraram mais números, quantitativos de ações e reuniões, enquanto outros também levaram fotos, momentos das reuniões e também registros da execução das ações. O que de mais positivo, na percepção do pesquisador, foi levado em conta no seminário foi a porposta de compartilhamento e a troca de experiências, pois ainda não havia acontecido esse espaço de compartilhamento de informações de cada NSEC com cada modo de trabalho, entraves e potencialidades. Assim, cada território pode entender que os problemas são basicamente semelhantes e que, ao dialogar podem-se formar elos colaborativos.

O ponto negativo foi com relação à programação, por ter sido extensa e cansativa. Observou-se redução dos participantes quando o último grupo se apresentou. Um ponto de vista do pesquisador, relatado em diário de campo, foi o desconforto da equipe técnica de saúde presente na reunião, com excessão do coordenador saúde. Eles saíam e entravam da sala, estavam impacientes e desatentos aos relatos dos grupos, pareciam incomodados com a solicitação dos dados. Na verdade, pareciam preocupados com o excesso de demanda que foi solicitado – que no momento era uma realidade pelo ineditismo da solicitação do processo de avaliação que estava acontecendo. Ao longo das apresentações e à medida que se iniciou a participação de todos com perguntas e diálogo entre os NSECs, essa percepção foi mudando, e eles pareciam um pouco mais confiantes sobre a proposta de avaliação.

Às 13h00min, se encerrou o seminário com um lanche e uma foto oficial do grupo que participou desta inciativa de avaliação dos territórios e escuta de cada um. Os coordenadores agradeceram a participação e a parceria de todos ao longo de 2015 e que em 2016 essa prática seria refeita, com alguns ajustes, com vistas a melhorar a atuação do PSE Carioca. Aos poucos todos dispersaram.

#### 4.6.1 Avaliação do Seminário Central pelos Stakeholders

A reunião de avaliação do seminário central ocorreu no mesmo dia do seminário central, no horário da tarde, porém apenas com a equipe de saúde, que solicitou a reunião. Todos que

participaram dessa reunião foram também colaborados na construção do Modelo Lógico, ou seja, já haviam assinado o TCLE e conheciam a pesquisa.

A proposta do seminário central foi, na percepção geral dos gestores do setor saúde, extremamente positiva, principalmente com relação à entrega de relatórios por cada núcleo das informações do seu território de abrangência. Ao serem questionados se algum momento como esse já havia acontecido, a resposta foi negativa. Todos concordaram que foi importante ouvir os profissionais que estão na ponta, favorecendo a prática, percebendo algumas dificuldades, algumas potencialidades e percebendo o entrosamento de cada Núcleo.

No processo de avaliação da reunião de seminário central, ficou evidente a necessidade de contuidade do acompanhamento das ações dos representantes das equipes técnicas no âmbito de gestão, assim como a necessidade do fortalecimento de grupos de trabalhos intersetoriais nos territórios. Corroborando com essa perspectiva, autores apontam que as ações intersetoriais desenvolvem-se por um processo diferenciado, planejado e programado, com compartilhamento de poder e de articulação de interesses, saberes e práticas das instituições ou setores envolvidos (FERREIRA et al, 2012). Dessa forma, além de estimular quem executa o programa, lhe dando voz e importância dentro do processo de implantação e da prática de avaliação do programa, incentiva e delibera decisões partilhadas em que se possibilita a criação de espaços compartilhados de tomadas de decisões entre diversos setores que influenciam na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que exerçam impacto positivo na qualidade de vida individual e coletiva (BRASIL, 2009).

Após uma análise rápida dos relatórios entregues e do diário de campo que descreve a reunião de avaliação, alguns pontos positivos, negativos e as possibilidades para um plano de continuidade do processo de avaliação, são descritos no Quadro 8.

Quadro 8 - Sínteses dos aspectos identificados e destacados pelo grupo após a realização do seminário central, Gestores setor Saúde PSE Carioca, Outubro de 2015.

POSTIVOS	NEGATIVOS	PLANO DE CONTINUIDADE DA AVALIÇÃO LOCAL				
Envolvimento de todos os representantes de cada NSEC na elaboração da apresentação  Cumprimento do	volvimento de todos os equipes quanto à continuidade do próprio trabalho avaliativo e das equipes de coordenação  Inexistência de uma avaliação do plano de trabalho para	<ul> <li>- Proposta de elaboração de relatório e acompanhamento mensal de cada representante da equipe em uma Área de Planejamento do município – aproximação com os territórios a longo do ano (na fase 3 da tese for pontuada como estratégia positiva);</li> <li>- Elaborar cronograma de</li> </ul>				
elaborado	negociação das propostas surgidas nos trabalhos avaliativos	reuniões deavaliação e divulgar junto aos envolvidos; - Realizar a reunião de avaliação no final do ano de 2016, propondo				
Interesse pela avaliação	A falta de migração dos dados do	e planejando um padrão de apresentação;				
sistemática do trabalho e compartilhamento de experiências; Uso de dados do monitoramento PSE Carioca	prontuário eletrônico e o descrédito de um grupo NSEC nos dados do monitoramento como ferramenta de gestão.	- Dar continuidade da proposta do Registro Único PSE Carioca - teve-se a percepção de que se precisa melhorar o registro das ações do PSE de forma geral — porém todos concordaram que um banco único facilitou o processo de monitoramento de cada território.				

Fonte: Construído, de forma colaborativa, a partir do consolidado da reunião de avaliação do Seminário Central, gestores do PSE Carioca, dezembro de 2015.

# 4.7 ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO PSE CARIOCA E DOS GRUPOS DE OBSERVAÇÃO

Após visitar e entrevistar 07 núcleos de trabalho local, os NSECs, em cada um dos seus territórios – não foram visitados três NSEC (APÊNDICE G) -, e em comum acordo em reunião com os *stakeholders* na avaliação do seminário central, foi decidido quais seriam os dois grupos de intervenção e quais critérios poderiam ser traçados para os núcleos que pudessem melhor responder a pergunta avaliativa proposta. Assim, esses grupos seriam acompanhados de forma mais próxima e o plano de ação seria elaborado e colocado em prática nesses territórios.

Os Núcleos escolhidos tiveram que atender aos seguintes critérios.

- ✓ Ter cobertura de saúde família maior do que 40% e percentual próximo entre os dois grupos de observação - pois sem um número significativo de EqSF não se podería avaliar as ações das equipes.
- ✓ Relatar/Apresentar pouca prática de monitoramento e acompanhamento das ações nos territórios (Apresentar pontuação igual ou abaixo de cinco nos valores da matriz de avaliação e julgamento).
- ✓ Baixo percentual de cobertura PSE Carioca. Apresentar um déficit no quantitaivo de ações executadas, segundo a Ficha de Registro Único PSE Carioca (RIO DE JANEIRO, 2015).
- ✓ Aceitar ser o grupo de oberservação da pesquisa.

Portanto, os territórios do NSEC A e do NSEC B foram os que atenderam aos critérios. Ficou acordado na reunião com os gestores que seriam convidados a participar e serem os grupos de intervenção. Suas opiniões e falas dialogadas serão apresentados ao longo das etapas de avaliação com a identificação E20 a E28, ou seja, ao todo foram 08 intergantes do NSECs como grupo de intervenção. Importante destacar que outro território apresentou o maior quantitativo de ações de saúde registradas do PSE Carioca, segundo o monitoramento. No entanto, os membros da equipe deste território não se mostraram receptivos em participar da pesquisa, mesmo depois de aceite de participar na fase exploratória, logo, não houve continuidade da aproximação. Essa postura de distanciamento é também apontada pela equipe técnica do setor da educação, responsável por acompanhar esse território, ao relatar que durante o ano de 2015 foi comunicado e esteve presente em apenas duas reuniões de território. Portanto, foi respeitado o distancimento dos integrantes desse território como uma não aceitação voluntária da pesquisa de avaliação, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Para **analisar a produção** do PSE Carioca, segundo a proposta de monitoramento através da Ficha de Registro (ANEXO D), vale explicar que os dados alimentados são digitados em colaboração do diretor da unidade escolar junto ao profissional que executa a ação (RIO DE JANEIRO, 2015), em colaboração. Dessa maneira, as informações são agregadas em planilhas de Excel pelo Google Docs – plataforma utilizada no ano de 2015 – e foram submetidas para a análise descritiva, no programa estatístico IBM *SpSS* (Versão 21).

Com relação ao uso desses dados ditos 'não oficiais', Tamaki e colaboradores (2012) abordam que há grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços

que não são utilizadas para definir prioridades e reorientação das práticas. Os autores ressaltam que existe, de fato, uma necessidade de se colocar como meta a utilização desse potencial inexplorado nos processos de instrumentos para monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Como dito anteriormente, os dados aqui apresentados fazem parte de uma Ficha de Registro não oficial para o território nacional, proposta inovadora do PSE Carioca, que é alimentada de forma intersetorial, gera dados em tempo oportuno para um diagnóstico mensal e possibilidade de elencar prioridades.

O PSE Carioca, no ano de 2015, nos meses de fevereiro a novembro, gerou os seguintes números gerais e indicadores (Quadro 8): foram 35.622 registros e um quantitativo geral de 52.066 ações registradas no total, sendo que 21.942 (representando 42,1% do total) dessas ações correspondiam ao Componente I, ou seja, ações de avaliação clínica e avaliação de saúde. Entre os meses de fevereiro e novembro de 2015 foram atendidos por mês, com ações de PSE, em média 531.907 alunos matriculados na rede municipal de educação do município do Rio de Janeiro. Evidencia-se que, sem os dados gerados na Ficha de Registro e na proposta lançada pelo PSE Carioca, não seria possível o conhecimento em tempo real desses dados, o que confere inovação de uma estratégia de monitoramento das ações do programa de forma oportuna.

Também foi possível delinear o número de alunos atendidos e participantes das ações ao longo do ano de 2015 e 2016, apresentando média de 531.907 alunos participantes por mês (Quadro 9). Tal dado demonstra o quanto o PSE Carioca tem um papel importante na promoção da saúde de alunos inseridos no ambiente escolar. Com os atendimentos, de forma individual ou coletiva, espera-se ter impacto nas opções e escolhas de bons hábitos de saúde, assim como se espera que o registro das ações possibilitem a avaliação de saúde nos escolares e educação em saúde nas mais diversas temáticas.

Em 2016, conforme o Quadro 9, os números foram superiores principalmente nos primeiro semestre, justificado por alguns fatores elencados durante a reunião da terceira devolutiva, são elas: melhor qualidade e confiabilidade do uso dos dados que são registrados; melhor adesão à Ficha de Registro pelos profissionais envolvidos; comprometimento dos gestores na análise e devolutiva dos dados; e melhor aproximação dos gestores com os articuladores que comõe os NSECs, assim como houve uma aproximação desses articuladores com os profissionais dos equipamentos da saúde, educação e desenvolvimento social a partir das popostas de intervenção das reunições locais.

Quadro 9 – Comparativo do consolidado de dados oriundos do Monitoramento das ações do PSE Carioca no município, fevereiro a novembro, anos de 2015 e 2016

Variáveis / Mês	ANO	Fev/Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto*	Setembro	Outubro	Novembro	Total
	2015	3.075	3.329	5.318	4.356	2.712	5.172	4.114	3.660	3.352	35.622
Registros realizados	2016	6.081	4.984	6.203	5.910	5.431	0	4.628	4.382	4.389	42.008
	2015	5049	5124	7257	6083	3833	7832	6370	5357	5161	52066
Ações desenvolvidas	2016	8.853	6.807	8.277	8389	7.957	0	6.682	6.785	5.636	59.386
Unidades de Saúde envolvida	2015	186	176	182	147	153	185	183	178	173	Média de 173 por mês
	2016	180	175	193	195	223	0	196	199	194	Média de 194 / mês
Equipes da Estratégia da	2015	458	382	445	393	275	451	392	350	316	Média de 385 por mês
família envolvidas	2016	484	435	458	457	419	0	447	444	445	Média de 449 / mês
Escolas Envolvidas	2015	1.422	1.444	1.448	1.436	938	1.205	1.238	1.225	1.186	Média de 1.282 / mês
	2016	1.459	1.470	1.471	1.478	1.479	0	1.479	1.490	1.496	Média de 1.478 / mês
Alunos atendidos individual ou	2015	413.596	476.698	725.321	593.010	313.503	599.056	614.890	552.299	498.793	Média de 531.907 / mês
coletivamente pelo PSE Carioca	2016	476.698	476.698	705.994	841.542	823.399	0	626.270	609.187	604.140	Média de 677.680 / mês

<sup>\*</sup> O mês de agosto de 2016 foi decretado pelo prefeito da época, férias escolares e rotina esquemática de plantão do funcionamento do PSE Carioca, ou seja, de fato não teve ações de saúde na escola.

Fonte: Dados dos Registros realizados pelas Unidades Escolares da Rede Municipal através da proposta de Ficha de Registro – Monitoramento PSE Carioca. Relatório de Gestão PSE Carioca, Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2015 e 2016.

Com relação ao quantitativo das ações de saúde desenvolvidas e registradas, o Gráfico 1 descreve o número de registro de ações por área territorial de abrangência das CREs e foi utilizado para definir os grupos de observação da pesquisa, visto seus números absolutos de ações nos seus territórios. Os dados são alimentados por CRE, esta foi uma decisão da equipe do PSE Carioca para facilitar a aceitação da ficha de registro pelo diretor da escola e pela desproporcionalidade da relação de unidades escolares (1448) com o número de unidade de saúde com cobertura de ESF (219) (CNES/SUBPAV, 2016). A partir desse gráfico é possível fazer um comparativo entre a relação por área da distribuição das ações no município, sendo que os registros ainda especificam as ações e anotam o responsável pela ação (saúde, educação, outros parceiros, ação realizada com mais de um responsável) e possibilita uma análise rápida da situação local em tempo oportuno.

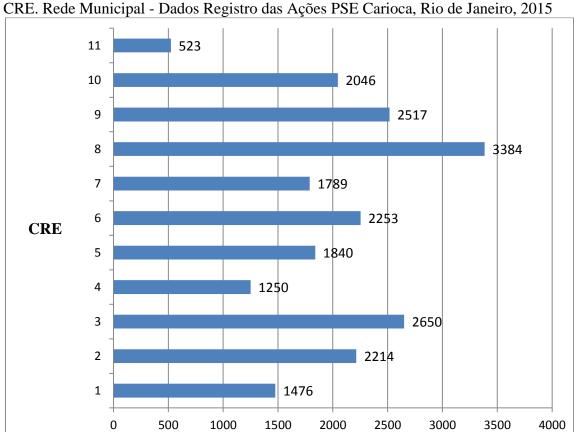


Gráfico 1 - Descrição do total de ações de saúde (Componente 1) do PSE Carioca por CRE. Rede Municipal - Dados Registro das Ações PSE Carioca, Rio de Janeiro, 2015

Fonte: Dados das Ações Registradas pelas Unidades Escolares através da proposta da ficha de Registro – Monitoramento PSE Carioca. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2015.

No Gráfico 1 nota-se que a CRE 01 e a CRE 04 são as áreas que registraram menor quantitativo de ações e evidencia-se que foram as áreas que se demonstraram com o melhor indicador do PSE Carioca na fase exploratória do estudo. Destaco que o NSEC correspodente a área da CRE 04 não foi visitado na fase exploratória por motivos de incompatibilidade dos horários das reuniões que eram marcadas em cima da hora, remarcadas e houve um mês emn que não teve reunião.

Quanto ao acompanhamento das ações ao longo do ano de 2015 (Gráfico 2), com base nos registros da ficha proposta, foi possível analisar e acompanhar o quantitativo de ações realizadas em cada mês. Percebe-se que julho e dezembro são meses de férias escolares, portanto menor número ações são desenvolvidas nesses meses. Os meses de maio e agosto se destacam como os que possuem maiores registros, sendo que o número de ações em maio está diretamente relacionado com a 4ª edição de mobilização da Semana Saúde na Escola do município do Rio de Janeiro, entre os dias 18 a 23 de maio, em que houve temáticas como discussão de agravos negligênciados e doenças em eliminação, com a realização de ações de educação em saúde. Como exemplo, pode-se pontuar a campanha de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, ocorrida no ano de 2015 e que se iniciou como temática proposta pelo MS a ser realizada durante a semana saúde na escola<sup>8</sup>.

O mês de agosto do ano de 2015 é marcado pelo evento ocorrido entre os dias 8 e 26 de agosto, que aconteceu o Mês do Autocuidado nas Escolas Municipais da Cidade do Rio de Janeiro com diversas ações desenvolvidas em conjunto com a ESF sobre autocuidado. Esses dados indicam que as campanhas auxiliam na ampliação quantitativa das açõesde saúde escolar.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> O ano de 2015 foi considerado um ano importante no monitoramento e erradicação do mosquito por ter sido associado a transmissão de três agravos Dengue, Chikungunya e Zika. Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde até a semana epidemiológica 32 em 2015, foram registrados 1.390.779 casos prováveis de dengue no País, o que gerou necessidade de intervenção diferenciada nas escolas para o combate o mosquito (BRASIL, 2015 / Ministério da Saúde-http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/01/2015-030-bol-1-.pdf)

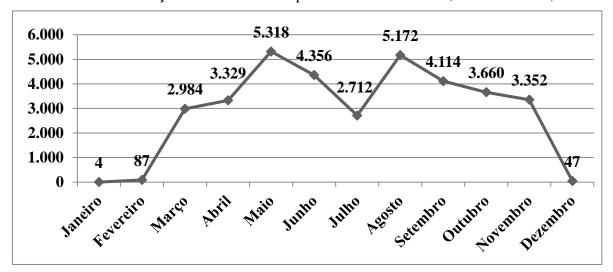


Gráfico 2 - Total de ações do PSE Carioca por mês no ano de 2015, Rio de Janeiro, RJ.

Fonte: Sistema de Informação – Ficha de Registro das Ações PSE Carioca, março de 2016.

De acordo com a Tabela 2, os profissionais da educação são os que mais desenvolvem ações de saúde escolar (70,3%), seguido dos profissionais da saúde (33,1%), outros parceiros (9,0%) e desenvolvimento social (2,47%). Dentre os outros parceiros que realizam as ações, destacam-se a atuação das universidades, de voluntários da sociedade civil, de organizações não-governamentais, do conselho tutelar e das polícias militar e civil. No entanto, o que se destaca no Gráfico 2 é o quantitativo de ações desenvolvidas por mais de um setor, ou seja, saúde, educação e desenvolvimento social como responsáveis em conjunto pelas ações registradas. Nesse aspecto, pode-se inferir que a maioria das ações é realizada com aspectos multi/transdisciplinar e intersetorial.

Tabela 2 - Setores de origem dos profissionais que desenvolvem as ações no PSE Carioca, Rio de Janeiro, RJ, fevereiro a novembro de 2015 (n = 35.135)

SETOR	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Mais de um setor	24.759	70,5
Educação	24.701	70,3
Saúde	11.634	33,1
<b>Outros parceiros</b>	3.160	9,0
Desenvolvimento Social	937	2,7

Fonte: Sistema de Informação – Ficha de Registro das Ações PSE Carioca, 2016.

Entretanto, a baixa inserção da atuação do setor saúde nas ações de saúde na escola é reflexo, por vezes justificada pelas falas dos participantes, tanto da cobertura incompleta da ESF no município, como da ausência de adesão de todas as equipes de ESF da rede pública de

saúde, uma vez que em 2015 somente 63,2% e 52,3% no ano de 2016, das equipes realizaram alguma ação do PSE Carioca, dentro de um total de 854 EqSF (Tabela 3), segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro (CNES/SUBPAV, dezembro 2016). Isto repercute e é pontuado pelos grupos de observação sobre a dificuldade de cumprimento da meta mensal pactuada no município de que cada escola da rede municipal de ensino deveria receber pelo menos uma ação mensal da sua equipe de saúde de atenção básica de referência.

Tabela 3 - Unidades e Equipes envolvidas no PSE Carioca, Rio de Janeiro, RJ, fevereiro a novembro de 2015 e 2016

SETOR	FREQUÊNCI	A ABSOLUTA F	REQUÊNCIA RE	LATIVA (%)
	2015	2016	2015	2016
<b>Unidades Escolares</b>	1.455	1.478	98,0	99,5
Unidades Básicas de Saúde	196	195	93,8	93,3
Equipes de Saúde da Família	540	449	63,2	52,5

Fonte: Sistema de Informação de Ações do PSE Carioca, dezembro de 2016.

Ao compararmos os anos de 2015 e com o ano de 2016, para o quantitativo total de ações que correspondem aos componentes do PSE Carioca, independente da temática, realizadas pelos profissionais do município do Rio de Janeiro, tem-se os resultados apresentados no Gráfico 3.

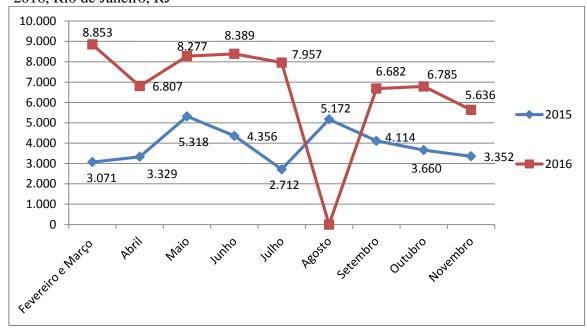


Gráfico 3 – Comparativo do total de ações do PSE Carioca por mês nos anos de 2015 e 2016, Rio de Janeiro, RJ

Fonte: Sistema de Informação de Ações do PSE Carioca, fevereiro de 2015 a janeiro de 2017.

No Gráfico 3 evindencia-se o crescente número de registro das ações contempladas nos componentes de ação do PSE Carioca quando comparados os anos de 2015 e 2016. Justifica-se pelos motivos supracitados: melhor qualidade e confiabilidade do uso dos dados que são registrados, melhor adesão à Ficha de Registro pelos profissionais envolvidos, comprometimento dos gestores, devolutiva contínua dos dados e melhor aproximação da pactuação intersetoria (saúde, educação, desenvolvolvimento social, parceiros, gestores, coordenadores e articuladores territoriais). Percebe-se também que, durante os meses em que a pesquisa estava ainda no processo de imersão os números são bem mais significativos, nos meses após o periodo de olimpíadas e exatamente no período de afastamento do pesquisador, os números apresentam-se pouco reduzidos quando comparados com os meses iniciais do mesmo ano. Destaca-se o mês de agosto, em que a cidade litelmente parou em um contexto político organizacional, por conta das Olimpíadas.

Com relação ao número reduzido de registro do segundo semestre de 2015, quando comparados ao número de registros do primeiro semestre, a equipe gestora concorda que foi uma discussão sobre a periodicidade do prazo de fechamento para preenchimento da Ficha de Registro. Em junho de 2015, alguns diretores escolares solicitaram que em vez de preenchimento mensal, seria trimestral ou bimestral, o que foi acatado pela SME. Observou-se subnotificação e registro de alguns diretores escolares que acumulavam os registros para a última semana do trimestre. Portanto, após análise da equipe, ficou decidiu voltar a fechar o

preenchimento de forma mensal, pois observou a redução do número de registro no segundo semestre. Esse retorno da cobrança mensal voltou a elevar os números percebidos (Gráfico 3). O que comprova que para um monitoramento efetivo deve-se realizar o preenchimento dos dados na Ficha de Registro de forma contínua e mensal.

No entanto, esse número reduzido nos segundos semestres também é reflexo do movimento do calendário escolar, pois nesse período final está atrelado às avaliações finais do ano letivo e corresponde menos ações de saúde na escola. Da mesma forma, a equipe gestora PSE justificou que a diferença significativa entre os meses de fevereiro e março de 2015 e 2016 se deu por conta da solicitação dos registros. No ano de 2015 não foi solicitado para os executores das ações de PSE o registro do mês de fevereiro, diferentemente do ano de 2016, em que foram solicitados os dados referente aos meses de fevereiro e março.

Nota-se que, em 2016, houve significativa adesão à prática de registro e monitoramento das ações do PSE, o que comprova que a Ficha de Registro teve sua adesão e utilização como ferramenta de gestão e prática de monitoramento e avaliação, evidenciando ainda mais o trabalho de quem executa o PSE no municipio do Rio de Janeiro. Por meio dessa análise de produção geral e de ações de saúde resgitradas na Ficha de Registro, observa-se que esta estratégia de sistema de informação do PSE Carioca possibilita ter, em tempo útil, dados como o quantitativo de registros, ações de saúde, unidades de saúde e escolares envolvidos e uma média de alunos atendidos ao longo do ano em todo o território do município do Rio de Janeiro. O uso dessa ferramenta permitiu também realizar análises locais, servindo para a análise das ações em uma escola em específico, assim como para análises regionais, auxiliando no monitoramento e avaliação do programa no território específico de cada NSEC.

O Gráfico 4 demostra o acompanhamento das ações do PSE comparando o primeiro semestre de 2015 em que a pesquisa ainda não havia de instituicionalizado e o primeiro semestre de 2016, já com o desenvolvimento da pesquisa em um momento após a intervenção do plano de ação. Observa-se o aumento do número de registros das ações densevolvidas pelas EqSF do muncípio, evidenciando a credibilidade e aceitação da Ficha de Registro e um melhor quantitativo de ação executada nos territórios. No entanto, demonstra a necessidade de continuidade de monitoramento e avaliação das ações de forma periódica, sugere-se a cada semestre, para que após as férias escolares a rotina de alimentação dos dados na Ficha de Registro não se torne espassa.

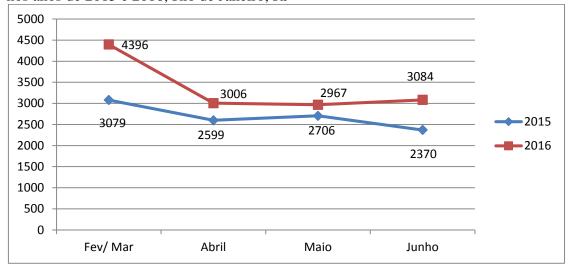


Gráfico 4 – Comparativo das ações do PSE Carioca, realizada nos meses de fevereiro a junho, nos anos de 2015 e 2016, Rio de Janeiro, RJ\*

Fonte: Sistema de Informação de Ações do PSE Carioca, dezembro de 2016.

Quanto aos resultados percebidos após a intervenção, nota-se que as informações sobre o PSE Carioca têm sido mais qualificadas, possibilitando observar o que tem sido realizado, assim como identificar o que não tem sido realizado, subsidiando a compreensão da situação em cada território para o planejamento de ações que superem possíveis entraves. Os resultados revelam aumento da qualidade das informações produzidas no âmbito do programa, o que tem relação direta com a maior qualidade com que o dado é produzido nos registros das ações locais.

Para a tese, o foco de uma análise mais acurada foi dos grupos de observação que será descrito nos capítlos seguintes, mas em sua análise da produção das ações de saúde, conforme o Gráfico 5, observa-se a produção das ações de saúde dos meses setembro, outubro e novembro de 2015- meses da fase exploratória da produção de dados da pesquisa; com os mesmos meses em 2016, fase de afastamento do pesquisador. Observa-se que os dados quantitativos das ações se mantiveram, em ambos os territórios, mesmo com o distanciamento do pesquisador. Disso se infere sensibilização e participação positiva quanto à prática de monitoramento e avaliação dos gestores e executores.

<sup>\*</sup> Comparação dos meses de fevereiro a junho de 2015 sem o andamento da pesquisa, com os meses de fevereiro a junho de 2016 já com a pesquisa em andamento.

Setembro Outubro Novembro 100<sup>106</sup> TERRITÓRIO A - TERRITÓRIO A - TERRITÓRIO B - TERRITÓRIO B -

Gráfico 5 - Total de ações de saúde (Componente 1) realizadas, do PSE Carioca no último trimestre letivo dos anos de 2015 e 2016, territórios A e B do município do Rio de Janeiro, RJ

Fonte: Sistema de Informação - Ficha de Registro das Ações PSE Carioca, dezembro de 2016.

Ao analisar o indicador de cobertura das ações do PSE Carioca, indicador que é de acompanhamento oficial da SMS quanto às ações do programa desenvolvidas pelas equipes de atenção primária, percebe-se discreto aumento da cobertura ao se comparar o ano de 2015 com o ano de 2016, durante o perído de produção de dados (Tabela 4). Destaca-se que esse indicador só pôde ser considerado e analisado pela equipe de gestão, a partir da implementação da Ficha de Resgitro proposta. O indicador consiste no cálculo da razão entre o número de escolas que receberam ações por profissionais de saúde e pelo número total de escolas, multiplicado pela potência de 100.

Tabela 4 – Descrição da cobertura das escolas que receberam ações desenvolvidas pelo profissional de saúde, PSE Carioca, Município do Rio de Janeiro, RJ, 2015 e 2016

Indicador PSE*	2015	2016
Fev./Março	58 %	59 %
Abril	38,5%	50 %
Maio	49,5 %	52 %
Junho	37,6 %	52%
Julho	23,62 %	46%
Agosto**	49,1 %	Férias* <sup>9</sup> Olímpicas
Setembro	50%	50%

Fonte: Sistema de Informação – Ficha de Registro das Ações PSE Carioca, 2016.

Ao analisar a Tabela 4, correspodente ao indicador, percebe-se o crescente significativo da cobertura de ações do PSE. Esse crescimento pode ser justificado pela credibilidade e aumento dos registros por parte dos profissionais quanto à proposta da Ficha de Registro, assim como outros aspectos: melhor entendimento do que é saúde na escola, melhor articulação, melhor monitoramento por parte das equipes locais e pratica de avaliação contínua dos gestores. Como 2016 foi um ano diferenciado, por conta das Olimipíadas, fica o incentivo para contiuidade do acompanhamento desse indicador e da crítica sobre como ele é desenhado, pois na prática foi colocada a dificuldade de cumprir essa meta pela desproporção da relação unidade escolar e unidades de saúde. Torna-se então uma recomendação para avaliar e averiguar a validade desse indicador.

\_\_\_\_\_

<sup>\*</sup> Indicador calculado pela fórmula: Número de Escolas que receberam ações por profissionais de saúde / Número de Escolas do território X 100, disponibilizados pela SMS/RJ/PSE Carioca.

<sup>\*\*</sup> Os percentuais de agosto não puderam ser comparados, pois no ano de 2016 acontercam as Olimpíadas no município e foram decretadas férias escolares.

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> No mês de agosto de 2016 o município do Rio de Janeiro sediou os Jogos Olimpicos. Por conta disso o prefeito da época, Eduardo Paes, decretou férias escolares, ao invés de julho, no mês de agosto e alguns dias de feriado municipal para evitar maiores transtornos com relação à mobilidade de turistas, delegações olimpicas e os moradores da cidade.

## 4.8 ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO TERRITÓRIO A

O Território A foi selecionado para ser o grupo que apresentou baixo quantitativo de ações registradas na Ficha de Registro, valor total da matriz de avaliação e julgamento abaixo de cinco, apresentando dificuldades em identificar seus entraves, potencialidades e um indicador PSE Carioca reduzido ao longo do ano de 2015. O território abrange a região central do município do Rio de Janeiro e possui 98 escolas, 13 Unidades Básica de Saúde, entre Centro Municipal de Saúde e Clínica da Família. No mês de janeiro de 2016 apresentava cobertura de 58% (CNES/SUBPAV, 2016).

No total foram registradas 1476 ações de saúde no Território A, destaque para ações de saúde bucal (800; 54,2%), desenvolvimento de linguagem: ações de educação em saúde (163;11%) verificação de situação vacinal (155;10,5%)e avaliação antropométrica (121; 8,2%). As ações com menor representatividade foram saúde auditivaavaliação (4;0,2%)saúde auditiva e ações de Educação em Saúde (9; 0,6%). Foi possível identificar o mês de agosto com o maior número de registros atrelado ao retorno das atividades escolares e melhor aceitação e preenchimento da Ficha de Registro. O mês de julho, mês de férias escolares, correspondeu o mês menos ativo para as ações do PSE Carioca (Quadro 10, Quadro 11).

Vale destacar o quantitativo significante da ação de verificação da situação vacinal (ação 150) no mês de fevereiro e março, bastante atrelado à campanha nacional de vacinação contra o Papiloma Vírus Humano, em que as Unidades Básicas de Saúde fazem uma busca ativa nas escolas das meninas com idade entre 9 e 13 anos e buscam as autorizações dos pais e responsáveis para um planejamento de vacinação extra-muro unidade de saúde, indo até as escolas. O importante do monitoramento mensal é formalizar e verificar se esta ação realmente está sendo realizada, assim como outras que são normatizadas pelo MS (BRASIL, 2009).

Numa análise da produção destes dados quantitativos percebeu-se que as ações de saúde nesta área precisam ser mais bem planejadas e desenvolvidas e com maior distribuição das temáticas, buscando parcerias entre as escolas e os equipamentos de saúde e de desenvolvimento social de referência da área. Para tal, a necessidade de fortalecimento de um NSEC trabalhando como equipe e na função de favorecer esse acompanhamento, planejamento, articulação e supervisão das execuções das ações mostrou que, de alguma forma, as ações desenvolvidas na área podem ser afetadas. No caso desse território, percebeu-se redução do quantitativo geral de ações e foco em temáticas que já são fortalecidas, o que aponta necessidade para melhor distribuição das temáticas.

Quadro 10 – Distribuição das ações de saúde no território A, segundo a Ficha de Registro das Ações PSE Carioca, fevereiro a novembro de 2015

	AÇÕES DE SAÚDE REGISTRADAS –TERRITÓRIO A												
Ações (Descrição no Quadro 11)	Fev / mar	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Total			
110	15	29	15	9	4	21	13	8	7	121			
120	117	113	98	100	60	118	88	41	65	800			
130	5	9	14	5	10	3	20	11	2	79			
141	1	4	2	0	0	3	5	6	4	25			
142	0	0	2	0	0	0	1	2	2	7			
150	41	18	16	10	12	8	35	11	4	155			
161	0	3	1	0	0	0	0	0	0	4			
162	0	4	2	1	0	0	0	1	1	9			
171	1	2	2	6	0	1	2	1	3	18			
172	4	15	38	8	5	59	14	15	5	163			
181	2	4	3	7	2	6	0	2	3	29			
182	1	10	7	8	2	18	8	2	10	66			
Total	187	211	200	154	95	237	186	100	106	1476			

Fonte: Dados das Ações Registradas pelas Unidades Escolares através da proposta da Ficha de Registro – Monitoramento PSE Carioca. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2015.

Quadro 11 – Descrição dos códigos do quadro de Distribuição das ações de saúde nos territórios, segundo a Proposta do Registro das Ações PSE Carioca, Rio de Janeiro, RJ, fevereiro a novembro de 2015

NÚMERO	
DA AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO DE SAÚDE – PSE CARIOCA, 2015.
110	Avaliação Antropométrica
120	Ações de Saúde Bucal: Avaliação +Aplicação de Fluor + Entrega de Kits de Higiene Bucal + Ações de Educação em Saúde + Tratamento Restaurador Atraumático
130	Avaliação Psicossocial
141	Saúde Ocular: Avaliação
142	Saúde Ocular: Ações de Educação em Saúde
150	Verficação da Situação Vacinal
161	Saúde Auditiva; Avaliação
162	Saúde Auditiva: Ações de Educação em Saúde
171	Desenvolvimento de Linguagem: Avaliação
172	Desenvolvimento de Linguagem: Ações de Educação em saúde
181	Agravos Negligênciados e Doencas em Eliminação*: Avaliação
182	Agravos Negligênciados e Doencas em Eliminação: Ações de educação em Saúde

Fonte: Ficha de Registro PSE Carioca (ANEXO 4), Rio de Janeiro, 2015.

#### 4.8.1 Síntese dos problemas identificados – Território A

Após duas reuniões dialogadas com um intervalo representativo (outubro de 2015 e fevereiro de 2016) foi possível responder, em conjunto com o NSEC do território A e membros da equipe técnica de educação e saúde (ambos participaram a reunião de modelização), a matriz de análise e síntese de problemas (Quadro 12). A primeira reunião (09 de outubro de 2015, na coordenação de educação regional), na fase exploratória, foi marcada com uma semana antes da reunião e a segunda reunião (16 de fevereiro de 2016, na coordenação de saúde regional). A reunião só aconteceu após alguma insistência e foi marcada com a ajuda de um integrante da equipe técnica saúde da coordenação responsável por acompanhar este território ao longo de 2016, sendo que as duas reuniões supracitadas ainda faziam parte da fase exploratória para esse território. O grupo colocou a dificuldade tanto de se encontrar quanto manter as reunões periódicas a cada mês, mesmo com a ideia de modificar o local da reunião para tentar fechar um local comum a todos, o que aponta, até esta fase, desarticulação do grupo.

Assim, com as duas reuniões, foi possível elaborar um diagnótico da área de forma colaborativa e um apontamento do plano para enfrentamento do problema, mesmo que apenas

<sup>\*</sup>Por Agravos Negligênciados e Doencas em Eliminação entendem-se doenças como Hanseniase, Tuberculose, Dengue, Tracoma, Parasitoses Intestinais, etc.

em alguns aspectos ou até mesmo apenas de forma teórica pela análise das entrevistas das duas reuniões até fevereiro de 2016. Um dos problemas identificados na análise foi o que mais prejudicou a elaboração do plano de ação, a não articulação e diálogo do próprio NSEC local que não se encontra com frenquência em reuniões periódicas, apenas trabalha com demandas. Tal problema reflete no território que se apresenta com poucas ações e foco em algumas temáticas, o que não possibilita o diálogo e a discussão de casos, e que demonstrou não ter uma boa relação territorial entre os equipamentos saúde, educação e desenvolvimento social.

A pesquisa já se encontrava no final da segunda fase de execução do plano de ação do outro território, B, quando, em março de 2016, ainda se aguardava a agenda de reuniões do NSEC do território A. Foi, então, novamente proposta uma data, dia 05 de abril de 2016, para uma reunião que se pudesse avançar um pouco mais na elaboração de um plano de ação para enfrentamento do território.

Os verbos mais utilizados nessas primeiras reuniões que poderão ser elencados foram: elaborar, promover (sensibilizar) e definir; e como palavra-chave, desarticulação. O grupo pouco discutia sobre a execução das ações em 2015 e também para o ano seguinte (2016) e em alguns momentos se apresentou desconfortável com o pedido de agenda, de acompanamento da área e da solicitação de reuniões presenciais. Em diário de campo, nas falas das reuniões descata-se a fala de que o grupo trabalha 'apagando incêndio'.

Quadro 12 – Matriz autoexplicativade Análise e Sintese dos problemas identificados. Território

A município do Rio de Janeiro, RJ, outubro e novembro de 2015

DIMENSÃO	•	Subdimensão / categoria	Padrão	Síntese dos Problemas Identificados	Plano de ação para enfrentamento do problema prático
80		Potencialidades da Área	Saber identificar e utilizar a favor da melhor distribuição das ações na área	<ul> <li>- Melhora (mas ainda com necessária sensibilização) do entendimento sobre o que de fato é uma ação de saúde escolar</li> <li>- Boa relação entre os representantes da educação com os profissionais da Vigilancia</li> <li>Epidemiológica da Área</li> </ul>	<ul> <li>Esclarecer e multiplicar o entendimento sobre o PSE;</li> <li>Fortalecer ainda mais a relação dos atores que desenvolvem o PSE com outros potencias parceiros.</li> <li>.</li> </ul>
Monitoramento e avaliação das ações		Relação Unidades Escolar e Saúde (Comunicação)	Reuniões periódicas e boa parceria entre as Unidades de saúde, Escolas e profissionais do setor de Desenvolvi mento Social.	<ul> <li>Relação fragilizada e afirmam ter acompanhado poucas reuniões locais;</li> <li>Apontam a necessidade de sensibilir os profissionais da saúde e educação na melhora do planejamento das ações no território;</li> <li>Apontam que o contato se dá 'informalmente' como telefones e emails para pactuar a ação entre os diretores e gestores.</li> </ul>	- Fortalecer a relação e planejar como melhor acompanhar as reuniões; -Elaborar uma agenda e planejamento das ações do território com reuniões locais; - Levantar a necessidade de formalizar as reuniões e o planejamento das ações para haver planejamento e conformidade de agenda ente as atividades escolares e de saúde.
Mor		Vulnerabilidades	Saber identificar e ter plano de ação para atuar e vencer as dificuldades	- Afirmam ter realizado um planejamento que não foi colocado em prática, por terem muitas demandas;  - Poucas reuniões de NSEC local ao longo do ano de 2015;  - Excesso de demandas, afirmam não possuir dedicação apenas para a saúde escolar.  - Deficit de % da cobertura da ESF.	- Elaborar um novo planejamento e pactuar força tarefa para executação  - Tornar as reuniões de NSEC local periódicas, com discussão de casos e fortalecimento do planejamento;  - Formalizar as reuniões através de livro Ata para acompanhamento das discussões e decisões;  - Contexto políticoorganizacional sobre a cobertura da ESF na área.

DIMENSÃO	Subdimensão / categoria	Padrão	Síntese dos Problemas Identificados	Plano de ação para enfrentamento do problema prático
	Territorialização	Saber identificar e ter plano de ação para atuar e vencer as dificuldades	- Mudança no território abrangência e nova Equipe da ESF como referência — sensibilização;  - Escolas que estão com estrutura física no território A, porém são coordenadas por outros	- NSEC deve acompanhar o movimento de territorialização do município;  - Oportunidade de troca de infomações e sensibilização dos novos profissionais.
valiação das ações	Ações de Saúde  Participação do Enfermeiro	Pontuar as Ações de saúde  Conhecer a meta e atingi-la	- Enfermeiro com participação razoável, porém precisa melhorar a participação; - Ações de Saúde Bucal em maior evidência. Casos de meningite, caxumba, automutilação, bullyng e suicídio (por conta disso, ações de cultura da paz são relevantes no território) - Deficit na continuidade do cuidado -Conhecem a meta e não conseguem atingi-la.	- Favorever a participação do Enfemeiro como o profissional líder no planejamento das ações; - Promover o diálogo e a discussão sobre a distribuição das ações no território; - Priorizar as demandas e focar na avaliaçãoclínica e promoção da cultura da paz - Organizar a agenda do ano com possíveis datas de reuniões locais.
Monitoramento e a	Distribuição das ações	Temas diversos contemplando a integralidade do cuidado e de temas sobre saúde (avaliação, educação e formação)	- Poucas Unidades fazem um levantamento das demanas, o que dificulta o acompanhamento das ações;  Como conseguência: Defict na utilização dos dados do monitoramento para planejar e acompanhar as ações;  - Grupo sugere que a Ficha de Registro fique aberta ao logo de todo o mês, facilita o preenchimento e fortalece a relação entre o diretor da escola e o profissional de saúde;  - Resistência por conta de alguns diretores quanto ao preenchimento em um período fixo.	-Sensibiliar a importância do registro das ações em colaboração com o profissional responsável pela ação, assim como fazer um levantamento das demandas locais;  - Utilizar a Ficha de Regsitro como ferramenta de planejamento e monitoramento das ações realizadas;  - Fortalecer as reuniões de NSEC e nos territórios para planejar, executar e acompanhar as ações de saúde no território.

Fonte: Construído coletivamente pela autora, equipe técnica da saúde do PSE representantes dos setores saúde, educação e desenvolvimento social que compõe o Núcleo de Saúde na Escola e na Creche (NSEC), Fev, 2016.

#### 4.8.2 Síntese dos aspectos destacados pelo grupo – Território A

Mesmo com o esforço de finalizar as reuniões com data marcada para um próximo encontro e a tentativa de elaboração de pauta e metas para o mês seguintes, houve dificuldade de se colocar em prática uma análise do território que se pudesse utilizar como base para elaborar um plano de ação. As primeiras reuniões, ainda na fase exploratória, possibilitaram responder à matriz de análise e julgamento (Quadro 12), mas não foi possível traçar metas para as próximas reuniões.

A primeira reunião já como grupo definido de observação se deu em fevereiro de 2016 (16/02/2016) que contou com a colaboração da equipe técnica saúde que acomanhará o território, a partir do ano de 2016. Nessa primeira reunião do ano, tinha-se como objetivo o de aproximação, entendimento de como eram agendadas as reuniões de NSEC local e uma proposta de agendamento e pactuação de uma data em cada mês para discussão dos casos e tomada de decisão.

A primeira ação dessa reunião foi abertura de um livro de atas para 2016, já atendendo um problema identificado na matriz de análise e julgamento, que foi a observação de que não havia registros e formalidade das reuniões anteriores sobre as discussões e das decisões tomadas em reunião de NSEC. Assim, o grupo pode pactuar e sair com uma síntese dos problemas levantados pelo grupo e com metas para o próximo encontro, que aconteceria na reunião do dia 03 de março de 2016, foram elas as seguintes.

- Fortalecer as reuniões locais e reuniões de NSEC para planejar, executar e acompanhar as ações de saúde no território com a ferramenta do Monitoramento PSE Carioca.
- Organizar as agendas de reuniões de núcleo e dos territórios Planejamento.
- Agendar reunião geral de território para planejamento e execução das ações de 2016 aproximação.
- Discussão para elaboração de estratégias para atuação do NSEC Demanda da Coordenação Regional de Educação.
- Reunião com a proposta de aproximação dos parceiros.

No entanto, na reunião do mês de março, que aconteceu dia 3, não foi possível atingir todas as metas e assuntos desejados acima e não foi possível dialogar sobre as estratégias de atuação do NSEC, não foi organizada a agenda de reuniões e não foi comentado sobre uma reunião geral, mas houve avanço com relação à proposta de aproximação de outros parceiros.

Logo, sob a percepção do pesquisador, elaborar um plano de ação seria uma missão arduosa e que necessitava que o grupo se envolvesse mais com a importância do que é o PSE.

Na reunião proposta para o mês de abril esperava-se discutir e elaborar de um plano de ação para enfrentamento do território, o que não aconteceu. Apenas na reunião do dia 11 de maio de 2016, pode-se inferir quanto um plano de ação de fortalecimento de territórios e equipamentes de saúde e desenvolvimento social em relação às unidades escolares. A ação ficou pactuada para o dia 18 de maio de 2016, em que se planejou uma programação para apresentação dos profissionais envolvidos, metas compartilhadas e reservando dez minutos para os executores (Escola, Unidades de Saúde e do Desenvolvimento social) pudessem apresentam seus fluxos e rotinas. O convite foi via email - o qual não foi disponibilizado e analisado a cópia para o pesquisador - e ficou pactuado que seria apenas uma Clínica da Família envolvida como proposta de teste piloto para uma possível reunião geral.

#### 4.8.3 Análise da Produção do Território B

O território B foi selecionado para ser o grupo de observação por se apresentar com propostas de planejamento e monitoramento das ações no território, porém com dificuldades de colocá-las em práticas, teve um valor total da matriz de avaliação e julgamento acima de cinco. O núcleo consegue dialogar seus problemas, trabalha no esforço coletivo de traçar estratégias de melhor supervisão da área e de uma maneira que possibilite a articulação entre os parceiros e equipamentos disponíveis na área.

O território abrange a região norte do município do Rio de Janeiro e possui 122 escolas, 20 Unidades Básica de Saúde, entre Centro Municipal de Saúde e Clínica da Família, no mês de janeiro de 2016 apresentava cobertura de 50,7% (CNES/SUBPAV, 2016).

No total, foram registradas 2650 ações de saúde no território B, destaque para ações de saúde bucal (1617;61%), desenvolvimento de linguagem: ações de educação em saúde (255; 10%), Agravos Negligênciados e Doencas em Eliminação: Ações de educação em Saúde, foco no combate à dengue (239;9%), verificação de situação vacinal (195;7%)e avaliação antropométrica (172; 6%). As ações com menor representatividade foram saúde auditiva avaliação (1; 0,03%) e avaliação psicossicial (7; 0,03%). Da mesma forma que o território já analisado, foi possível identificar o mês de agosto com o maior número de registros atrelado ao retorno das atividades escolares e melhor aceitação, manejodo preenchimento da Ficha de Registro. O mês de julho, mês de férias escolares, correspondeu o mês menos ativo para as ações do PSE Carioca (Quadro 13, Quadro 14).

Quadro 13 – Distribuição das ações de saúde no território B, segundo a Proposta do Registro das Ações PSE Carioca, Rio de Janeiro, RJ, fevereiro a novembro de 2015

	Janeiro, RJ, Teverenro a novembro de 2013												
	AÇÕES DE SAÚDE REGISTRADAS –TERRITÓRIO B												
Ações	Fev / mar	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Total			
(Descrição no													
Quadro 14)													
110	21	27	29	19	7	23	34	5	7	172			
120	195	161	193	184	121	234	214	114	201	1617			
130	1	0	0	3	1	2	0	0	0	7			
141	5	4	5	0	0	1	1	3	0	19			
142	0	0	2	2	0	4	1	1	0	10			
150	75	10	15	6	7	16	44	14	8	195			
161	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1			
162	1	0	2	2	0	3	2	3	2	15			
171	0	4	7	9	8	6	9	12	9	64			
172	5	14	43	34	16	71	23	26	23	255			
181	2	5	13	7	3	15	8	2	1	56			
182	27	18	41	23	15	60	20	16	19	239			
Total	332	244	350	289	178	435	356	196	270	2650			

Fonte: Dados das Ações Registradas pelas Unidades Escolares através da proposta da Ficha de Registro– Monitoramento PSE Carioca. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2015.

Quadro 14 — Descrição dos códigos do quadro de Distribuição das ações de saúde nos territórios, segundo a Proposta do Registro das Ações PSE Carioca, Rio de Janeiro, RJ, 2015

NÚMERO DA AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO DE SAÚDE – PSE CARIOCA, 2015
110	Avaliação Antropométrica
120	Ações de Saúde Bucal: Avaliação +Aplicação de Fluor + Entrega de Kits de Higiene Bucal + Ações de Educação em Saúde + Tratamento Restaurador Atraumático
130	Avaliação Psicossocial
141	Saúde Ocular: Avaliação
142	Saúde Ocular: Ações de Educação em Saúde
150	Verficação da Situação Vacinal
161	Saúde Auditiva; Avaliação
162	Saúde Auditiva: Ações de Educação em Saúde
171	Desenvolvimento de Linguagem: Avaliação
172	Desenvolvimento de Linguagem: Ações de Educação em saúde
181	Agravos Negligênciados e Doencas em Eliminação*: Avaliação
182	Agravos Negligênciados e Doencas em Eliminação: Ações de educação em Saúde

Fonte: Ficha de Registro PSE Carioca (ANEXO 4), Rio de Janeiro, 2015.

#### 4.8.4 Síntese dos problemas identificados – Território B

No território B foi possível participar das seguintes reuniões: 06 de outubro de 2015 (1° reunião), que foi na fase exploratória da área. Após análise e consenso com o grupo de gestores, foi enviado o convite formal (por correio eletrônico) para ser o grupo de observação/intervenção que foi aceito em 13 de novembro de 2015. Em seguida, a reunião de núcleo NSEC local do dia 17 de novembro de 2015, também fez parte da fase exploratória em que se deu continuidade à definição das propostas e síntese dos problemas identificados pelo grupo. Nesse momento, as etapas para o seminário central e aproposta de apresentação já havia sido disparada para todos os representates da área, o que gerou a necessidade por parte dos próprios profissionais que compõem o NSEC de uma reunião dia 04 de dezembro de 2015 para análise do levantamento das demandas do território realizado através de uma ficha de descrição das demandas na percepção dos diretores das escolas da área e os resultados foram utilizados para responder a matriz de julgamento. Em 2016, na segunda fase da pesquisa, o planejamento da execução do

<sup>\*</sup>Por Agravos Negligênciados e Doencas em Eliminação, entende-se doenças como Hanseniase, Tuberculose, Dengue, Tracoma, Parasitoses Intestinais, etc.

plano de ação foi discutido da reunião do dia 12 de janeiro de 2016 e dia 03 de fevereiro de 2016.

Todas as reuniões citadas acima foram realizadas na sala de reuniões da CAP, com a participação dos representantes do NSEC saúde, educação e desenvolvimento social. A partir de janeiro de 2016, com a proposta de aproximação dos territórios pela equipe técnica da coordenação do PSE Carioca, uma representante (que inclusive participou da reunião de modelização) passou a frequentar as reuniões, auxiliando no planejamento e tomada de decisão do território, o que favoreceu o acompanhamento da proposta da pesquisa-ação.

A seguir, segue a descrição da matriz de avaliação do território B e o planejamento de ação para o enfrentamento do problema identificado pelo grupo. O Quadro 15 foi elaborado com a colaboração de todos os participantes das reuniões e após diálogo e consenso de todos.

Quadro 15 - Matriz autoexplicativa de Análise e Síntese dos problemas identificados. Território B. município do Rio de Janeiro RI 2015

в <u>, т</u>	, município do Rio de Janeiro, RJ, 2015					
D	IMENSÃO	Subdimensão / categoria	Padrão	Síntese dos Problemas Identificados	Plano de ação para enfrentamento do problema prático	
		Potencialidades da área	Saber identificar e utilizar a favor da melhor distribuição das ações na área	- Ata para registros de acompanhamento de presença e pactuação das reuniões de território local - porém entegues em tempo não estipulado e sem um padrão;  - Envio de um calendário do 1º trimestre com reuniões e pactuação de ações na área – muitos justificam para o NSEC que não o conhecem.	<ul> <li>Padronização da Ata e envio em formato PDF com preenhimento obrigatório da data da próxima reunião local.</li> <li>Definição de um profissional responsável pela elaboração e entrega da Ata.</li> <li>Discutir os tópicos na reunião geral, na pauta de planejamento do ano de 2016.</li> </ul>	
		Relação Unidades Escolares, Saúde e Desenvolvimento Social (Comunicação)	Reuniões periódicas e boa parceria entre as Unidades de saúde, Escolas e profissionais do setor de Desenvolvimento Social	<ul> <li>- Áreas em que a reunião não acontece – fragilidade;</li> <li>- Desconhecimento dos fluxos de atendimento;</li> <li>- Definir a periodicidade das reuniões;</li> <li>- Presença dos NSECs inibem as discussões, porém é necessária.</li> </ul>	<ul> <li>Na reunião geral de território na fase de planejar as ações naárea, o NSEC solicitou a agenda das reuniões locais e a definição do envio de Ata para os NSECs;</li> <li>Na reunião também foi decidido que as reuniões locais, de área, deveriam acontecer bimestralmente.</li> </ul>	

DIMENSÃO	Subdimensão / categoria	Padrão	Síntese dos Problemas Identificados	Plano de ação para enfrentamento do problema prático
				- Supervisão e acompanhamento da frequência dos participantes e dos temas discutidos e pactuados nas reuniões lociais.
	Vulnerabilidade	Saber identificar e ter plano de ação para atuar e vencer as dificuldades	- Necessidade de maior participação dos envolvidos;	- Incentivar a participação, com as reuniões locais mais atrativase deliberativas;
		Saber identificar e ter plano de ação para atuar e vencer as dificuldades	- Por vezes, a saúde não leva em conta o calendário escolar (Provas, semanas de ativididas) e nem a educação o calendário temático da saúde;	- Estabelecer uma agenda compartilhada com todos os envolvidos;  - Identificar as áreas que possuem mais vulnerabilidade de relação e acompanhar;
		Giriculados	<ul> <li>Descontinuidade do trabalho por conta de férias, rotatividade de profissionais e outros afastamentos.</li> </ul>	- Fortalecer relação — grupo afirma que se o território está articulado, a problemática da 'rotatividade' é reduzida.
		Saber identificar e ter plano de ação	- Dificuldade de entendimento do fluxo: Unidade de saúde referência e Unidade de saúde de acompanhamento;	- Na reunião geral de território na fase de planejar as ações na área, solicitar a agenda das reuniões locais – Estreitar relações e melhorar entendimento do fluxo.
	Territorialização	para atuar e vencer as dificuldades	- Relação desproporcional da REDE/RJ entre Unidade escola e de Saúde.	<ul> <li>Fortalecer reuniões de Grupo de Trabalho Intersetirial da área;</li> <li>Problemática no contexto político- organizacional.</li> </ul>

DIMENSÃO	Subdimensão / categoria	Padrão	Síntese dos Problemas Identificados	Plano de ação para enfrentamento do problema prático
	Ações de Saúde	Pontuar as Ações de saúde;	- Casos de caxumba, violência, bullyng. Apontam déficit de discussão sobre as ações do compoente I.	- Priorizar as demandase focar nas avaliações clínicas e promoção da cultura da paz;
	Participação do Enfermeiro	Conhecer a meta e atingi-la.	<ul> <li>Má distribuição das ações nas escolas do território: Umas com muitasações e outras com nenhum;</li> <li>Não havia realizado um levantamento das necessidades;</li> <li>Boa participação dos Enfermeiros e de grande contribuição, mas precisa envolver os enfermeiros das áreas com fragilidade nas ações de saúde;</li> <li>Incentivar a participação do profissional Enfermeiro.</li> </ul>	- Analisar e priorizar escolas que não receberam ação ao longo do ano;  - Levantamento das demandas com os diretores de escolas (ficha de avaliação elaborada e analisada em Dezembro de 2015);  - Promover a participação dos enfermeiros nas reuniões locais;  - Nsec Saúde fazer um link com os enfermeiros das EqSF — Capacitação.
	Distribuição das ações  - Ponto positivo: Organização dos registros por escolas	Temas diversos contemplando a integralidade do cuidado e de temas sobre saúde (avaliação, educação e formação)	- Qualidade dos registros – pontuarmelhor os responsáveis pela ação - Fechamento dos dados do monitoramento ao invés de mensal, ser trimestral	- Na reunião geral e local de território na fase de planejar as ações na área, discutir sobre a qualidade dos regitros.  - Possível acompanhamento mensal – fechamento
Forte Construction			- Sobrecarga de demandas ao profissional NSEC, acumulo de funções	pelo NSEC  - Contexto político- organizacional

Fonte: Construído coletivamente pela autora, equipe técnica Saúde do PSE representantes dos setores saúde, educação e desenvolvimento social que compõe o Núcleo de Saúde na Escola e na Creche (NSEC), Fev, 2016.

### 4.8.5 Síntese dos aspectos destacados pelo grupo – Território B

Depois de analisar o que foi discutido com o NSEC estudado, ficaram acordadas as seguintes fragilidades que seriam contempladas no plano de ação.

- Relação Unidade de Saúde e Unidade Escola fragilizada.
- Necessidade de divulgar o PSE e a relação das ações e metas do programa com o Plano Municipal de Saúde.
- Fortalecer com os outros Grupos de Trabalhose favorever o compartilhamento das decisões e casos em acompanhamento.
- Planejamento/Fortalecimento/Implantação das reuniões locais (por complexos de bairros com características mais próximas) com as EqSF e unidades escolares do território.

Como verbos mais utilizados nas reuniões até o final da fase exploratória, em dezembro de 2016, pode-se sintetizar: entrozamento, compromisso e expectativa. O grupo discutia com muita esperança sobre a execução das ações para o ano seguinte (2016) e se apresentou compromissado em desenvolver uma prática de planejamento, acompanhamento e avalição das ações, que segundo eles, diferente de anos anteriores, o registro e as informações em tempo oportuno oriundos da ficha de registro, estimulou a prática e a discussão intersetorial das ações.

# 4.9 INTERVENÇÃO E EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

O plano de ação, segunto Thiollent (2011), trata-se de uma ação na qual os principais participantes são os membros da situação ou intervenção a ser observada ou avaliada. Sua elaboração consiste em definir e projetar como se dará continuidade à ação, apesar das dificuldades. Segundo o Caderno de Atenção Básica, voltado para o PSE, um Plano de Ação Local inicia-se pela problematização do contexto de determinado território e, dando um passo à diante, propõe estratégias ou soluções sistematizadas e detalhadas em ações e atividades. Elaborar um Plano de Ação auxilia-nos a visualizar as ações necessárias, responsáveis, bem como prazos e resultados esperados. Assim, consta de uma ferramenta de organização, um mapa de responsabilidades e um instrumento facilitador da comunicação e da produção de consensos (BRASIL, 2008).

A análise da produção das ações e as reuniões na fase exploratória nos territórios permitiram uma discussão com foco nas necessidades levantadas pelo grupo. Assim, baseado no conjunto de problemas identificados nas reuniões supracitadas, o grupo refletiu sobre os problemas e decidiu selecionar aqueles considerados prioritários e que, de alguma forma, poderia impactar no enfrentamento de outros entraves. Para isso, um plano de ação foi traçado e é descrito a seguir.

### 4.9.1 Planejando as ações para enfrentamento da realidade

Os encontros na fase exploratória favoreceram aproximação e certo vínculo, o que permitiu confiança entre os grupos e a intervenção proposta pelo pesquisador. No entanto, nem tudo saiu conforme programado. O território A que já havia apresentado dificuldades no delineamento de metas e no fortalecimento do planejamento das ações, ou seja, no enfrentamento dos problemas identificados, chegou a delinear um plano de ação em tempo oportuno ao período de produção de dados e realizar a intervenção proposta, mas não houve uma devolutiva ao território e uma apresentação de uma possível adequação da prática de planejamento e avaliação das ações do PSE na área. O que pode-se configurar como incentivo para outros estudos.Em contra partida, o território B evoluiu conforme planejado ainda e repondeu além do que esperado. Os passos serão desctiros a seguir.

#### 4.9.2 Território A

A reunião de planejamento do plano de ação e a intervenção foi ralizada já no mês de maio de 2016, com certo atraso no cronograma tanto do ano letivo, quanto da tese, e aconteceu apenas com muita insistência do articulador do nível central, ou seja, ocorreu por motivos considerados normativos. Foi elaborado o registro da reunião em livro de ata que foi aberto pelo pesquisador e articulador do nível central setor saúde, no início do ano de 2016. Nesta reunião estavam presentes os integrantes do NSEC e alguns parceiros, discutindo qual território seria o escolhido para realizar uma reunião chamada por eles de 'reunião de aproximação'.

O território foi escolhido pelo integrante do desenvolvimento social, que pontuou ser um território com muitas escolas e creches, um equipamento de saúde sendo Clínica da Família e um equipamento do desenvolvimento social, assim como se apresenta de forma vulnerável à violência, pobreza e pouca articulação entre os equipamentos, sendo assim um território prioritário de ação do PSE Carioca. Os objetivos traçados pelo grupo da intervenção eram:

apresentar olhar multidisciplinar e fortalecer a relação entre os equipamentos; perceber a importância dos encontros locais para articulação das ações; e intenção de se tornar rotina.

Na elaboração da programação foram apontados três momentos: o primeiro seria de apresentação dos integrantes do NSEC e dos parceiros, em que haveria uma explicação sobre sua função de articulador, o que cada secretaria tem de meta pactuada com o PSE e que é feito para acompanhar e apoiar as escolas quanto às ações de saúde na escola. Em um segundo momento foi programado seria uma fala de alguns minutos de cada diretor de escola, unidade de saúde e desenvolvimento social atuante no território, explanando suas potencialidades, fragilidades e parcerias. Esse momento foi chamado pelo grupo de 'roda de conversa', pois seria levantando a prioridade para o território que estaria pactuado na estrtura do PSE Carioca.

No último e terceiro momento, o grupo pontuou que seria o momento de apontar as estratégias para resolver o problema levantado através das prioridades colocadas em discussão, pactuar uma próxima reunião e favorecer o estabelecimento de uma agenda de encontros. Por fim, ficou acordado que essa intervenção seria realizada no dia 18 de maio de 2016 com apenas uma Unidade de Saúde com cinco EqSF e gerente da unidade. O convite seria disparado via mensagem eletrônica para o público alvo e os coordenadores no nível central seriam convidados. Vale destacar que o pesquisador não recebeu convite por mensagem eletrônica, não recebeu o material que foi apresentado na reunião e não foi elaborada ata ou lista de presença da reunião, o que impossibilitou a análise da execução propriamente dita. A ação ocorreu no dia, data e local marcado e será descrita no tópico sobre a avaliação da intervenção com maiores detalhes e não será possível descrever como a ação foi executada, já que não temos registros formais da execução desta intervenção.

### 4.9.3 Território B

Após o levantamento das necessidades de ações de saúde realizadas junto ao setor educação, foi possível delinerar e entregar junto ao relatório do seminário central, uma visão sobre as prioridades de ações de saúde que poderiam ser pactuadas no ano de 2016. Com isso, as reuniões de núcleo do mês de janeiro (12/01/2016) e fevereiro (03/02/2016) foram realizadas com o escopo de planejamento no enfrentamento e delineamento das situações problemáticas identificadas, discussão sobre o levantamento supracitado e que seriam alvo da intervenção do plano de ação. Estavam presentes nessas reuniões os representantes da saúde, educação, desenvolvimento social executores do PSE na área, o pesquisador e o articulador da equipe técnica de saúde da gestão do PSE Carioca e parceiros (Representantes da Saúde Mental, do

projeto de Organizações Não Governamentais e do departamento de atenção primária em saúde da área). Na reunião do dia 12 de janeiro, foi discutido em pauta o processo de monitoramento das ações na área e como seriam acompanhados os encontros de planejamento de ações entre os profissionais dos setores saúde, educação e desenvolvimento social nos seus respectivos territórios de abrangência, ou seja, o gestor e EqSF da unidade de saúde e equipamento de assistência social de referência daquela unidade escolar, as chamadas reuniões locais.

A primeira pauta de discussão foi com relação à padronização de uma ata que registra a presença e as pactuações feitas ao longo das reuniões e foi decidido quanto à responsabilização da entrega da ata após a reunião para o NSEC. Ficou acordado que a ata seria enviada em formato que não permitisse alterações no padrão e que seria um profissional da saúde o responsável pelo envio da ata devidamente preenchida aos gestores. Dessa forma, é formalizado o acompanhamento da relação dos profissionais que atuam, planejam e executam as ações. Destaca-se que na ata há um campo para preenchimento da pactuação da próxima reunião. A ata foi modificada em alguns campos após discussão nesta reunião, como a identificação previa da referência de atendimento dos equipamentos, a data da próxima reunião, um espaço para opiniões e sugestões e o campo de melhor identificação para os participantes e parceiros. A ata segue de modelo em anexo (Anexo E), para possível replicação em outras áreas.

Outro ponto pactuado nesta reunião foi periodicidade das reuniões que acontecerão com periodicidade mensal ou bimestral, a fim de planejar em conjunto as ações respeitando os calendários (escolar e de trabalho das unidades de saúde e de assistencia social) e relevando-se as necessidades temáticas.

Vale ressaltar que, em alguns momentos, foi pontuada a importância do que foi a realização do seminário central, pois na percepção deste núcleo a reunião de avaliação com pedido de relatório foi necessário e extremamente positivo para que se conhecessem as ações de saúde na escola do território e fomalizá-las. Saiu-se desta reunião de janeiro com a meta de definir o dia, horário e local da reunião geral do território B, assim como pensar sobre como se poderia programar o encontro da forma mais colaborativa possível.

A reunião do mês de fevereiro (03/02/3016) aconteceu para planejamento da reunião denominada pelo grupo de 'I encontro regional do PSE Carioca do ano de 2016', que corresponde a uma intervenção planejada em colaboração com os integrantes do NSEC. Estavam presentes na reunião apenas os representantesda saúde, educação, desenvolvimento social executores do PSE na área (NSEC), o pesquisador e o representante da equipe técnica de saúde da gestão do PSE Carioca, por exigência do próprio núcleo NSEC.

Chegamos à reunião com algumas anotações e estimulados na dimensão do processo avaliativo, pois foi enviado uma ata da reunião pelo NSEC e um documento anexado no email (Anexo F) para que se pudesse refletir nos tópicos e a discussão avançasse com relação à reunião geral.

Primeiramente, planejou-se uma divisão de grupos nos turnos manhã e tarde por território, para que durante a reunião o grupo se dividisse por área de abrangência e pudesse ter um momento de planejamento das reuniões locais e das primeiras ações do mês de março, o que há destaque da preocupação dogrupo em que todas as unidades de saúde da área de abrangência estivessem presentes na reunião. Os grupos foram dividos por critério de proximidade de território, tentando semelhanças quanto aos entraves e potencialidades a fim de que os objetivos fossem alcançados, favorecendo a prática de planejamento, execução e avalição das ações. Nessa reunião de fevereiro foram definidos os dois grupos que participaram da reunião, assim como os turnos que cada grupo deverá participar e foi definida a programação do encontro e seus objetivos:

- Apresentar as diretrizes e o Calendário do PSE Carioca 2016.
- Organizar o calendário anual de reuniões nos territórios.
- Fortalecer e estreitar vínculos entre os profissionais de Educação, Saúde e Desenvolvimento Social no território para a execução das ações de saúde na escola.
- Integrar e fortalecer a rede de contatos e parcerias.
- Planejar as ações de saúde na escola para primeiro trimestre de 2016.

#### 4.9.4 Executando a ação – Território B

A ação de intervenção, planejada e articulada em colaboração, aconteceu dia 29 de fevereiro de 2016, às 09h00 horas, no auditório da CRE da área do território B. O convite para todos os diretores das unidades escolares e os diretores e gestores das unidades de saúde e dos equipamentes de assistencia social, se deu via email, no dia 13 de fevereiro de 2016, dezesseis dias antes da reunião, com a pauta, objetivos do encontro e convite formal (Figura 6). Dos 20 equipamentos de saúde na área, apenas uma Unidade de Saúde não se fez presente com algum integrante, seja o gerente ou profissional da EqSF. Abaixo segue a lista dos enfermeiros que participaram da reunião, grupo foco da intervenção da tese (Quadro 16).

Figura 6 – Convite para o I Encontro Regional PSE Carioca, elaborado de formacolaborativa. Território B, fevereiro de 2016



Fonte: Elaborado pelos integrantes do NSEC do território B, de forma colaborativa com o pesquisador, janeiro de 2016.

Este encontro já aconteceu em anos anteriores, mas o formato e a programação foram planejados e executados de forma diferente, com maior foco na prática de monirotamento e avaliação das ações por áreas de abrangência das EqSF e as repectivas Unidades Escolares. A programação foi elaborada para que os objetivos fossem alcançados de forma colaborativa e na tentativa de ser o menos monótono possível, pois de acordo com o grupo que participou da reunião de planejamento, a reunião do ano anterior não surtiu efeito na participação e envolvimento dos executores das ações do PSE (APÊNDICE H).

A reunião deu início com um vídeo de acolhimento dos participantes, que assistiram atentamente. Na chegada, deviam procurar sentar-se nas cadeiras já sinalizadas com os nomes da Unidade de Saúde da qual era integrante e sempre próximo havia o nome da unidade escolar de referencia, assim facilitaria a divisão do grupo. Após o vídeo, deu-se início aos informes sobre as atividades pactuadas pelo MS para o mês de março, já com a sinalização de que seria preciso avalia-las no mês seguinte à sua realização.

Destaca-se que um dos informes foi a campanha de vacinação contra o vírus HPV, sobre autorização dos responsáveis para a aplicação da vacina, importância de se programar o dia da vacinação com a EqSF, distribuição dos materiais informativos e quantidade de alunas que estão na faixa etária alvo da vacina e nesse momento da campanha aproveitar para verificar a

caderneta de vacinação se está em dia. Esse é um exemplo de como o PSE tem em sua meta ações que perspassa metas de outras secretarias, como a coordenação de imunização com meta de vacinar o grupo alvo da campanha. É importante ressaltar que o esquema no de 2016 eram de 2 doses aplicadas (0 e 6 meses) para as meninas entre 09 e 13 anos de idade.

Logo após os moderadores da reunião – definidos na reunião de planejamento – o reseprentante saúde e educação do NSEC deu início à explanação da intervenção proposta no plano de ação. Foram comentados, discutidos e pactuados temas como: planejamento das ações, a importância das reuniões locais, aproximação, territorialização, o fluxo de atendimento do escolar – unidade de referência da escola e unidade de atendimento, sanadas dúvidas com relação a este fluxo inclusive com a fala de diretor de unidade de saúde citando exemplos de referência. Foi debatida a questão da responsabilização da ata das reuniões locais, com periodicidade de encontros entre escola e unidade de saúde de referência a cada dois meses, pactuando e planejando a execução de ações, descritas nas atas para acompanhamento. Ainda quanto o tema da elaboração ata das reuniões locais, foi explicada a importância de ser redigida na hora da reunião, com a marcação prévia da próxima reunião local. Outro ponto que merece destaque foi a colocação do seminário central como pauta de discussão, em que no foi colocada na seguinte fala:

"No final do ano de 2015 a secretaria pediuum relatório sobre o que aconteceu no território, então escolas que não formalizaram as reuniões com o envio das atas, ficaram sem dizer como e o que fizeram de ações do PSE Carioca. Algumas escolas e unidades de saúde, assim como o desenvolvimento social, ficaram como não frequentes e sem registrar suas ações de saúde na escola. No entanto, agora em 2016 com a ata padronizada será diferente, pois precisamos formalizar esses encontros e as ações planejadas e executadas" (E25).

Dentro do contexto da qualidade da informação gerada pela execução das ações o grupo teve um momento para (re)explicar e (re)apresentar a Ficha de Registro, em que se pontuou a necessidade de identificação da equipe de saúde que realizou a ação, fazer o registro por ação – a fim de facilitar a crítica dos dados e identificar o quantitativo real das ações executadas, assim como identificar os parceiros como universidades, instituições e organizações não governamentais. O grupo lançou como exemplo a reunião que estava acontecendo, a intervenção, sobre como registrar:

"Com relação às ações de formação, vou dá um exemplo prático, está aqui não é uma ação de formação? É. Quem é o responsável pela ação? Saúde e Educação, mas tem um parceiro que é o 'pesquisador'. Quem é o público alvo? Diretores de escolas e de Unidades de Saúde. E assim você faz o registro." (E25).

Neste monento alguns profissionais sanaram algumas dúvidas sobre o registro, códigos e sobre o que escrever nas observações. O grupo de colocou à disposição para marcar um horário e explicar passo a passo. Trazendo novamente o ponto que esses registros têm como proposta facilitar e migrar os dados para os sistemas de informação oficiais so PSE Nacional, que foi pontuado pelo grupo.

Outro momento da reunião foi o calendário escolar sendo apresentado para que o grupo de reunisse para se conhecer, se aproximar e pactuar as ações dos próximos meses, respeitando os calendários de ambos. Esse momento teve duração de trinta minutos e, ao final, cada grupo entregou a ata, já com a versão atualizada pelo NSEC (Anexo E), devidamente preenchida e pactuada à próxima reunião local, em um dos equipamentos de seu território. Foi também entregue uma ficha de avaliação para os participantes da reunião, que será discutida e analisada no tópico seguinte. Por fim, a reunião finalizou com um lanche e confraternização.

O que se percebe na fala é a valorização que o grupo deu à questão do relatório anual e à avaliação das ações no território, fazendo assim destaque para o processo de se acompanhar, monitorar e avaliar o PSE Carioca. Isso demonstra um resultado positivo quanto à proposta do seminário central, ou reunião de avaliação anual, como chamada pelo grupo de gestor do nível central: "É bom para nós pensarmos no que não ficou bom e tentar melhorar e ajustar a cada dia, temos que aprender a avaliar" (E24).

Ainda sobre os temas discutidos, houve um momento para explicação dos componentes do programa e como eles se apresentam na Ficha de Registro PSE Carioca, a fim de qualificar os dados que são alimentados na ficha. Neste momento houve destaque para as ações do Compontente I, sobre as ações de saúde que são desenvolvidas em colaboração com as EqSF da área. Neste contexto vale apontar o quantitativo de profissionais enfermeiros presentes na reunião, o que também demonstra a valorização e aceitação da proposta lançada pelo pesquisador em estimuar a participação do enfermeiro nas reuniões de planejamento das ações do PSE Carioca (Quadro 16).

Quadro 16 – Descrição do quantitativo de enfermeiros presentes na reunião de intervenção, I Encontro Regional PSE Carioca – Território B. Rio de Janeiro, RJ, fevereiro de 2015

Unidade de Saúde	Enfermeiros Presentes
CF 1	2 + 1(Gerente)
CF 2	1 + 1 (Gerente)
CMS 3	1(Gerente)
CMS 4	1(Gerente)
CMS 5	1(Coordenadora de Linhas de Cuidado)
CMS 6	1 (Chefe de enfermagem)
CMS 7	1 (Gerente)
CMS 8	1 (Gerente)
CMS 9	1 Gerente)
CF 10	1 (Gerente)
CF 11	1 (Gerente)
CF 12	1 (Gerente)
CF 13	1 (Gerente)
CF 14	1 (Gerente)
CF 15	1 (RT Enfermagem)
TOTAL	18 Enfermeiros (destes 12 são gerentes)

Fonte: Lista de presença do 'I Encontro Regional PSE Carioca, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Território B, Fevereiro de 2016.

# 4.10 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO E DA APLICABILIDADE DO PLANO DE AÇÃO

A ação, segundo Thiollent (2011), correspode ao que precisa ser feito (ou tranformado) para realizar a solução de um determinado problema e aponta ainda que as implicações da ação aos níveis individuais e coletivos devem ser explicitadas e avalidas em termos realistas, evitando criar falsas expectativas entre os participantes do estudo. O que se buscou nessa fase do processo de elaboração da tese foi avaliar as intervenções propostas, planejadas e realizadas de forma crítica favorecendo uma reflexão sobre a prática do trabalho e execução das ações do PSE Carioca, principalmente sob a dimensão de monitarar e avaliar as ações que são desenvolvidas no terrtótorio.

#### 4.10.1 Avaliação da intervenção pelo Território A

A ação aconteceu no dia 18 de maio de 2016, uma quarta-feira, em um território de apenas uma Unidade de Saúde Clínica da Família. Nessa reunião, o grupo se encontrava com a relação entre os equipamentos extramamente fragilizada. Já a reunião de avaliação aconteceu dia 02 de junho de 2016 e estavam presentes alguns pareiros, o persquisador, o articulador da

equipe técnica educação nível central e os integrantes do NSEC saúde, educação e desenvolvimento social. O articulador da equipe técnica de saúde da gestão do PSE Carioca não pode comparecer a reunião, o que a tornou sem moderador que organizasse a programação e o andamento das pautas da reunião, que ficou por conta do pesquisador.

De início nos reapresentamos, pois havia um convidado que atuava no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da área em questão, que não conhecia todos os presentes, no intuito de estreitar as relações e apresentar o fluxo de atendimento do núcleo, o que foi concretizado. Logo em seguida, lançou-se a pergunta sobre a ação desenvolvida em maio e se havia interesse em avaliá-la, de forma que se refletisse em grupo os pontos positivos e negativos da ação.

Ao serem questionados sobre como foi a intervenção, como eles a avaliariam, foi pontuada como 'positiva' pelo NSEC. No entanto, ao solicitar lista de presença e o que foi discutido pelo grupo, houve desconhecimento da lista e uma voz de insatisfação quanto à intervenção, pois o NSEC avaliou que ficou monótono e como se fosse impositivo, pois não houve o momento da fala dos atores que atuam na execução das ações. Neste momento o pesquisador e o articulador do nível central do setor educação proporcionaram um diálogo sobre a forma com o que se acompanhou uma experiência existosa no outro grupo de observação desta tese e um consenso da necessidade de se realizar outra reunião no território A, mais organizada e mais efetiva, porém não foi pactauado onde, quando e como.

Por fim, o grupo se mostrava resistente às intervenções, visto que finalizei a produção de dados no território e ainda sem conhecimento da agenda das reuniões de território, assim definida com uma intervenção que teve resultado parcial e com uma articulação de difícil concretude. Pode-se inferir que essa desarticulação do grupo que supervisiona as ações do PSE Carioca reflete na ponta, na prática, na execução. A falta de compromisso e entendimento da importância de se promover uma ação com qualidade de saúde na escola é percebida ao passo que não se tem registro das reuniões entre os NSEC e um déficit entre a relação Unidade Saúde e escola deste território. Um ponto positivo que movimentou o grupo foi o fato de ter um representante do nível central nas reuniões de NSEC local, tocando a reunião de forma regente, elaborando ata e envolvendo metas, com a negativa de que sem esse ator a reunião ficou descordenada.

Concordo que esse resultado seria esperado na perspectiva de gestão, mas vislumbra-se uma discussão de que para vencer o desafio maior da intersetorialidade do PSE, necessita-se de compromisso e, por vezes, uma tentativa de reduzir o impacto pela rotatividade de profissionais. Acredita-se que um território articulado e fortalecido não seja tão abalado pelas mudanças de gestão. Tal fato é discutido em artigos como o de Felisberto e colaboradores (2010), em que

apontam que a dificuldade da sustentabilidade do programa pode estar relacionada com a frequente mudança nas gerências em uma mesma gestão, favorecendo mudança na condução de programas e projetos, colocando-os em perspectivas os diferentes interesses, por vezes até embricados de um entendimento simbólico daquele programa quem o executa, pois ou fez parte da elaboração do projeto, ou tem esperança e acredita que o programa atinja seus objetivos finais, ou por ventura é de interesse pessoal – acadêmico e de cargo de confiança.

Essa reunião do dia 02 de junho estava programada para ser a última reunião de coleta de dados, o que teve que ser prorrogado para a reunião do dia 06 de julho de 2016 com a pauta inicial formalizando a avaliação e apresentação do Modelo Lógico do PSE Carioca pelo pesquisador. Isso não aconteceu, pois o grupo decidiu que participaria de outra reunião no mesmo dia e local sobre a discussão de saúde do adolescente e não teriam a discussão do território como uma reunião de NSEC local, sem marcação e sem colocar a pesquisa em pauta de um outro encontro no mês de julho.

#### 4.10.2 Avaliação da intervenção pelo Território B

A reunião de avaliação da intervenção proposta e realizada no território B aconteceu no dia 06 de abril de 2016, durante todo o turno da manhã. A intervenção foi avaliada como positiva pelos integrantes do NSEC e foram mencionados alguns pontos que precisam ser revistos para as próximas reuniões.

Na visão dos integrantes do NSEC, a intervenção foi produtiva e participativa e por estar em avaliação um mês após a intervenção, já apresenta alguns resultados positivos, como a devolução das atas com maior regularidade ao ser comparada com o mês anterior à intervenção. Ficou evidente que padronizar a ata e formalizar a sua entrega por um profissional da saúde teve resultado positivo para o núcleo que supervisiona a periodicidade, as disucssões temáticas e as ações pactuadas. Ressalta-se uma ata que foi entregue sem a identificação dos profissionais, o que ocasionou certa distorção com relação à presença e à pactuação realizada em pauta. No entanto, após identificado pelo NSEC, a situação foi esclarecida por email com o grupo.

Na intervenção foi possível identificar as unidades de saúde que não foram à reunião e concluir que, além de serem as áreas mais problemáticas, não se tem visto um compromisso em participar das reuniões. O que levou o núcleo a definir estas como áreas prioritárias para a próxima intervenção, que ficaria para o mês de julho ou após o recesso escolar, no mês de setembro.

Durante a intervenção, os participantes preencheram uma pequena avaliação elaborada pelo núcleo com espaço para preencher e elencar os pontos fortes e fracos sobre o encontro. O que vale destaque, pois foi uma proposta aceita lançada pelo pesquisador na reunião de planejamento da intervenção. No intervalo de turnos, foi possível fazer uma leitura rápida com o grupo e no turno da tarde já foram atendidas algumas colocações trazidas nesta avaliação. Dentre os pontos fracos foi mencionado pelo grupo: o som que estava ruim no início, a pontualidade, muito barulho, um grupo pontou que a divisão de grupo para pactuação deveria ser feito na unidade de saúde e não naquela reunião (pode-se afirmar que foi tratado que ali – no encontro, seria um momento para aproximação e que foi identificado a necessidade de realização de mais encontros).

Um ponto que foi comentado, inclusive com o grupo, foi a necessidade da equipe de saúde se organizar melhor para entender as necessidades das unidades escolares, o que gerou uma boa discussão com todos e alerta para o levantamento das necessidades durante as reuniões locais, ou seja, explicou-se que essa discussão é justamente o propósito das reuniões locais.

Como melhoria os participantes da intervenção pontuaram: necessidade do aumento do número de encontros locais ou a efetivação de uma agenda a ser cumprida por todos os profissionais envolvidos para esses encontros; maior discussão dos casos locais de difícil resolutividade; melhorar o estreitamento das relações; e ambos os setores, saúde e educação, pontuaram que precisam melhorar a participação das ações de saúde escolar.

Como pontos positivos, pode-se elencar conforme a avaliação dos participantes: que os informes foram bem elaborados e explanados; foi visto como positivo pela maioria dos participantes o fato de ter separado um tempo para a discussão sobre as dúvidas e esclarecimento sobre o desenvolvimento das ações do PSE na área; a intervenção foi colocada como uma possibilidade de encontro e planjemanto de ações junto ao território de forma positiva; e houve um número significativo de participantes que pontuou que foi a primeira vez que estavam em uma reunião com caráter colaborativo e com oportunidade de esclarecimentos de pontos como o monitoramento, registros das ações e organização do calendário de forma conjunta e dialogada. Pediram que a reunião acontecesse com maior frequência, a cada semestre.

Mesmo com alguns pontos fracos, o encontro ocorreu conforme planejado e foi avaliado como positivo. Ajustes com relação ao horário, maior envolvimento e a necessidade de mais encontros com o mesmo padrão foram elencados na reunião com o NSEC.

### 4.10.3 Avaliação do plano de ação e da presença do pesquisador no território

Por motivos de interesse de pauta em reuniões, apenas um grupo se interessou pela proposta de avaliar o plano de ação e a presença do pesquisador. Foram duas tentativas, sem sucesso, de reunião com o território A para uma avaliação e apresentação dos resultados da tese. Em ambas foi colocado em pauta, mas não foi possível a ralização da discussão. Em uma das reuniões (06 de julho de 2016), o grupo optou por participar de outra reunião, chamada de reunião de Rede, em vez de discutir o território e sem outra data para reunião de NSEC local. Isso inviabilizou a terceira fase da pesquisa no territorio A.

De forma contrária, no território B, foi possível a apresentação do modelo lógico construído na fase exploratória e uma discussão sobre as falas transcritas durante as reuniões desde o início da produção de dados. Assim, puderam-se dialogar sobre os pontos que foram identificados como problema, os pontos que foram trabalhados na tentativa de saná-los e os pontos que ficaram pendentes, assim como os novos problemas que foram sendo incorporados na rotina ao longo dos meses de coleta de dados.

Para iniciar a reunião de avaliação, foi necessário levar em mãos as entrevistas transcritas, o Flipt Chart com o diagrama do Modelo Lógico construído pelos gestores e apresentar novamente a pesquisa de tese, explicando a pergunta avaliativa, os objetivos, a dimensão que se propôs em avaliar, o processo de intervenção e as contribuições que se pretendia (e pretende) com a tese.

Desta reunião destaca-se a percepção do NSEC sobre o Modelo Lógico, em que, após a explicação, houve um silêncio e concentração do grupo para entender o que estava sendo exposto e, a partir daí, se iniciou o diálogo. Após uma análise atenta do grupo e um olhar crítico sobre as etiquetas expostas, o representante da educação pontuou o quanto o grupo estava carente quanto à identificação dos resultados imediatos, por conta da dimensão de áreas de conflito do território e afirma que faltam qualidade e compromisso dos profissionais, ou seja, o quanto o profissinal é sensível ao PSE, de não apenas bater meta e sim promover saúde, entender o que realmente é o programa. Todos do grupo estiveram de acordo.

Um estudo aponta a importância de se avaliar as possíveis discrepâncias em relação à teoria e ao desenho original do programa, pois desta maneira pode-se contribuir efetivamente para orientar decisões sobre a expansão ou descontinuidade da intervenção (MAGALHÃES, 2016).

Outro ponto de acordo foi a questão que o grupo chamou de 'massacre' sobre o que é e sobre as ações do PSE, afirmam que o programa acaba sendo 'engolido' pelos outros programas

e políticas que somam ao PSE, como o Bolsa família, Programa de imunização. Desse modo, os profissionais acabam por não valorizarem o PSE como devem, mesmo o conhecendo e sabendo que está correlacionado aos outros programas. Tal ponto corrobora com a análise de contexto descrita anteriormente nesta tese.

Ao fazer uma comparação do ano de 2015 com o ano de 2016, o grupo pontuou como positivo: o planjemento mais efetivo com base da Ficha de Registro; melhor organização da programação das reuniões terriório local e de Núcleo; avaliaram positivamente o seminário central – favoreceu o mapeamento das ações do território e identificação dos temas e das escolas que não receberam ação e a possiblidade de ouvir os outros núcleos sobre os probelmas e resolução deles, compartilhou ideias e propostas positivas e aquelas que não deram certo; pontuaram como positiva a intervenção proposta pela pesquisa, inclusive relatam que não sentiram imposição e sim participação e jogo de ideias durante o período.

Pontuaram que de outubro de 2015 para maio de 2016, um novo (e ao mesmo tempo antigo) problema emergiu e preocupa o território, a violência, que tem afetado de forma crescente a realização das ações, com mais frequência do que no ano anterior. No entanto, esse problema tem um contexto de segurança pública e político organizacional que não compete aos NSECs resolverem, mas tentam programar e planjear da forma mais segura e efetiva possível com a parceria do setor de desenvolvimento social.

A aceitação das reuniões locais propostas e da reunião de intervenção chamada de 'encontro regional' foi positiva, melhorou significativamente a participação e observou-se a devolutiva das atas preenchidas e pactuadas. Assim como foi observada maior aproximação da relação entre os setores saúde, educação e desenvolvimento social a partir das reuniões locais. Porém, mesmo no geral ter tido uma sensível melhora, algumas áreas ainda precisam se articular. Foi pontuada uma unidade de saúde problemática que inclusive não foi à reunião de intervenção.

Dos pontos negativos, foi levantada a questão da Ficha de Resgistro ainda não ter sido ainda avaliada com quem realmente está preenchendo, pois precisa ser revisto quanto aos códigos, nome das escolas e unidades de saúde; além da impossibilidade da crítica do NSEC em tempo oportuno dos resgitros. Foi pontuada pelo grupo a necessidade de mais reuniões com a participação e compartilhamento de experiências de todos os núcleos, assim como foi a reunião do seminário central. Outro ponto foi uma questão da sobrecarga do integrante do NSEC que não é somente responsável pelo PSE, mas trabalha em e com outros programas. Esses pontos seriam levados na reunião de 2º devolutiva programada para outubro de 2016.

No entanto, mesmo com todas as dificuldades, o grupo sinalizou que:

"Ah, mas a gente tá bem na fita, tá? Vou te enganar, não! A gente tá muito bem, porque visualizando tudo aqui (o Modelo Lógico) a gente tá bem, mas precisa melhorar na questão dos resultados imediatos para chegar no impacto!" (E25).

### 4.11 SEGUNDA DEVOLUTIVA (STAKEHOLDERS)

Conforme o método da pesquisa-ação (THIOLLENT, 2011), a devolutiva para o grupo em tempo oportuno foi de grande validade, visto que a discussão foi um norte quanto a termos utilizados, resultados prévios e devolutiva de algumas falas, da reunião de construção e validação do Modelo Lógico. A reunião aconteceu dia 01 de março de 2016 na Sala 01 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ou seja, pela data, percebe-se que as intervenções estavam ainda em planejamento e execução. Logo, foi possível descrever o caminho percorrido até então, como a fase exploratória, seminário central (execução e avaliação) e a análise da reunião de contrução e validação do Modelo Lógico.

Estavam presentes na reunião os potenciais interessados e usuários da avaliação (*Stakeholders* - 7), a Superintendência da Promoção da Saúde (1) – que autorizou a realização da pesquisa, a equipe técnica de gestores dos setores saúde (4) e educação (3), residentes, acadêmicos e alguns convidados e o pesquisador. A apresentação se iniciou às 14 horas e teve o término às 17h30min, com muita discussão e participação.

Nesta ficou acordado que a pesquisa iria insistir na intervenção e elaboração da ação com o território em defasagem (território A), que o NSEC é um articulador e não apoiador, como antes era denominado, pois ele tem potencial para 'tomada de decisão' sobre algumas deliberações no território. Teve-se uma reflexão sobre levar o modelo de ata padronizado e a programação da intervenção proposta do território B como prática exitosa. E por fim, discutimos a proposta do seminário central, que foi posta como de extrema relevância e com o compromisso dos coordenadores de realizar novamente nos próximos anos, com melhorias e adequações.

As falas transcritas e analisadas na reunião do Modelo Lógico foram aprovadas e foi considerada a ideia de se levar o modelo para uma discussão em todos os territórios, daí surgiu a proposta lançada pelo grupo de que ao final da terceira fase da pesquisa, no momento de avaliar a intervenção, o Modelo Lógico fosse colocado exposto para discussão, o que foi aceito e extremamente válido em um dos territórios e descrito no subitem acima "Avaliação do plano de ação e da presença do pesquisador no território".

#### 4.12 TERCEIRA DEVOLUTIVA (STAKEHOLDERS)

Como forma de finalizar as reuniões de devolutiva e no escopo de ter uma nova devolutiva com as análises de produção dos dados, no dia 17 de janeiro de 2017, às 09h30min, na SMS nível central, ocorreu a reunião de terceira devolutiva aos gestores e coordenadores. Nessa reunião, foi entregue um relatório comparativo das ações ao longo dos anos de 2015 e 2016 e uma análise da produção que foi aprovada na banca de qualificação e que gerou recomendações para os executores do PSE para o ano de 2017. A reunião aconteceu na sala de reuniões da SMS/RJ, teve duração de 02h45min e teve a participação de nove gestores do PSE Carioca nível central, das três secretarias envolvidas.

Foi iniciada com uma apresentação da pesquisa com os objetivos, justificativa e o estado da arte. O ponto forte da reunião foi uma discussão sobre a análise de produção das ações do PSE Carioca, em que foram expostos os gráficos comparativos para discussão e análise dos dados.

Na discussão foi pontuada a comparação dos dados registrados em 2015 e 2016 e, antes mesmo da discussão dos dados de fato, foi colocado pela gestão da educação que as ações do PSE que eram registradas no primeiro semestre do ano de 2015 mensalmente pelos diretores escolares, passou a ter um período de acompanhamento no segundo semestre de forma bimestral, o que de acordo com os gráficos, houve redução do número de registros. Essa decisão causou uma dicotomia, em que alguns NSEC demonstraram que seriam contra os dados serem acompanhados de forma bimestral ou trimestral, pois traria perdas da rotina de monitoramento. De fato, aconteceu. Logo, a gestão retomou o fechamento da Ficha de Registro em 2016, durante todo o ano, fazendo com que os dados fossem alimentados de forma mensal.

A comparação dos dados, que foram analisados de forma colaborativa, foi devidamente colocada pela equipe gestora a questão do acompanhamento dos dados com a agenda escolar. À medida em que os dados iam significativamente se reduzindo, observa-se que está relacionado com o período de provas escolares ou férias. Isso confirma a necessidade da equipe de saúde em pactuar previamente com os diretores de escolas sua agenda letiva e pactuação temática dos temas de saúde. Recomenda-se que esse planejamento aconteça ainda quando as escolas estão pactuando seu Plano Pedagógico, a fim de fortalecer a relação inersetorial entre educação e saúde.

Quanto à finalidade da avaliação ser uma perspectiva tranformadora e sensibilizar a prática rotineira de monitoramento e avalição foram pontuados que a equipe realizou no

segundo semestre de 2016 duas avaliaçãoes: investigou a opinião dos diretores de escola sobre o monitoramento, já que eles são os responsáveis pelo preenchimento em conjunto com a equipe de saúde, e investigaram o nível de satisfação das ações e relação intersetorial de quem executa o PSE. E outra avaliação feita com os integrantes dos NSECs sobre o monitoramento e foi solicitado um relatório sobre um diagnóstico local. Assim a reunião de avaliação foi divulgada em site (<a href="https://psecarioca.wordpress.com/">https://psecarioca.wordpress.com/</a>), postado em 21 de dezembro de 2016, com foto oficial da reunião de avaliação. O pesquisador estava na fase de afastamento e todo a iniciativa foi dos gestores (stakeholders) que participaram ativamente da pesquisa.

A solicitação de relatório anual e apresentação das ações desenvolvidas no ano de 2016, foi bem semelhante com a proposta do seminário central mediado pela pesquisa em 2015. Desta vez, os gestores fizeram uma divisão dos NSEC para apresentação, evitando o erro que aconteceu em 2015, que pode ser observado no quadro da síntese da avaliação do seminário (Quadro 8).

Para o ano de 2017 a equipe tentará articular que a proposta de aproximação dos coordenadores com os territórios passar a ser semelhante à pesquisa, cada integrante acompanhar dois grupos distintos no perfil de monitoramento e avaliação das ações. Isso, analisado a partir dos resultados da tese, poderá ser uma estratégia de compartilhamento de experiências positivas e outras não tanto poisitivas, mas que favoreça uma melhor integração entre os NSEC e o território.

Outro ponto discutido como meta para 2017, além da prioridade nacional para o primeiro semestre será uma campanha contra o mosquito Aedes (Dengue, Zika e Chikungunya), será a meta de identificação e redução do número de alunos fora da escola, como meta e ação do PSE Carioca. Isso foi motivado por um projeto advindo de uma ONG chamado "Aluno presente", que fazia uma busca ativa dos alunos em idade escolar, fora da escola. Os alunos e responsáveis eram identificados, ouvidos e a equipe trabalhava em conjunto com os NSECs para readmitir esse aluno no ambiente escolar. O trabalho teve duração de 03 anos e foi visto como positivo para os gestores do PSE e para a organização política do municipio. Serão propostas futuras do PSE Carioca e a ideia levada para o Nacional.

A reunião foi finalizada questionando se os participantes tinham alguma dúvida, se precisavam de algum esclerecimento e se necessitavam de algum outro futuro retorno. A pesquisa foi avaliada nesta reunião como positiva e que teve bons resultados no que corresponde à avaliação periódica dos dados, de ouvir os que participam e executam o PSE, evidenciou a necessidade de participar cada vez mais os envolvidos.

## 5 DISCUSSÃO E JULGAMENTO

Dentre os pontos de análise e julgamento destaca-se um de forte impacto, a ausência de um documento ou padrão normativo para o acompanhamento das atividades no município e assim por consequência, observou-se na fase exploratória o déficit na prática de monitoramento (relativamente melhorada com a Ficha de Registro PSE Carioca no ano de 2015, com execução nos anos de 2016 e 2017) e o déficit na prática de avaliação das ações de PSE realizadas. Outro ponto de destaque é o não acesso aos dados e relatórios oficiais do PSE Nacional, o que não possibilita uma migração e uma comparação com os dados ditos não oficiais, o que nesse ponto recomenda-se crítica e reajuste para que os dados sejam úteis para quem gerencia e executa o programa.

O plano de ação e intervenção proposto no território B proporcionou uma iniciativa de registro e formalização em um documento padronizado das reuniões locais de território dos profissionais responsáveis pelo planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas (ANEXO E). Assim, proporciou o levantamento de estratégias para favorecer melhor relação entre os setores do PSE Carioca, ao realizar encontros regionais e estimular o uso da ferramenta de monitoramento (Ficha de Registro) para dialogar, planejar e acompanhar as ações no âmbito do território adscrito pela Unidade de Saúde da ESF, o que segundo o grupo participante favoreceu um novo entendimento sobre o que é o PSE – discutido nas categorias de análise abaixo.

Com relação à diferença entre os grupos de observação percebeu-se que quando o grupo é coeso, se relaciona, discute seus objetivos e metas locais, as ações do PSE e a reuniões de pactuação e planejamento em seus microterritórios são mais efetivas. Para discutir a relação de uma gestão com a questão de bons resultados em saúde, um estudo afirma que a descentralização da governança local de saúde otimizou alguns indicadores fortes como redução da mortalidade, melhoria de acesso aos serviços, com foco na responsabilidade, participação e democracia nos serviços de saúde (HONE *et al.*, 2017). Portanto, os resultados positivos impactados nos serviços de anteção primária são possíveis de forma mais efetiva quando há uma governança local forte, o que corrobora com os resultados aqui demonstrados, quando se nota a redução da quantidade de ações do programa quando tem dificuldade de orientar e articular.

Uma das propostas de intervenção da pesquisa, o seminário central, chamado pelo grupo de 'reunião de avaliação', foi vista como uma ação positiva tanto pelos gestores do programa quanto pelos grupos de observação, visto que ela favoreceu a participação de todos os

envolvidos com desenvolvimento do PSE e o compartilhamento de saberes, práticas existosas, assim como o relato de experiências que não deram certo por algum motivo. Outro ponto dialogado no seminário central foi a nova percepção dos gestores de transformar as reuniões gerais, que ocorrem uma vez por mês no nível central, cada vez mais participativas, ouvindo os entraves e as potencialidades de cada um dos territórios. Autores como Silva e Bodstein (2016) corroboram com a questão quando afirmam que propostas muito centralizadas e impostas de cima para baixo provocam resistência dos profissionais responsáveis pelas ações, impedindo a necessária troca de saberes e experiência entre ossetores envolvidos.

Para o seminário central, além dos aspectos destacados acima, foi proposto, aceito e avaliado como positivo pelo grupo a elaboração de um relatório para conhecimento e acompanhamento das ações ao longo do ano (2015), de cada Área de Planejemento do município, elaborado e apresentado pelos integrantes do núcleo (NSEC). Este foi entegue para a equipe de coordenadores do programa como parte dos resultados da tese, já que a elaboração dos relatórios de um dos grupos de observação teve participação dapesquisa no aspecto da análise e identificação das necessidades e potencialidades. Como resultado do seminário, já na reunião de avaliação, foi pontuada a necessidade de pôr em prática uma ideia antiga dos gestores de aproximação com os territórios, que correponde a um acompanhamento da equipe técnica do nível central que se divide por área e participa do processo de planejamento e tomada de decisão, visto como um ganho quatro meses após, já na última fase da pesquisa, a de avaliação.

Como análise geral dos aspectos avaliados sob a dimensão do monitoramento e avaliação das ações de saúde do PSE Carioca, pode-se perceber que a prática era reduzida, o que comprometeu a análise das distribuções temáticas e magnitude das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do município. Quanto à análise de produção e melhor acompanhamento e monitoramento do programa, viu-se que isso só foi possível com o auxílio da ferramenta proposta pelo município, a Ficha de Registro (ANEXO C), pois assim pode-se quantificar e analisar as ações desenvolvidas em cada território, os profissionais responsáveis e a distribuição temática das ações. Nos anos anteriores ao ano de 2015, não foi possível ter esses dados palpáveis, o que torna a proposta da Ficha de Registro extremamente positiva, mesmo que com ressalvas sobre o sistema e com a necessidade de avaliação por quem alimenta e analisa os dados. Neste ponto, torna-se uma crítica aos sistemas de informação oficiais do programa, que não permitem uso oportuno das informações para monitoramento e avaliação, dados que perpassam as secretarias envolvidas e informações sobre as ações executadas no âmbito do PSE.

Para análise e discussão dos achados as categorias temáticas que emergiram durante a fase exploratória e que correspondem à matriz de informação e julgamento serão descritas (Quadro 6). Vale ressaltar que, com a construção do Modelo Lógico do PSE Carioca, teve-se a pretensão de revelar o conjunto das hipóteses necessárias para que se favoreça a melhora de alguma situação problemática identificada, ou seja, abrir a caixa-preta do programa no escopo de que se tenha clareza sobre sua operacionalização e resultados esperados (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

Essa etapa de modelização favoreceu também a identificação de fatores que possam desvirtuar a relação linear de causa-efeito entre o programa e os resultados. Assim, discutir o arcabouço teórico do programa teve a sua legitimadade e importância, o que é citado em outros estudos, como o de Magalhães (2016), que pontua a importância da construção Modelo Lógico no processo de avaliação, pois poucas vezes os gestores e agentes implementadores têm clareza do desenho lógico e operacional dos programas ou a consistência das associações entre atividades, metas e resultados.

Dentre os diversos pontos citados na reunião de construção do Modelo Lógico, emergiram alguns que permitiram a construção e identificação da dimensão e subdimensão da matriz de informação e julgamento, o que é discutido neste capítulo. Portanto, serão apresentadas a seguir as categorias conforme a matriz de análise de julgamento: Participação do profissional enfermeiro; Relação unidade escolar e saúde – Integração/articulação; Potencialidades da área; Territorialização – Desafio; Afinal, o que o PSE quer impactar?; e Avaliação da pesquisa: percepção dos *Stakeholders*.

# 5.1 PARTICIPAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Para esta categoria de análise, vale ressaltar a leitura e compreensão do artigo publicado no ano de 2013, em que as autoras buscaram mostrar a origem do termo 'enfermeiro escolar' e a trajetória desta especialidade na enfermagem brasileira, em que se objetivou discutir acerca de novos espaços de atuação do enfermeiro (RASCHE; SANTOS, 2013).

No contexto da enfermagem escolar, em um estudo sobre as publicações sobre a temática foram encontrados trabalhos que destacavam o trabalho do enfermeiro no cenário da saúde escolar com enfoque diferente do curativo e assistencial, ou seja, com maior enfoque nas ações de promoção da saúde (PIRES *et al.*, 2012). Essas inserções assumem singular valor ao passo em que a Saúde Escolar se apresenta como cenário diferenciado para novas experiências voltadas para a humanização, o cuidado e a qualificação da atenção à saúde, tornando-se

imprescindível para a formação profissional. É importante destacar que o decreto que institui o PSE (BRASIL, 2007) normatiza a parceria entre profissionais da saúde e educação e insere o enfermeiro da ESF no ambiente escolar (RASCHE; SANTOS, 2013).

Quanto à prática do enfermeiro na escola, Rasche e Santos (2013) consideram que a experiência do trabalho como enfermeiro escolar permitiu que as autoras entendessem que a escola representa um campo de atuação para o profissional de enfermagem e acreditam que pelo exercício da Enfermagem Escolar seja possível o resgate desta especialização e espaço de atuação do enfermeiro. Destacam ainda a relevância para propostas de saúde em uma perspectiva de promoção da saúde discutidas nas últimas décadas e principalmente engajado na ação comprometida com o bem-estar e o envolvimento de todos os segmentos da escola. Estudo de custo-efetividade realizado nos Estados Unidos demonstrou que os serviços de enfermagem nas escolas de Massachusetts apresentaram custo-efetividade rentável com relação ao dinheiro público, garantindo cuidadosa consideração pelos formuladores de políticas e tomadores de decisão quanto às decisões de alocação de recursos feitas sobre as posições de enfermagem escola (WANG et al., 2004).

No Brasil, um estudo que realizou revisão integrativa sobre a atuação do enfermeiro na saúde escolar, afirma que través de três restrospectos históricos foi possível identificar que a inserção do enfermeiro na saúde escolar deu-se de forma gradativa, e que temas relativos a condições ambientais predisponentes à boa saúde, avaliação nutricional e a negligenciada inserção desse profissional na área sempre estiveram presentes. Os autores ainda pontuam que a função do enfermeiro escolar emergiu em três níveis: função educativa, assistencial e administrativa e que dois trabalhos apresentaram propostas de criação de um modelo de sistematização da assistência à saúde do escolar, incluindo a consulta de enfermagem no ambiente escolar de forma sistematizada e contínua (PIRES *et al.*, 2012). Isso evidencia igualmente o papel do enfermeiro na saúde escolar e o quanto ainda precisam de divulgação e incentivo para atuação.

Os resultados apresentados aqui se relacionam com a discussão supracitada em que os grupos de observação citaram a participação do enfermeiro da EqSF como fator favorável ao processo de monitoramento, planejamento, execução e avaliação das ações de saúde no ambiente escolar. Ao serem questionados na fase exploratória sobre a participação do enfermeiro o grupo responde:

"A participação do enfermeiro em algumas unidades é muito grande. Lá na Unidade X era muito grande a participação, os enfermeiros eles participavam com uma atuação de levar a discussão de verdade, de saber do que se tratavam as discussões.

Por exemplo, tinha momentos em que a gerente precisava sair por algum motivo, ou quando ela tava de férias, e eles – os enfermeiros –eram os que levavam aquela discussão e tomavam decisões" (E22).

O fato de a participação ser efetiva foi observado no quantitativo de enfermeiros presentes na reunião de intervenção do território B, em que participaram 18 enfermeiros sendo 12 deles gerentes das Unidades de Saúde, o que favorece na pactuação e na relação das unidades com as escolas do território. Em outro grupo, na fase exploratória, também foi dialogada a presença e importância do enfermeiro nas ações de saúde no ambiente escolar:

"Aqui, temos equipes em que o enfermeiro consegue identificar um pouco das necessidades, prever algumas questões e planejar. Isso é um cenário ótimo e a coisa avança. Então, como um componente, ai entre aspas, 'assistencial', se possível assistência, mas, sobretudo, com a questão de educação em saúde, ele tá lá presente. Então ele identifica, ele conversa com a direção, aponta casos pra gente trabalhar." (E21).

No que corresponde à presença e atuação do enfermeiro no ambiente escolar para além dos estudos supracitados, percebe-se um aumento no desenvolvimento de trabalhos acerca da assistência de enfermagem, em evidencia quanto à saúde do adolescente no âmbito escolar nos últimos anos, principalmente a partir do ano 2000. O que deixa clara a crescente importância que vem sendo dada ao público escolar e para a importância de se trabalhar saúde nas escolas, mas que ainda não é suficiente (MOREIRA *et al.*, 2014).

Quanto à temática dos estudos, um estudo pontuou a evidência de trabalhos de cunho preventivo e de promoção da saúde, seguidos das pesquisas de caráter epidemiológico. Isso demonstra a importância das ações de prevenção e promoção da saúde frente a saúde de crianças e adolescentes no ambiente escolar, bem como a importância dos estudos epidemiológicos, que visam detectar e relatar a condição de saúde dos mesmos e os fatores de risco que permeiam essa população, na perspectiva de apontar as áreas que necessitam ser trabalhadas pelas equipes de saúde e demais pesquisadores (MOREIRA *et al.*, 2014).

# 5.2 RELAÇÃO UNIDADES ESCOLARES E SAÚDE - INTEGRAÇÃO/ARTICULAÇÃO

Segundo Silva e Bodstein (2016) o PSE prevê a articulação de ações do SUS com ações das redes de educação básica pública, com o objetivo de ampliar o alcance e o impacto nas condições de saúde de estudantes e de suas famílias, otimizando os espaços, os equipamentos e os recursos disponíveis nos territórios.

Nesse contexto da discussão, vale buscar um entendimento conceitual sobre o que é intersetorialidade, que consiste em processos sistemáticos, atuações, planejamento e cooperação entre as políticas públicas e os diferentes setores da sociedade, sendo uma estratégia de articular saberes e práticas, com o escopo de favorecer a convergência de recursos humanos, financeiros, políticos e organizacionais. Tem como finalidade promover a gestão compartilhada entre os executores do programa, usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores (MALTA *et al.*, 2014).

Um dos pontos desafiadores que os gestores do PSE Carioca expuseram foi a questão da relação unidade escolar e unidade de saúde de referência da escola e de acompanhamento de saúde do escolar e família.

"Daí a gente esbarra nesse ponto, que é a questão da comunição. Porque mesmo que essa criança fosse acompanhada por duas equipes, e elas tivessem um caminho de COMUNICAÇÃO, aonde se pudesse trocar, a gente passaria por essa dificuldade" (E14)

Nesse aspecto, vale ressaltar a sugestão e experiência dos gestores, e pactuado no PSE Nacional, de planejar e fortalecer reuniões locais periódicas entre os profissionais das unidades escolares e os profissionais das unidades se saúde que são referencias para aquele território. Uma aproximação deve ser construída, um vínculo, uma parceria precisa ser pactuada. Villardi e Cyrino (2012) apontam para que, no diálogo intersetorial, é necessária a programação de ações integradas entre as unidades escolares e as unidades saúde da família. Assim como é necessário favorecer a articulação entre os equipamentos de saúde, em todos os níveis de atenção, para promover a saúde integral das crianças em idade escolar. Esta situação dispara uma reflexão sobre como os gestores das unidades estão de fato acompanhando e garantindo a continuidade do cuidado para com os escolares de seu território, o que pode ser tema de outros estudos futuros.

Dando continuidade à discussão, traz-se o Caderno de Atenção Básica, voltado para a saúde na escola (BRASIL, 2008), que aponta para que o propósito do encontro com a comunidade e com os demais profissionais que trabalham num território de responsabilidade é o diálogo. Por meio dele se conhece melhor a história daquele território e da comunidade, entendem-se mais os vários interesses, potencialidades e dificuldades que nele estão presentes, bem como é possível elaborar estratégias mais criativas para a solução dos problemas vivenciados pela comunidade. Daí afirmar-se a necessidade de realização e formalização dos encontros locais.

Um estudo teve resultado semelhante ao trazer tanto nas falas dos gestores como dos profissionais entrevistados pelos autores, a inexistência de uma rede articulada de serviços de atenção à criança. O sistema de saúde não garante, na opinião dos entrevistados neste estudo, efetividade do sistema de referência e contra-referência, apresentando problemas por não garantir continuidade do cuidado nos diversos níveis da atenção, o que precisa ser melhor instrumentalizado (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011). Isso corrobora com citações de que o desenvolvimento histórico da articulação intersetorial no Rio de Janeiro e no país, tendo como cenário a escola, revela-se precário quanto ao apecto das articulações e fragilidade do diálogointersetorial (SILVA; BODSTEIN, 2016)

A proposta do monitoramento e da Ficha de Registro é vista como um avanço para o diálogo entre escola e unidade de saúde, assim como ferramenta útil de gestão. Ao analisar no quadro consolidado dos dados ao longo do ano de 2015, pode-se observar que houve um acompanhamento da relação das unidades escolares e das equipes da ESF envolvidas como responsáveis por ações de saúde nas escolas, pode-se ter uma noção mais assertiva e positiva da relação unidade de saúde e unidade escolar, numa perspectiva de ultrapassar a barreira histórica do PSE, a intersetorialidade. Alguns participantes da pesquisa pontuam que a proposta do monitoramento é uma ferramenta que auxilia nessa aproximação e estreitou relações, em paralelo com as iniciativas de reunião de área, conforme apontado nas falas a seguir:

"A relação da Unidade de Saúde com as Unidades escolares, eu acho que deu uma melhorada, né? Do ano passado (2014) para cá, quando começou (antes do monitoramento PSE) era mais complicado, era mais distante. Eles (escola) não tinham contato." (E20)

"Eu gostei muito dessa proposta do monitoramento desse jeito que nasceu, do jeito que foi, porque essa coisa colocada de que tem que ir na direção da escola pra registrar de alguma forma ali no papel. (...) A necessidade de ter que se reportar, necessariamente, por mais que o pessoal da direção esteja enlouquecido no momento, tem que dar uma paradinha ali, esperar um pouco, falar assim: olha fiz isso e isso hoje, vou fazer isso e isso semana que vem.... Então esse negócio de se reportar à direção da escola diretamente pra entrar, pra sair da escola, por mais que esteja pactuado em algum momento, repactuar. Até porque o cotidiano da saúde é muito enlouquecedor, né?" (E21)

"Eu acho que como ganho é esse novo entendimento, que acho que a escola hoje entende um pouco melhor o que é uma ação de promoção de saúde por conta dessa proximidade vinda da necessidade de se conversar". (E10)

Para debater com as falas sobre a sensível melhora da relação, um estudo aponta que, para os profissionais de saúde, a escassa realização de atividades intersetoriais é apontada como conseguência de um diálogo desarticulado entre escola e unidade de saúde, uma vez que os profissionais de saúde admitem não haver apoio dos professores e diretores no desenvolvimento

de parcerias (VILLARDI; CYRINO, 2012). A partir do monitoramento local proposto pela equipe PSE Carioca, foi possível identificar que, ao longo da implantação da Ficha de Registro, houve uma melhora sensível na relação em alguns territórios pela exigência de ser preenchida em conjunto tão logo a realização das ações, o que, na fala os participantes é pontuado como 'novo entendimento' do que é o PSE como programa que é voltado para a comunidade escolar e que necessita de articulação entre os seus atores. Por mais que aqui se apontem ganhos, essa articulação ainda é o maior desafio do PSE.

### 5.2.1 Necessidade de fortalecer a integração/articulação - um desafio

A intersetorialidade é uma ferramenta fundamental para a constituição de experiências participativas e eficazes de gestão social e a proposta de trabalho intersetorial é o principal desafio do programa que visa reconstruir e solidificar a relação entre os campos da saúde, educação e os parceiros que executam o programa localmente (DIAS *et al.*, 2014; MAGALHÃES, 2015). O desafio não acontece apenas em território brasileiro. Em uma discussão com outros países como Argentina, estudos referem que ações de promoção da saúde apresentam alto grau de descontinuidade, por conta da desarticulação, o que não favorece a qualidade do vínculo entre as instituições envolvidas e desmotiva os próprios participantes, incluindo os escolares (DE LELLIS *et al.*, 2010).

"O desafio é compreender que estamos no mesmo barco, temos que fazer o melhor possível para nossas crianças (...). Então a gente tem que se articular e compreender que um dos nossos desafios é fortalecer a articulação" (E11)

Corroborando com esta perspectiva, vislumbra-se que as ações intersetoriais desenvolvem-se por um processo diferenciado, planejado e programado, com compartilhamento de poder e de articulação de interesses, saberes e práticas das instituições ou setores envolvidos (FERREIRA *et al.*, 2012). Há necessidade de uma proximidade, mesmo que mínima, entre os pares.

Outro estudo sinaliza que a ação intersetorial precisa ser negociada e incluída na rotina, na prática dos profissionais, permitindo construção de saberes mais dialógicos e contextualizados para a política de saúde na escola mais efetiva (SILVA; BODSTEIN, 2016). No entanto, ainda é necessário lutar para vencer o desafio, sensibilizar e colocar em prática a intersetorialidade. O estudo de Magalhães (2015) sobre a implementação dos programas Programa Bolsa Família, PSE e ESF em um territitório no municipio do Rio de Janeiro, revelou

que, apesar da intersetorialidade e a territorialização serem dimensões valorizadas no plano normativo, ações isoladas, superpostas e descontínuas eram frequentes e eram tímidos os avanços no diálogo intersetorial. Isso vai de encontro aos resultados da avaliação aqui expostos.

Vale ressaltar que, dentre as publicações do MS, no Caderno de Atenção Básica, voltado para o PSE, existe uma opção em anexo que pode ser utilizada pelas equipes da ESF e propõe uma metodologia participativa que permite uma ativididade de preenchimento de uma matriz para conhecer a forma como as relações acontecem nos território de responsabilidade, envolvendo estratégias como problematização, identificação de necessidades e recursos, planejamento, visão de futuro, sistematização e avaliação de ações. Essa matriz poderá ser respondida pelos profissionais executores do programa e comunidade escolar que vivem aquela realidade (BRASIL, 2008 – ANEXO C). Esta proposta não foi relatada em nenhum momento pelos participantes desta tese, donde se pode inferir o desconhecimento e deficit de divulgação e leitura com debates dos materiais produzidos pelo MS ou do estado e município.

### 5.3 POTENCIALIDADES DA ÁREA

Dentre as potencialidades de maior destaque sob análise dos grupos de observação foi a questão do compromisso e envolvimento entre os integrantes do Núcleo NSEC, parceiros e com a comunidade escolar. De acordo com o resultado do envolvimento para o planejamento e execução do plano de ação, se mostrou mais efetivo nos grupos que se reúnem, que dialogam mais sobre o território, do que o outro grupo que se mostrou menos comprimissado.

A comparação da área menos articulada com a área que formaliza seus encontros, que pactua através de atas e supera algumas dificuldades dialogando sobre as questões do território, foi valida ao perceber (e confimar o que empiricamente se pensava acontecer) que isso reflete nas ações de saúde desenvolvidas no território. Assim como esta comparação evidenciou a necessidade de padronização da estratégia de acompanhar, monitorar e avaliar igualmente todos os territórios do municipio, inclusive com identificação de parceiros. Segundo Silva e Bodstein (2016) parcerias e ações intersetoriais são mais efetivas quando reúnem e dialogam com a pluralidade de atores institucionais e não institucionais envolvidos e interessados, o que corrobora com os achados aqui expostos.

Outra grande potencialidade presente nas áreas observadas, assim como as outras áreas do municipio do Rio de Janeiro, é incluir a SDS como participante e executora do programa, assim como integrante da coordenação gestora no nível central, conforme portaria municipal que institui o PSE Carioca (RIO DE JANEIRO, 2015).

"Um diferencial que você vai observar, e que nenhum outro lugar do Brasil tem, é o desenvolvimento social junto com o PSE. Foi um avanço o desenvolvimento social estar dentro do PSE, mas nós já fazíamos ações mesmo não estando no PSE, só que agora é oficial para o município" (E23).

"Porque assim, o nosso território é tão cheio de particularidades, né? Que às vezes no território a gente tem muitas dificuldades... e o quê que acontece? O Rio anunciou uma coisa que não dá para trabalhar o PSE sem a participação do desenvolvimento social (...). Porquetoda as nossas questões mais complicadas e tensas de se resolver em saúde, mais tensas de desenrolar no campo da educação, são de cunho social. Então, na verdade, assim, é essa vulnerabilidade social, ela tem na minha concepção, um outro desenrolar, né? Que é a projeção e interpretação de modelos culturais e a percepção de é assim que vai ter que ser e pronto. E aí, como é que você pega e descontrói isso dentro da escola? É ensinando e tatuando nas pessoas que é importante promover a saúde, né? Porque assim, na verdade, a grosso modo, a nossa população ela ta educada a se curar, ao passo que a nossa proposta é promover, a nossa proposta é outra! E precisamos do Desenvolvimeto social como parceiro!" (E13).

Corroborando com essa perspectiva, vislumbra-se que as ações intersetoriais supracitadas façam uma integração com a comunidade escolar, favorecendo maior participação no que diz respeito ao planejamento de atividades e ações que sejam de interesse da comunidade. As falas abaixo apontam para uma discussão com ganho e resultados intermediários ainda a se trabalhar, o que aponta para um incentivo para uma força-tarefa dos profissionais que estão desenvolvendo o PSE em fortalecer o programa. Isso demonstra a postura de investimento, mudanças e possíveis avanços da importância de se pautar no protagonismo juvenil.

Para discutir esse tópico, pode-se trazer estudos como o de Ferreira e colaboradores (2014) que apontam em seus resultados, semelhantes aos aqui descritos, que entre os gestores do PSE houve consenso entre os respondentes dos setores educação e saúde quando se trata de que o protagonismo juvenil é um mecanismo que pode favorecer à participação do jovem ou adolescente no desenvolver das ações do PSE, o que necessita ser fortalecido.

Corrobora-se com as seguintes falas no diálogo:

"No momento em que você entender o protagonismo do aluno como uma potencialidade, você melhora o olhar sobre si e sobre o cuidar (...). É uma falha não promover a mobilização de lideranças estudantil" (E11)

"Mas esse ponto está sendo discutido nas reuniões de Grupo de Trabalho Intersetorial, está sendo uma demanda da educação e o desenvolvimento social está engajado nisso (...). É autorizando os alunos a estarem no espaço de decisões" (E15)

As falas acima apontam para uma discussão de necessidade de investimento como capacitação, envolvimento e participação da comunidade escolar desde as reuniões de

planejamento até mesmo na execução de ações. Assim, colaboram na força tarefa dos profissionais que estão desenvolvendo o PSE em fortalecer este tópico, o que demonstra a postura de investimento e mudanças e possíveis avanços da importância de se pautar no protagonismo juvenil. Trazer o público alvo do pragrama para ser ator, executor de ações e de forma crítica e reflexiva, proporciona um empoderamento e dá subsídios para que o programa ganhe força e sensibilize cada vez mais indivíduos, comunidade e sociedade.

Silva e Bodstein (2016) revelam em seu estudo que, ao permitir aprofundamento da prática de empoderamento da comunidade escolar, bem como da ação intersetorial, traz-se um novo sentido à "saúde", que não é mais vista como restrita às características biológicas e a fatores de risco e adoecimento. Ao contrário, ampliam a compreensão da saúde como um processo socialmente produzido, portanto, da vida cotidiana e das experiências vivenciadas, em especial pela comunidade escolar.

# 5.4 TERRITORIALIZAÇÃO - DESAFIO

Se o viés de divisão de território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde pudesse ser considerado com relação ao número de escolas, essa relação seria facilmente calculada por uma divisão simples entre o número de unidades escolares e de Unidades Básicas de Saúde naquele terrotório. No entanto, não se pode considerar esse valor, pois a relação do território de abrangência das unidades não é dividida por critério de número de escolas, o que resulta em uma divisão não correlacionada entre o número de unidades de saúde para cada unidade escolar. Assim, evidencia-se certa confusão nos fluxos de atendimento, conforme a fala a seguir:

"Outra coisa que acho que prejudica é a questão da territorialização, pois você acompanha as escolas do território (...) Na verdade, a EqSF vai fazer a promoção na escola, mas o atendimento individual é preconizado que seja no território aonde ele mora." (E11)

Esta situação tem como um dos desafios apontados pelo estudo à desproporcionalidade ante o número de escolas e de equipamentos de saúde e traz a dificuldade de entendimento da referência e contra-referência de escolas, unidade de saúde de referência da escola e unidade de atendimento e acompanhamento do aluno, principalmente pelos profissionais dos outros setores que não saúde. Esse problema, identificado pelos participantes, tem relação direita com o contexto político-organizacional e o próprio processo de territorialização e expansão da ESF, o que não deve ser tratado como um problema a ser trabalhado nesta tese.

Todavia, pôde-se debater na questão do entendimento do fluxo de atendimento e das relações entre os equipamentos, assim como na fala a seguir dita durante a intervenção realizada no território B com diretores de escolas e unidades de saúde:

"Quando você tem um caso que é, vamos dizer assim, que precisa de atendimento de saúde, mas a criança precisa de acompanhamento e não é a clínica ou o posto que atenda a escola o mesmo que acompanha a criança, então o que você faz? Entra em contato com a unidade que atende a escola e pede uma orientação! Muitas vezes a gerente dessa unidade já sabe quais são as ruas que estão ali que fazem parte da área de abrangência, então é mais fácil. Conversem antes que as coisas fiquem problemáticas! Então é sempre bom a gente manter a parceria com a equipe de saúde para não fazer o acompanhamento errado. Exceto nos casos de emergência, que a unidade de referência da escola precisa atender. Entenderam? Alguma dúvida?" (E25)

"É importante que tanto vocês diretores de escola quanto os representantes das unidades de saúde compartilhem o trabalho, divide como é feito o curso das coisas, do quanto se precisa de ação na escola. Porque muitas vezes a comunidade escolar não entende o fluxo. Então esse trabalho de divulgação é muito importante." (E24).

Neste contexto, é importante citar estudos como o de Môra e colaboradores (2013) que apontam a territorialização como uma ferramenta de processo de trabalho e avaliação da ESF que visa à compreensão atual do processo saúde doença, apontando que as variáveis biológicas, psíquicas e sociais remetem para a necessidade de ações que possam compreender e intervir nos problemas que afetam um território delimitado. Assim como possibilita, ao conhecer o território, desenvolver um trabalho baseado nas potencialidades e dificuldades que interferem no processo de trabalho e planejamento de ações executadas na ESF. A territorialização é vista como um pressuposto ímpar no modelo da ESF que considera princípios do SUS, como regionalização e descentralização. Desse modo, corroborando com a perspectiva supracitada Pinto e Jorge (2015) afirmam que permear o território urbano da ESF se torna relevante para a compreensão dos saberes e práticas da clínica como dispositivo tecnológico para produção do cuidado em saúde.

Nesse sentido, de fortalecer o processo de territorialização, os gestores e equipe técnica do nível central das secretarias envolvidas no programa no PSE, decidiram de forma colaborativa durante o planejamento e reunião de avaliação do seminário central, que a equipe técnica se dividiria por territórios, por NSEC, para um acompanhamento mais aproximado das reuniões locais para que se pudesse ter uma relação próxima e acompanhamento do que tem-se discutido nos territórios, sendo que este teria papel de articulador e teria decisões deliberadas junto com o NSEC, além de ser a ponte entre o nível central, equipamentos e profissionais envolvidos (saúde, educação e desenvolvimento social) e área local. Essa aproximação teve

início no mês de janeiro de 2016 e foi avaliada positivamente pelos grupos de observação ao serem questionados sobre a presença desse articulador conforme a fala a seguir:

"Sim! Eu acho que a presença do nível central, dele estar presente em nossas reuniões, foi um ponto super positivo! Auxilia-nos na tomada de decisão." (E24).

# 5.5 AÇÕES DE SAÚDE - A PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO

O PSE Carioca tem como um dos seus eixos de atuação e componente na sua estrutura de modelização, o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde do escolar (BRASIL, 2009). Porém, a dificuldade de ter informações palpáveis se apresentou como um dos grandes desafios no final do ano de 2014, quando a equipe gestora tentou levantar dados para avaliar a 'semana de saúde na escola' e não obteve sucesso. Em paralelo a esse movimento normativo, também não foi possível acesso aos dados oficiais no início da elaboração desta pesquisa, o que foi dialogado nas reuniões colaborativas durante a fase exploratória:

"Pelo pouco tempo que tenho que no PSE eu acho que a informação é a pior parte que a gente tem: eu acho que os dados que - às vezes- chegam, que saem, que vão, que se cruzam, que não se falam, e que você, às vezes, você procura e que tem que ligar para a coordenação de saúde e tem que ligar para a coordenação de educação, tem que falar com o desenvolvimento social e tem que falar com a professora, e não pode falar com a diretora... Esse imbróglio aí pra mim é a pior entrave da saúde do escolar." (E13)

Conforme já comentado no capítulo sobre a análise da produção das ações, este foi o fato que trouxe a criação e a implantação da Ficha de Registro 'Único' como ferramenta útil e com possibilidade de fácil acesso a todos os que desenvolvem o prgrama. A partir de então passa-se a analisar os dados gerados e consolidados ao longo do ano de 2015. Nesse ponto, uma fala de um dos *stakeholders* na reunião de modelização (outubro de 2015) corrobora com o avanço do acompanhamento das ações do município:

"A gente só pode dizer que estamos avançando (na implantação do PSE) hoje com o monitoramento, a criação desse monitoramento pelo Google Drive, ele está avançando, é único e acessivel (...). Os sistemas...o SIMEC e o E-SUS em termos de relatório qualitativamente é muito ruim, o E-SUS então é terrível. Porque lá só entra ações coletivas e você tem aqui ações individuais. Não é um bom sistema, mas é o que a gente tem. (...) Pq não temos um sistema, por exemplo, que seja único para as três secretarias. Cada secretaria tem um sistema e um não fala com o outro(...) E deveria

ter pois é o mesmo aluno que é atendido no desenvolvimento social, na saúde e na educação(...)." (E11)

Os dados alimentados e analisados pelos executores das ações de saúde na escola, em tempo oportuno, favoreceram o processo de tomada de decisão realizada pelos gestores das secretarias envolvidas no desenvolvimento do PSE Carioca, assim como favoreceu o monitoramento e avaliação da distribuição temática das ações de saúde na escola. Vale destacar que na percepção dos grupos estudados a proposta de monitoramento do PSE Carioca, foi uma excelente estratégia, como podemos ver na fala seguinte:

"Eu acho que a implantação disso foi excelente, no sentido da tomada de consciência do que é uma ação de saúde, muito embora a gente saiba que é um entrave. Inclusive não só pelos diretores de escolas, mas pela equipe da coordenação também. E quando você tem o monitoramento você reflete isso, então de fato o que é saúde na escola?" (E25)

Vale discutir que a necessidade da proposta da Ficha de Registro da equipe de PSE Carioca emergiu a partir da ausência de dados para auxiliar no processo de monitoramento e avalição das ações no território, pois os sistemas de informação nacional (SIMEC E E-SUS/AB) não geravam relatórios para a equipe. Quanto às ações de saúde, estas deveriam ser registradas e acompanhadas pelo sistema de prontuário eletrônico das Unidades de Saúde e migrar para o sistema nacional (E-SUS), porém não auxiliava na gestão compartilhada desde a implantanção do PSE no município. Para discussão sobre esse ponto, evidencia-se que em todas as entrevistas da fase exploratória houve unanimidade no desconhecimento de relatórios mensais, e até mesmo anuais, desses bancos de dados, o que não favorece o uso da informação para compreensão de como estão distribuídas as ações do PSE no município.

Portanto, a proposta da Ficha de Registro e por se configurar em um banco Único (RIO DE JANEIRO, 2015) surgiu como uma possibilidade de ser uma ferramenta para o monitoramento e avaliação das ações do PSE para as equipes de saúde, educação e desenvolvimento social em tempo hábil e de fácil acesso para todos os envolvidos, tanto nas coordenações centrais quanto para os integrantes dos NSEC responsáveis pelo acompanhamento e fortalecimento das ações em cada território no município.

Mesmo com avanços nas análises e na utilitação da ficha, tem-se a necessidade de avaliar e adaptar essa proposta à medida que se implementa e se utiliza, apontando algumas sugestões de melhorias e adequação do sistema para melhor uso. As falas a seguir pontuam inclusive que seria recomdavél que se fizesse, após esse um ano de uso da ferramenta, uma avaliação da ficha com quem realmente operacionaliza isso:

Eu sinto falta de um campo mais aberto.... Não é aberto: mais abrangente pra educação em saúde ali, né? (E21)

"Porque aquele instrumento que foi criado, ele não tava muito claro para as equipes, é um instrumento difícil, é um instrumento que não é prático, entendeu? Porque você tem vários códigos, aí você tem que ficar jogando de um código pro outro" (E23)

"Seria interessante a gente fazer uma reunião com quem tá na ponta, realmente utilizando o monitoramento, desses pontos, o que que vocês sugerem? Eu acho que tá na hora de fazer uma avaliação do monitoramento! Até porque, te digo mais uma coisa, se você comparar o monitoramento com o prontuário eletrônico esse negócio não bate nunca, né? O dia que pararem pra sentar e comparar um com o outro (...) Porque, por essas falhas, com certeza, é falha da saúde que também não lança no prontuário" (E24).

O destaque das falas acima, sobre os bancos não migrarem ou não serem compatíveis, é uma preocupação que merece um aprofundamento. Destaco que por não ser possível um acesso aos relatórios oficiais do programa, quanto pelo município do Rio de Janeiro não ter aderido à proposta do E-SUS e trabalhar com 04 prontuários eletrônicos diferentes em seus territórios, esses dados, de fato, não serão compatíveis. Desse modo, não confere confiabilidade aos dados oficiais do PSE. Pode-se afirmar que com a proposta da Ficha de Registro as ações estão com mais qualificadas e melhor informativas, diferente do que acontecia em anos anteriores. Dessa experência, da implantação da proposta de registro e de se configurar um banco único, pode-se inferir que os sistemas nacionais dos programas sejam criticados, analisados e configurados para melhor utilização de quem desenvolve as ações do PSE, dando valorização do que se é feito no âmbito das ações de saúde nas escolas.

Sobre esse tópico pode-se ter uma discussão em um estudo, em que se busca dar evidência para uma experiência pioneira de sistema de informação do programa desenvolvida em um município de grande porte, com a maior rede pública de ensino da América Latina (ANEXO G).

#### 5.6 AFINAL, O QUE O PSE QUER IMPACTAR?

O PSE propõe a escola como espaço comunitário coletivo, dinamizadora de informações e conceitos que contribuirão para comunidades mais saudáveis. Pressupõe promoção da saúde como descentralização e respeito à autonomia federativa, integração e articulação de redes públicas de ensino e de saúde, territorialidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, integralidade, controle social, monitoramento eavaliação permanentes. (SILVA; BOSDTEIN, 2016).

O objetivo do PSE, trazendo novamente para a discussão, é contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de saúde integral ao escolar (prevenção, promoção e atenção à saúde e acesso aos diversos níveis de atenção da rede de saúde), visando ao enfrentamento das vulnerabilidades que põem em risco o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino brasileiro (BRASIL, 2008; FERREIRA *et al.*, 2014).

Portanto, na construção do Modelo Lógico, esse objetivo apresenta ser o impacto do PSE como programa estratégico. No entanto, antes do consenso sobre ser de fato o impacto do programa, um debate entre o grupo de gestores se deu de forma intensa, trazendo a necessidade de entendimento dos gestores sobre o que realmente o PSE se propõe e o que é o programa como uma estratégia programática. Alguns tinham dúvidas e não firmeza da resposta, mas a maioria levantou alguma fala que tenha intercessão com o objetivo acima.

"Garantir prevenção e a promoção da saúde "(E9)

"[Logo em seguida, como resposta] Dos escolares (...) e garantir o direito à saúde e à educação." (E10)

"Saúde para a vida (...). Isso é muito mais amplo, porque se você dá isso pra ele na infância, na escola, na formação dele, você dá isso pra vida! E mais... leva isso pra família dele." (E13)

Neste aspecto, vale destacar que o exercício de construção do Modelo Lógico proporcionou um momento de reflexão sobre o entendimento teórico do programa, visto como um ponto positivo pelos participantes. Porém, ficou uma questão para reflexão: como os diretores de unidades escolares e gestores e EqSF, os executores na ponta da AB, entendem o programa como ação? O que gera uma hipótese de que com o melhor entendimento da importância e sobre o que o PSE quer impactar, os profissionais envolvidos na execução passem a valorizar as ações de saúde na escola.

A preocupação sobre o compromentimento (ou a falta dele) impactando nas ações e resultados do PSE é pontuada nas falas de um dos grupos de observação ao analisarem o Modelo Lógico trazido para a reunião de avaliação da intervenção, em que se afirmou a carência e a dificuldade de se antingir os resultados mediatos e imediatos, conforme as falas a seguir.

"Porque assim, não existe vilão, existe na verdade pessoas que não são sensíveis ao que é o PSE. Pode ir todo dia, e faz aquilo por meta e por obrigação, entendeu? A partir do momento que a pessoa fala para você assim, que não vê que o nosso objetivo é promoção da saúde para nossa população, entende que eu, eu como profissional, tenho que levar algum tipo de vantagem, é completamente errado, pensamento equivocado!" (E24). (...)

"Mas eu acho, assim, que falta um pouco de compreensão do que é o PSE e talvez a pessoa não vista a camisa por que não conhecer. Isso pode acontecer tanto pra saúde, como na educação, como no desenvolvimento social. O que as equipes perguntam é, o que é o PSE? Vai aparecer muito na sua pesquisa." (E23):

"Isso! Eu acho que é isso também, não tem percepção, não sabe! É uma coisa mecânica, mas vamos admitir que melhorou um pouco de uns anos pra cá" (E25)

Através das falas supracitadas, observa-se o entrave discutido o desconhecimento do que realmente é o PSE e qual o seu propósito em relação às ações de saúde executadas nas escolas. Vale destacar que, segundo o Caderno de Atenção Básica, voltado para o PSE, a ESF constitui o serviço de saúde que interage com a escola e que se articula com os demais serviços de saúde. É importante que as equipes da ESF entendam o papel do PSE e envolvam-se nos espaços criados pela comunidade (formais, informais, casuais, circunstanciais) para melhor compreender a dinamicidade da vida naquele território, corresponsabilizar a comunidade nos projetos que são de interesse dela e integrar saberes e práticas em saúde (BRASIL, 2008). Daí a necessidade de que profissionais da ESF estejam angajados e tenham conhecimento sobre a importância da execução das ações de saúde na escola.

#### 5.7 AVALIAÇÃO DA PESQUISA: PERCEPÇÃO DOS STAKEHOLDERS

Ao final de um período de alguns meses de afastamento do pesquisador, especificamente três meses, via Google Formulário foi enviado um questionário com o propósito de avaliar a pesquisa. O questionário é composto por perguntas abertas e fechadas (as perguntas fechadas continham as opções 'sim', 'não' e 'em partes', acompanhadas de um espaço para justificativa) e foi enviado para quinze gestores, dentre eles os integrantes do NSECs que foram grupos de intervenção, os *stakeholders* e participantes da reunião de modelicação. O formulário ficou disponível durante um mês, de 10 outubro de 2016 a 10 novembro de 2016 e foi respondido por nove gestores. Eles serão identificados aqui por S1 a S9.

Na percepção dos participantes desta etapa, todos os nove respondentes acreditam que os objetivos da pesquisa foram alcançados, pontuaram a pesquisa de forma positiva, afirmaram que de alguma forma a pesquisa auxiliou no que corresponde ao componente Monitoramento e Avaliação do Programa PSE Carioca.

De forma qualitativa, os gestores responderam sobre a sua percepção da pesquisa:

<sup>&</sup>quot;A pesquisa possibilitou ter um retrato das ações do PSE a nível municipal, o que não tínhamos anteriormente (S5)".

#### Outro participante pontua:

"O estudo conseguiu realizar um levantamento até então inédito no Programa. Com isso, foi possível identificar as principais fragilidades e fortalecer as ações" (S3).

Em consonância com a discussão sobre avaliações colaborativas ou que adotam a abordagem de empoderamento (*empowerment*), destaca-se o estudo de Elliot (2011) que refere que metodologias participativas trabalham as habilidades do avaliador junto aos avaliados quando compartilham atividades avaliativas e instâncias de decisão com os participantes envolvidos. Nesses casos, a utilidade da avaliação tende a aumentar. A capacidade de aprender a avaliar, que foi praticada durante o processo do estudo avaliativo, se torna, ela própria, um resultado da avaliação de extrema utilidade para os participantes.

Tal fato pode ser percebido nos seguintes registros:

"A pesquisa contribuiu para reflexão dos gestores (S8)".

"A participação foi extremamente importante e contribuiu para coleta de dados (S6)".

"A pesquisa contribui na buscar de um melhor planejamento do cuidado em saúde (S4)".

"A pesquisa possibilitou uma reflexão entre as três Secretarias envolvidas: Saúde, Educação e Desenvolvimento Social e a repensar suas ações conjuntas e intersetoriais, fortalecendo nossa articulação (S5)".

Avaliações com o uso de metodologias participativas é valida, pois, segundo Akerman, Mendes e Bógus (2013), ocorre a incorporação de percepções importantes, o comprometimento das pessoas envolvidas tanto com os resultados obtidos quanto com o próprio desenvolvimento do trabalho e o fortalecimento de habilidades e da capacidade dos participantes para planejar e avaliar em situações futuras. Vale destacar, como resultado positivo da pesquisa participativa, a sensibilização dos gestores para com o processo contínuo de monitoramento e avaliação, em que na prática foi visto com a aplicação de um questionário voltado para os diretores de escolas quanto ao nível de satisfação do trabalho do PSE nas escolas e a relação com a Unidade de Saúde. Esta avaliação, mesmo que em apenas algumas dimensões de interesse organizacional, foi proposta pelos gestores e sem inferência do pesquisador, que só conheceu os resultados. Assim, a equipe identificou com os diretores a satisfação (em torno de 75% de positividade) e identificou algumas demandas temáticas. Infere-se que os gestores foram sensibilizados com a prática de avaliação em suas diversas dimensões.

Quanto à participação construtiva, desde a pergunta avaliativa, objetivos e delimitação da roda de análise estratégicas, nos registros, os participantes demonstram que as perguntas avaliativas foram discutidas em grupo e, de certa forma, respondidas naquele ano:

"Através desta Pesquisa foi possível identificar quais ações mais frequêntes e onde (em qual território) estão sendo realizadas e com isso rever o processo de trabalho" (S9).

Demonstra assim, correlacionando com a avaliação com os diretores de unidade escolar supracitada, que a inquietação quanto às demandas temáticas e sua amplitude e distribuição nos territórios ainda é uma preocupação dos gestores nos anos de 2016 e 2017. No entanto, é uma preocupação que está como prioridade de identificação e resolução dos gestores do PSE Carioca.

Com relação à construção do Modelo Lógico, foi questionado sobre a opinião dos gestores, que transpareceu de forma positiva. Destaca-se que, dos nove participantes, três disseram não ter participado da reunião de construção. Dos registros sobre o questionamento dessa técnica de construção do modelo lógico, destaca-se:

"A construção do Modelo Lógico foi bastante interessante revelou os pontos fortes do PSE- Carioca bem como apontou nossas dificuldades e desafios. Muito interessante esta construção" (S5).

#### Outro participante pontua:

"A construção do Modelo Lógico permitiu a discussão coletiva dos componentes de ações do PSE Carioca, inclusive refletindo sobre o desdobramento que uma ação promove em outra" (S9).

#### Evidencia-se o registro seguinte:

"Achei bastante interessante. Os gestores foram levados a pensar sua prática profissional considerando diversos fatores da sua realidade diária. Isso possibilitou um vislumbre do trabalho que está sendo desenvolvido e quais os objetivos que ainda se almeja alcançar e para quê poderemos direcionar as nossas ações" (S3).

Para avaliar o seminário central, ou seja, a iniciativa de uma reunião de avaliação e compartilhamento de experiências, oito participantes afirmaram que foi uma proposta interessante, exercendo algum impacto no ano seguinte, principalmente com relação à prática de monitorar e avaliar as ações no ano de 2016. E o relatório que foi solicitado no final do ano

de 2015, para o seminário central em forma de devolutiva para os gestores, foi novamente cobrado no final do ano de 2016 como forma de avaliação anual e comparação ao ano anterior. Infere-se que os gestores foram sensibilizados com a questão da importância da prática de monitoramento e avaliação das ações de saúde do programa e evidenciou a importância de formalizar o registro de forma intersetorial e conjunta.

Sobre o método utilizado, foi questionado o nível de participação e o quanto o método da pesquisa-ação foi favorável para atingir os objetivos. Sendo assim, os participantes registraram as seguintes percepções:

"Pautar a avaliação no serviço e na gestão de modo colaborativo e participativo foi ótimo!! A equipe foi gradualmente se instrumentalizando para acompanhar e avaliar o PSE por meio da ferramenta de monitoramento do PSE. Grande ganho para o PSE Carioca!!"(S2).

"Este método permitiu que o pesquisador participasse das discussões e atividades do PSE e compartilhasse suas experiências e saberes acadêmicos com os gestores. Isto favorece sua devolução constante ao campo de pesquisa, e sensibiliza intensamente o próprio pesquisador sobre a realidade histórica, social e a dinâmica cotidiana do campo de estudo." (S7).

"O método pesquisa-ação foi seguido e muito contribuiu para as atividades da gestão. Foram realizadas análises e devolutivas dos dados do monitoramento ao longo da coleta de dados, permitindo à equipe considerações e mudanças de estratégias." (S8)

Assim, percebe-se que a avaliação colaborativa foi bem vista pelos gestores e que os o objetivo transformador aqui proposto no inicio do desenvolvimento da tese, foi atingido. Acredita-se que, a partir de então, avaliar e comparar periodicamente as ações de saúde do PSE Carioca será rotina para os coordenadores.

De forma esquemática, o Quadro 17 demostra o quantitativo geral dos encontros e os principais objetivos de cada um deles. Isso evidencia a proposta de imersão do pesquisador em campo, a aproximação efetiva com a equipe do PSE Carioca e o processo de elaboração da pesquisa de forma geral. Demostra, igualmente, uma ideia do grau de participação dos gestores, colaboradores e executores do programa. Ao todo, oficiais para a pesquisa, foram 36 encontros, esquematizados conforme as fases da pesquisa.

Quadro 17 – Descrição do quantitativo de encontros para produção de dados referente à pesquisa de avaliação. Rio de Janeiro, RJ, outubro de 2015 a janeiro de 2017

Fase da pesquisa	Data da	ro, RJ, outubro de 2015 a janeiro Motivos/Tema	Nível local/
i ase da pesquisa	Reunião	1110ti 105/ I cilia	Nícel Central
		Reunião com os coordenadores	1 (1001 00110101
	01/09/2015	PSE (SMS/SME/SMDS)	Nível Central
		Definir coleta de dados e reunião	
		de modelização.	
		Elaboração do convite para	Nível Central
	10/09/2015	reunião de modelização.	
	01/10/2015	Reunião de Modelização.	Nível Central
	05/10/2015	Reunião NSEC 10 – Teste Piloto.	Nível Local
	06/10/2015	Reunião NSEC 03.	Nível Local
Fase Exploratória	09/10/2015	Reunião NSEC 01.	Nível Local
	19/10/2015	Reunião NSEC 09.	Nível Local
	11/11/2015	Reunião PSE/SMS – Discussão sobre a elaboração de um Relatório anual de gestão e	Nível Central
		atividade executadas.	
	13/11/2015	Reunião NSEC 08 - 09h.	Nível Local
	13/11/2015	Reunião NSEC 11 – 14h.	Nível Local
	19/11/2015	Reunião PSE/SMS, SME e	Nível Central
	13,11,2016	SMDS – planejamento para o	111701 001111111
		seminário central.	
	24/11/2015	Reunião geral NSEC – Etapa I do seminário central – 09h.	Nível Central
	24/11/2015	Reunião NSEC 03 – 14h.	Nível Local
	30/11/2015	Reunião NSEC 07.	Nível Local
	17/11/2015	Reunião NSEC Território B –	Nível Local
		Grupo de Intervenção.	
	04/12/2015	Reunião NSEC Território B – Grupo de Intervenção – analise	Nível Local
		das ações.	
Seminário Central e	14/12/2015	Reunião PSE/SMS, SME e SMDS – Preparação do seminário central.	Nível Central
Fase de Intervenção	15/12/2015	Seminário Central.	Nível Central
	15/12/2015	Reunião PSE/SMS – Avaliação do seminário central.	Nível Central
	12/01/2016	Reunião NSEC Território B –	Nível Local
	12,01,2010	Grupo de Intervenção –	Tiroi Locui
		planejamento do plano de ação.	
	13/01/2016	Reunião Gestor apoiador do	Nível Central
		Territóio A – planejando reunião de intervenção.	
	25/01/2016	Reunião PSE/SMS – Banco de dados – ações de saúde – 09h	Nível Central
	26/01/2016	Reunião geral NSEC.	Nível Central
	03/02/2016	Reunião NSEC Território B –	Nível Local
	03/02/2010	Grupo de Intervenção – Plano de	Tilvel Local
		Ação – planejamento.	
		3 I J	

Fase da pesquisa	Data da Reunião	Motivos/Tema	Nível local/ Nícel Central
	16/02/2016	Reunião NSEC Território A –	Nível Local
		Grupo de Intervenção.	
	19/02/2016	Reunião NSEC Território A – GT	Nível Local
		defasagem do aluno.	
	29/02/2016	Reunião NSEC Território B –	Nível Local
		Grupo de Intervenção –	
		Intervenção e execução do plano	
		de ação.	
	03/03/2016	Reunião NSEC Território A –	Nível Local
		Grupo de Intervenção –	
		planejamento – sem sucesso.	
	01/03/2016	Reunião PSE/SMS, SME e	Nível Central
		SMDS – 1° devolutiva.	
Avaliação da	23/03/2016	Reunião NSEC Território B –	Nível Local
intervenção à luz do		Grupo de Intervenção –	
Plano de ação	0.5/0.4/0.01.5	Avaliação do plano de ação.	N/ 17 1
	06/04/2016	Reunião NSEC Território A –	Nível Local
		Grupo de Intervenção –	
	04/05/0016	planejamento – sem sucesso.	N/ 17 1
	04/05/2016	Reunião NSEC Território B –	Nível Local
		Grupo de Intervenção –	
		Avaliação da pesquisa e discussão do Modelo Lógico.	
	11/05/2016	Reunião NSEC Território A –	Nível Local
	11/03/2010	Grupo de Intervenção –	Nivel Local
		planejamento – definiu um	
		território.	
	02/06/2016	Reunião NSEC Território A –	Nível Local
	32,00,2010	Grupo de Intervenção – avaliação	11110110001
		o plano de ação e apresentação do	
		Modelo Lógico.	
	17/01/2017	Reunião PSE/SMS, SME e	Nível Central
		SMDS – 3° Devolutiva.	

Fonte: a autora.

## 5.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação desta tese, pode-se pontuar que foi realizada em âmbito municipal, com grupos de observação em duas áreas de um município sendo comparadas. Obteve-se a possibilidade de avaliar algumas dimensões do programa, no caso a dimensão monitoramento e avaliação, logo, expõe-se a sugestão de realizar outros estudos com dimensões diversas que serão necessários para corroborar, comparar e fortalecer a temática da saúde escolar. Expoe-se que a inviabilidade logística e falta de equipe de pesquisa impossibilitou investigar se a pesquisa inferiu em algum ponto na nas práticas das EqSF – ver capítulo sobre as recomendações.

Limitações de ordem prática se fizeram presentes ao longo da produção de dados e desenvolvimento da tese – transporte, comunicação, ano de eleição municipal (rotatividade de profissionais), áreas de conflito (violência) e limitação do tempo para conclusão da tese.

Houve a limitação de não comparar os dados da Ficha de Registro PSE Carioca com dados gerados pelos sistemas oficiais, havendo a justificativa de que nem mesmo a equipe gestora tem acesso aos dados oficiais (SIMEC/E-SUS). Daí a necessidade da criação e implementação da Ficha. No entanto, incentiva-se futuros estudos e ainda com os questionamentos de como outros municípios fazem esse monitoramento das ações do PSE.

### 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A partir dos resultados que foram analisados e descritos aqui, os objetivos da tese foram atingidos e foi possível delinear um julgamento sobre a dimensão monitoramento e avaliação do PSE Carioca e uma análise de produção das ações de saúde realizadas pelas EqSF. Foi possível também uma reflexão sobre a prática periódica do acompanhamento do programa e uma crítica ao sistema de informação oficial do programa. Ainda que tenha sido uma avaliação no nível local, foi possível apomtar recomendações na busca do enfrentamento de problemas vivenciados na prática de quem executa o PSE.

Foi realizada uma revisão do arcabouço metodológico do PSE Carioca e a revisão do processo de gestão com vistas ao monitoramento e à avaliação contínuos, assim evidencia-se a importância da institucionalização da avaliação para programa que, no atual momento político, vivenciado no ano de 2016, carece de valorização e compromisso de seus atores. Nesse contexto dispara-se a reflexão: seria possível realizar as ações quantificadas e qualificadas neste estudo sem a existência do sistema de saúde único, equânime, integral e universal como tem-se hoje? Revoga-se o papel prioritário do modelo assistencial vigente em que a Atenção Primária é ordenadora do cuidado, contempla equipes multiprofissionais, permite acesso à serviços de saúde como direito de todo cidadão e atende demandas dentro do ciclo vital do indivíduo.

Neste estudo também foi possível identificar que, a partir desse processo de monitoramento e avaliação inserido na prática, houve um entendimento do real objetivo do programa e contribuiu na discussão sobre seus resultados e impactos. Observa-se ainda uma distância com relação à dimensão de análise de impacto palpável das ações do programa, o que não se pretendeu aqui. No entanto, fica evidente que sem acompanhar e monitorar as ações realizadas será difícil associar o programa como 'causa' de alguma melhoria na saúde da população, daí a importância do registro, da formalização do PSE no âmbito local e nacional.

A instituição das reuniões territoriais de planejamento entre diretores de escolas e gerentes de unidades de saúde sob a supervisão dos NSEC, somada à necessidade de registro conjunto da ficha pelos profissionais da ação, foi estrategicamente traçada pelos gestores do programa para que houvesse maior comunicação entre os profissionais que participavam do mesmo. Portanto, identificou-se que essa estratégia, por mais difícil que pudesse parecer no início, facilitou positivamente a construção de vínculo entre esses atores e o reforço do planejamento, do desenvolvimento e da avaliação conjunta das ações de promoção, prevenção e educação em saúde no ambiente escolar.

Ressalta-se que as categorias discutidas e analisadas na tese poderão ter relevância significativa no enfrentamento dos desafios já pontuados em outros estudos (GOMES 2012; MAGALHÃES, 2016) o que corresponde igualmente em levantar estratégias e incentivo ao desenvolvimento de outras pesquisas que busquem reflexões sobre alguns dos seguintes aspectos da implementação de políticas e programas de promoção à saúde, tais como: descontinuidade administrativa; verticalização dos processos decisórios; debilidade da articulação intersetorial; superposição de sistemas de informação; não uso em tempo oportuno de dados oficiais para monitoramento e avaliação do programa; e baixa capacitação técnica. Esses aspectos, sabidamente, fragilizam a condução das estratégias avaliativas e a produção de evidências sobre mudanças efetivas.

A análise da produção foi necessária e importante, visto seu caráter inovador de verificar de forma quantitativa e qualitativamente os dados gerados pela proposta da Ficha de Registro, o que permitiu uma crítica aos sistemas de informação utilizados durante o período de realizção da pesquisa. Do mesmo modo, foi possível avaliar positivamente a ficha quanto à proposta de que seus dados foram mais úteis e mais acessíveis aos profissionais e à equipe que executa, fazendo emergir a possibilidade da criação de banco único e de fácil acesso no território nacional.

Diversos foram os ganhos com a proposta da Ficha de Registro: entendimento do que é uma ação de saúde na escola pelos profissionais, tanto da saúde quanto da educação e outras áreas; aproximação e 'conhecimento' dos profissionais do território e dos setores envolvidos, vista a necessidade de preenchimento conjunto e pactuação; análise das necessidades e adequação do calendário para execução das ações; geração de dados mais úteis e valorosos do programa; e aproximação com a rotina de monitoramento e avaliação das ações no território, uma vez que é um banco único e proporcionar diálogo de níveis local e central de forma mais efetiva.

O Sistema de Informação de Ações proposto pelo PSE Carioca tem permitido, para além da coleta, processamento, armazenamento e divulgação de informações da saúde escolar, o aprimoramento de um diálogo permanente entre a saúde, a educação e o desenvolvimento social no cotidiano do programa para um efetivo exercício da intersetorialidade. Os seus aportes têm subsidiado a melhoria dos processos de trabalho e de gestão eficiente, condições necessárias para a produção efetiva de um trabalho de promoção da saúde de qualidade que possa suprir as necessidades de saúde da população escolar, visando a sua qualidade de vida. No entanto, não se tem aqui a intenção de desvalorizar os sistemas oficiais do programa, mas, a partir dos resultados expostos, pode-se perceber que quando se tem um sistema único favorece a gestão

intersetorial do PSE. Vale a crítica, a inferência e a oportunidade de dar visibilidade ao programa.

Além dos ganhos, evidenciaram-se entraves como o descompromisso dos profissionais, por vezes justificado por falta de conhecimento dos objetivos do programa; e necessidade de avaliar a Ficha de Registro em busca de melhorias; rotatividade de profissionais. Outro dos pontos que não foi possível identificar e que se sugere revisão quanto aos sistemas oficiais e também da Ficha de Registro é a dificuldade de encontrar a categoria profissional que foi responsável pela ação, assim o não resgitro do enfermeiro como responsavel pela ação e sim a identificação apenas da EqSF. Tal fato é um resultado a ser proposto e reavaliado, pois assim favorece a valorização, por ter registros dos responsáveis pelas ações nas escolas, além da equipe envolvida. Assim, através do conhecimento da categoria profissional que executa ação pode-se conhecer e planejar estratégias de motivação para que todos da equipe sejam os executores. Ressalta-se que o enfermeiro possui capacitade de planejar, realizar e monitarar as ações, além de ser um motivador da realização das ações de saúde na escola para a equipe.

Por fim, concluiu-se que as intervenções planejadas e executadas de forma colaborativa foram positivas do o ponto de vista de favorecer uma reflexão dos que desenvolvem o PSE na prática quanto à necessidade de monitoramento e avaliação das ações para se tenham em vista os objetivos, as atividades, os resultados e o impacto que o PSE se propõe (Modelo Lógico). Acredita-se que, com o desenvolvimento da pesquisa, foi possível atingir para além de favorecer uma reflexão da análise da distribuição (produção) das ações de saúde nos territórios, não apenas na lógica produtivista, mas também sob a forma colaborativa de ouvir os entraves, potencialidades e trabalhar conjuntamente para que se enfrentem os problemas levantados da melhor forma possível (seminário central). Infere-se que os participantes foram sensibilidades quanto à prática de monitoramento e avaliação das ações do PSE Carioca.

Em um grupo pode-se concluir que, pela ausência de um padrão 'vertical' de monitoramento e avaliação, o grupo teve uma resposta deficitária à matriz de avaliação, sem relatar encontros periódicos, não formalizados e sem um padrão com relação às dimensões avaliadas na matriz de análise e julgamento. Por vezes, se mostrou desconfortável em estar sobre um processo de avaliação, mesmo com um avaliador externo. Ao contrário, o grupo que definiu um padrão de ata e de acompanhamento e avalição das ações do PSE no território, conseguiu se fortalecer ainda mais com a proposta de intervenção, demostrado na signifitiva melhora de participação dos profissionais executores do programa e da forma de olhar criticamente as ações de saúde na área.

Quanto aos princiais pontos que podem influenciar o PSE em alcançar seus objetivos, pode-se elencar a Falta de recursos financeiros que são diretamente ligados a metas produtivistas, acompanhadas por meio de sistemas que não correspondem à realidade. Questões como a defasagem nos Recursos Humanos e Capacitação, acredita-se que também afetem o desenvolvimento do programa, pois os profissionais de saúde que planejam e executam as ações são os mesmos profissionais que referem sobrecarga de carta de serviços da AB, o que os desmotiva na prática das ações de promoção de saúde voltada para o escolar. Outro ponto de destaque é a falta de capacitação e discussão dos objetivos e componentes do programa, identificar localmente as demandas temáticas e atividades voltadas para o escolar – público este que demanda de forma menos expressiva ações estratégicas de intervenções biomédicas. A ausência de uma padronização do processo de avaliação também se configura em um entrave, o que é necessáro refletir em uma avaliação nacional a fim de proporcionar uma resposta padronizada, acessível e comum a todos que executam e coordenam o programa no território local e nacional.

#### 6.1 RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO DA EQUIPE DA ESF

- Reflexão da prática do enfermeiro voltada para a saúde dos escolares em seus territórios.
- Estabelecimento de uma boa relação entre os setores saúde, educação, parceiros e estimular a EqSF no planejamento e execução de ações de saúde na escola.
- Pactuação de ações em conjunto com as unidades escolares, levando em consideração os calendários, as necessidades temáticas da realidade social e de saúde da escola.
- Realização de um diagnóstico situacional de saúde dos escolares adscritos no território e planejar ações intersetoriais para resolutividade.
- Para os gerentes das unidades, visto que houve um número considerável de enfermeiros: apresentação do PSE e as ações de saúde na escola já no momento de admissão dos profissionais, como no curso introdutório.
- Atendimento e conhecimento das diretrizes do PSE Nacional ao realizar diagnóstico local, levantamento das demandas do setor educação e realizar um plano de ação local com participação de todos os envolvidos (saúde, educação e parceiros).
- Entendimento de que é na Atenção Primária, da EqSF, no SUS, que se tem acesso às práticas de saúde em outros cenários, que não na unidade.
- Vislumbra-se, a partir das recomendações aqui descritas, proporcionar ferramentas para o enfermeiro em fortalecer a relação Unidade de Saúde e Unidade Escolar.

- Incentivo para novas temáticas para ações de saúde escolar, conforme diagnóstico local.
- Institucionalização e compromisso na prática de monitoramento e avalição das ações de saúde no âmbito do PSE, proporcionando melhor distribuição temática dos componentes normativos.
- Valorização da prática de promoção da saúde nas escolas e no território adscrito.

# 6.2 RECOMENDAÇÕES PARA OS GESTORES E EXECUTORES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

- Para o PSE Nacional, recomenda-se uma padronização dos sistemas de informação e registros das ações no território nacional. Sugere-se, a partir dos resultados positivos da implementação da Ficha de Registros, um sistema único e que favoreça a utilização dos dados em tempo oportuno, de fácil acesso para gestores, quem executa o programa e pesquisadores.
- Para o nível municipal sugere-se criação e padronização um processo avaliativo, revisado anualmente pelos gestores, através de um Grupo de Trabalho Intersetorial, a fim de fortalecer o PSE Carioca.
- Recomenda-se a constituição de um Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal de Avaliação (GTI-M de Avaliação) do PSE Carioca, com reuniões periódicas a cada seis meses. Este GTI de avaliação teria um avaliador externo, convidados de outros programas e outras coordenações, assim como teria o objetivo de monitorar e avaliar as ações do PSE Carioca (ações, reuniões locais, distribuição temática, pactuações, apoiadores, parceiros e outros assuntos de competência avaliativa).
- Acompanhamento das pactuações e atividades desenvolvidas pelos territórios através da solicitação de relatórios ou atas padronizadas, o que favorece um padrão de avaliação do programa.
- Realização de análise e crítica do indicador pactuado pelo municipio para possível padronização e trabalhar na definição conceitual, operacional e técnica deste indicador.
- Análise com periodocidade trimestral da distruibuição das ações de saúde no território visto a necessidade de entendimento da distribuição temática dos componentes e atividades pactuadas pelo PSE Nacional.
- Continuidade da implantação e implementação da Ficha de Registro PSE Carioca, com necessidade de avaliação colaborativa de quem a preenche e quem analisa os dados.

- Padronização das atas de reuniões das reuniões locais de planejamento, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde nas escolas.
- Discussão sobre a lógica produtivista das ações de promoção da saúde e o déficit de um olhar reflexivo sobre as práticas de monitoramento e avaliação, o que se prentende favorecer uma análise e diálogo das ações de promoção da saúde.
- Realização das reuniões de avaliação a cada semeste, de forma participativa, a exemplo
  da intervenção (o encontro reginal) proposta no território B com possíveis adaptações e
  melhorias na realização desta intervenção.
- Incentivo para a prática do enfermeiro como articulador e motivador chave para estimular a EqSF na pactuação de ações de saúde na escola.

## 6.3 RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISADORES E INTERESSADOS NA LINHA DE PESQUISA EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA

- Espera-se incentivar o desenvolvimento de novas pesquisas na temática de Avaliação de Programas e Projetos em Saúde, com mais diversos programas da AB e iniciativas de promoção da saúde.
- Realização de novos estudos sobre o PSE, em outros cenários, para que se possa comparar e dialogar com as matrizes, discussão e julgamento aqui expostos.
- Elaboração de pesquisas sobre um indicador para as ações do PSE ou trabalhar para elaboração de um indicador padronizado com definição conceitual, operacional e técnica para o PSE Nacional.
- Trabalho com foco em vencer nas limitações expostas aqui neste estudo, no que diz respeito às equipes da ESF com o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de PSE. Nesta houve limitação com os gestores e executores do programa.
- Fortalecimento do PSE, pontuando a importância de se trabalhar na perspectiva de promover saúde e educação nas escolas.

Cabe aqui relatar o aprendizado imensurável durante o desenvolvimento do estudo no âmbito da gestão de programas voltados para promoção de saúde, em especial atuar junto a um programa em que o foco é a saúde e educação de crianças e adolescentes. Com a relação de confiança e vínculo proporcionada durante a realização da pesquisa, foram diversas as reuniões em que se aprendeu na prática e, assim, pôde-se vivenciar o que é trabalhar com promoção da

saúde. No entanto, relato aqui a dificuldade em alguns momentos de manter uma posição de avaliador externo. Por isso, durante toda a produção de dados tentou-se uma não relação de detentor do saber, mas sim compartilhamento de experiências entre a academia e a prática, entre pesquisador e profissional que atua na assistência, entre saber prático e teórico. Com o processo de imersão do estudo foi possível captar detalhes, aprender na prática e sentir a dificuldade de se pactuar e promover ações de saúde na escola. Por conta disso, a experiência de utilizar o método da pesquisa-ação se fez de grande validade e fez o movimento de reflexão sobre o quanto é importante a relação de envolvimento entre as áreas acadêmicas, práticas de assistência em saúde e gestão de saúde para dar validade e utilizadade dos dados analisados .

#### **REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, D.B; MELO, C.M.M. Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador. V, 24, n. 1,2,3, p. 75-80, jan/dez, 2010.

ALVES, C.K.A.A *et al.* Interpretação e Análise das informações: O uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In Organizadores Samico, I [*et al*] **Avaliação em saúde:** Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

AKERMAN, M; MENDES, R; BÓGUS, M.C. Avaliação participativa em promoção da saúde: reflexões teórico-metodológicas. In BOSI, M.L.M; MERCADO, F.J. (Org). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoque emergente. 3ed. Petropólis – RJ: Vozes, 2013.

BARDIN, L.. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70: 2011.

BEZERRA, L.C. de A. B.; CAZARIN, G.; ALVEZ, C. K.de A.. Modelagem de Programas: Da Teoria à Operacionalização. In: SAMICO, Isabella *et al* (Org.). **Avaliação em Saúde:** Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 65-78.

BODSTEIN, R.C.A. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em promoção da saúde. **B.Tec.Senac: a R.Educ.Prof.** Rio de Janeiro, v. 35, n.2, maio/ago, 2009.

BRASIL. Ministério da Casa Cívil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família dá outras providências. Brasília. 2004. Disponivel http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/\_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm \_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 382, de 10 de março de 2005. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 11 de março de 2005. \_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. - Brasília Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Decreto Interministerial nº. 6286, de 5 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o Programa de Saúde na Escola –PSE. Brasília, 2007 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Projeto Olhar Brasil: triagem de acuidade visual:</b> manual de orientação / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. — Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.
Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Saúde na Escola</b> (Série B – Textos Básicos de Saúde). Caderno de Atenção Básica de Saúde na Escola. n 24. Editora do Ministério da Saúde, 2009.
Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. <b>O SUS de A a Z</b> : garantindo saúde nos municípios. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) 3ª Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009a
Conselho Nacional de Saúde. Comissões Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, <b>Resolução Nº 466, de 12 de dezembro</b> . Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf
Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Política Nacional de Atenção Básica</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. — Brasília: Ministério da Saúde, 110p, 2012.
Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Manual instrutivo PSE / Ministério da Saúde</b> . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
Ministério da Saúde. Ministério da Educação. <b>Guia de Sugestões de Atividades da Semana na Escola</b> . Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2013b.
Ministério da Saúde. Ministério da Educação. <b>Guia de Sugestões de Atividades da Semana na Escola</b> . Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_atividades_pse_versao_preliminar.pdf
Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Coordenação do Programa Saúde na Escola. <b>Orientações Gerais sobre diversas ações dos componente I e II do PSE</b> , 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php?conteudo=orientacoes_pse
Ministério da educação. <b>Programa Saúde na Escola</b> . Consultado em: 29 de out de 2015. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/par/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas
Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde- Dados de Vigilância em Doenças Transmissivéis. <b>Boletim Epidemiológico</b> V 46, n° 27, p. 1 – 7, 2015. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/01/2015-030-bol1pdf.

BRASIL. **Portaria Interministerial** No 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Departamento de Atenção Básica, 2017. Disponível em: http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/04/2017&jornal=1&pagina=36&totalArquivos=76

BROUSSELEE, A *et al.* (Org). **Avaliação:** conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. – Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

CNES / SUBPAV. DATASUS. **Painel de Indicadores**. Disponível em www.subpav.gov Acessado em 20 de janeiro de 2016.

COUSINS, B.J; WHITMORE, E. Framing participatory evaluation. Issue 80, Winter 1998, Pages 5–23, 1998. Disponível em: DOI 10.1002/ev.1114

CHAMPAGNE, F *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE e cols (Org.). **Avaliação:** conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. – Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011a. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F *et al.* Modelizar as Intervenções. In: BROUSSELLE e cols (Org.). **Avaliação:** conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. – Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011b. p. 61-74.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde** [versão online], p.180-198, 2011. Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps

DUBOIS, C.A; CHAMPAGNE, F; BILODEAU. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE e cols (Org.). **Avaliação:** conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. – Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.p 19-39.

DECS. **Descritores de Ciências em Saúde**. Descritores: consulta – saúde escolar; indicadores de saúde. Consultado em 27 de maio de 2105. Disponível em http://decs.bvs.br/

DONABEDIAN, A. **Qualidade na assistência à Saúde**. FGV/FCFMUSP, PROAHA. São Paulo, 1993.

ELLIOT, L. G. Meta-avaliação: das abordagens às possibilidades de aplicação. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 73, p. 941-964, Dec. 2011 . Available from <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-40362011000500011&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-40362011000500011&lng=en&nrm=iso</a>. access on 05 Jan. 2017. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40362011000500011">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40362011000500011</a>.

FARAND, L. A análise da Produção. In: BROUSSELEE, A *et al.* (Org). **Avaliação:** conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. – Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 115-158.

FARIA, C. A. P de A. A política da avalição de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 20, n. 59, outubro, pp. 97-109, 2005.

FELISBERTO, E. *et al* . Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, June 2010. Disponével em: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2010000600003&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2010000600003&lng=en&nrm=iso</a>

FERREIRA, I.R.C. Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Paraná, Curitiba, 2012.

FERREIRA, I. do R. C. *et a*l. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 56, p. 61-76, Mar. 2014 . Available from <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-24782014000100004&lng=en&nrm=iso>.accesson 25 Nov. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782014000100004

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa *et al* . Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 12, p. 3385-3398, Dec. 2012 . Available from <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232012001200023&lng=en&nrm=iso>.accesson 02 Feb. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200023.

FERRIANI, M. G. C. A inserção do Enfermeiro na saúde Escolar: Análise Crítica de uma Experiência. São Paulo: Ed. Usp. 1991.

FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva** [online]. v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a15.pdf Acessado em maio de 2014.

FIGUEIREDO, L. A de etal. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cad. Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro. n ° 18, v. 3: p. 418-23, 2010. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010\_3/artigos/CSCv18n3\_pag418-23.pdf Acessado em junho de 2012.

FONTENELE, R.M. **Saúde ocular em escolares**: conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2013.

FONTENELE, Raquel Malta et al . Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 167-179, Mar. 2017. Available from <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-11042017000500167&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-11042017000500167&lng=en&nrm=iso</a>. access on 20 Aug. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s13.

GOMES, L. C. O. **Desafio da intersetorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro. 2012; 173p.

HARTZ, Z.M.A., org. **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books <a href="http://books.scielo.org">http://books.scielo.org</a>.

\_\_\_\_\_. Institutionalizing he evaluation of health programs and policies in France: cuisine international over fast food and sur mesure aver ready made, débat. **Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**. Vol. 15, n. 2, p. 229-259, 1999.

HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M (organizadoras). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. EDUFBA; Rio de janeiro: Fiocruz, 2005.

MAGALHAES, R. Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersetoriais de promoção da saúde: um estudo de caso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1427-1436, July 2015. Available from <a href="http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2015000701427&lng=en&nrm=iso">http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2015000701427&lng=en&nrm=iso</a>

\_\_\_\_\_. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1767-1776, June 2016. Available from <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232016000601767&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232016000601767&lng=en&nrm=iso</a>

MALTA, D.C  $et\ al\$ . A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4301-4312, Nov. 2014 . Available from <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232014001104301&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232014001104301&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Aug. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07732014

MELO, J.A.C. *et al.* Educação, saúde e democracia: perspectivas detransformação. Revista **da Faculdade de Educação**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 87-117, jun. 1988. ISSN 1806-9274. Disponível em: <a href="http://www.revistas.usp.br/rfe/article/view/33406/36144">http://www.revistas.usp.br/rfe/article/view/33406/36144</a>. Acesso em: 19 dez. 2015. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-25551988000100008.

MIRANDA, A.S.de; CARVALHO, A. L.B. de; CAVALCANTE, C.G.C. S. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 913-920, Apr. 2012. Available from <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232012000400013&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232012000400013&lng=en&nrm=iso</a>. access on 05 Jan. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400013

MONTEIRO, C.F.de S., *et al.* Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. Porto Alegre (RS), v. 31, n. 1, p. 167-174. Março 2010. Disponivel em: http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14581/8487. Acessado em 1º de maio de 2014.

MONTEIRO, A.I.; FERRIANI, M.G.C. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. **Rev.latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 99-106, janeiro 2000.

MÔRA, L.B *et al.* O uso da territorialização para apoio ao planejamento das ações de uma unidade de saúde da família. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde** [online]. Belo Horisonte, p1-23, 2013. Disponível em http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/198.pdf

MOREIRA, P.N.O; *et al.* Nursing care in the teen at school: a research documentary. **Revista de. Enfermagem da UERJ** [online] Rio de Janeiro.vol. 22, n. 2: p. 226-232. Mar.-abr 2014.Disponível em http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a13.pdf.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, out. 2000. Disponível em <a href="http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-8910200000500018&lng=pt&nrm=iso">http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-8910200000500018&lng=pt&nrm=iso</a>. acesso em 27 maio 2015.http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000500018.

OLIVEIRA, C.M et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2999-3010, Oct. 2015. Available from <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232015001002999&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232015001002999&lng=en&nrm=iso</a>. Access on 25 Nov. 2015. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13322014">http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13322014</a>.

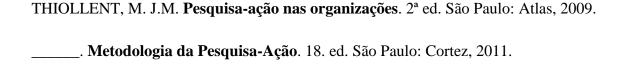
OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ** [online]. Rio de Janeiro. vol. 16, n. 4, p- 569-576. Out/Dez, 2008. Disponibem em: http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf. Acessado em: 1° de maio de 2014.

OLIVEIRA, V.C; VERISSIMO, M. L. Ó. R. A prática da longitudinalidade no atendimento à saúde da criança: comparação entre modelos assistenciais distintos. **Revista Cogitare Enfermagem**. vol. 20, n. 1, p. 45-52, Jan e mar 2015.

PINTO, A. G.A.; JORGE, M.S. B. Prática clínica na estratégia saúde da família: relações entre equipe e usuários no território urbano. **Gestão e Saúde**, Brasilia,DF. Brasil, v. 6, n. 2, p. Pag. 1514-1529, mar. 2015. ISSN 1982-4785. Disponível em: <a href="http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1144">http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1144</a>. Acesso em: 02 Jul. 2016. doi:10.18673/.

- PITTA, A.M. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. **Rev. Adm. púb.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 44-61: abr./jun, 199. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8795/7534
- PIRES, L., *et al.* A enfermagem no contexto da saúde do escolar: revisão integrativa da literatura [Nursing in the context of schoolchildren's health: integrative literature review] **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro [online], 20, mai. 2013. Disponível em: <a href="http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5968">http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5968</a>>.
- POTVIN, L. On the nature of programs: health promotion programs as action. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 731-738, Sept. 2004. Available from <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232004000300023&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232004000300023&lng=en&nrm=iso</a>. Access on 30 Nov. 2015. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300023">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300023</a>.
- RASCHE, A. S. Atuação do Enfermeiro Escolar em Projetos de Promoção da Saúde no Ensino Fundamental: O caso da 3° Coordenadoria Regional de Educação no Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008
- RASCHE, A.S.; SANTOS, M.S.S. Enfermagem escolar e sua especialização: uma nova ou antiga atividade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n.4,p.607-610, Aug. 2013. Available from <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-71672013000400022&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-71672013000400022&lng=en&nrm=iso</a>
- RIO DE JANEIRO. P.M.S **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, **2010 2013.**
- \_\_\_\_\_. P.M.S **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, **2014 2017.**
- \_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Secretaria Municipal de Educação. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Básico do PSE Carioca 2015-2016**. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2015.
- LAPAO, Luís Velez *et al.* The role of Primary Healthcare in the coordination of Health Care Networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 713-724, Mar. 2017. Available from http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33532016.
- SANTOS, F. P. dos; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde noestado brasileiro: uma revisão. **Interface**. Botucatu. v. 10 n. 19, 2006.
- SERAPIONI. M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. Vol 85, p. 65-82, Junho 2009.

- SILVA, C.S. **Promoção da saúde na escola**: modelos teóricos e desafios da intersetorialidade no município do Rio de Janeiro. Tese de doutorado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2010; 199p
- SILVA, J. C. et al. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, June 2011. Available from <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-71672011000300026&lng=en&nrm=iso>.accesson 01 May 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300026.
- SILVA, C. S; BODSTEIN, R.C. de A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1777-1788, jun. 2016.
- SILVA, C.S; DELORME, M; CARVALHO, I. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. in: **Apresentação das Experiências** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 304p. (Série Promoção da Saúde; n. 6).
- SILVA, C.S, PANTOJA, A.F. Contribuições da avaliação na identificação de efetividade da promoção da saúde na escola no município do Rio de Janeiro. B. **Téc. Senac: a R. Educ. Prof**. Vol. 35, n. 2: p. 37-49, 2009.
- SOUZA, M. L. B. **Modelo orgânico de avaliação participativa**: construção e aplicação na estratégia saúde da família. Tese (doutorado) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2011.
- WESTPHAL, M.F; MENDES, R. Avaliação participativa e a efetividade da promoção da saúde: desafios e oportunidades. B. **Téc. Senac: a R. Educ. Prof.**, Rio de Janeiro, v. 35, n.2, maio/ago. 2009.
- WANG, L.Y .*et al.* Cost-Benefit Study of School Nursing Services.[online] **JAMA Pediatr**. Vol. 168, n. 7, p. 642-648, May 2014. Disponível em: doi:10.1001/jamapediatrics.2013.5441
- TAMAKI, E. M *et al* . Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 839-849, Apr. 2012. Available from <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232012000400007&lng=en&nrm=iso>">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232012000400007&lng=en&nrm=iso>">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400007
- TEIXEIRA, M.B. e cols. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhorias do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n especial, p. 52-58, out 2014.



TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, jun. 2008. Disponível em <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-76122008000300005&lng=pt&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-7612200800030005&lng=pt&nrm=iso</a>. Acesso em 15 jun. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000300005

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

# **APÊNDICES**

#### APÊNDICE A

# ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS - Reunião de Modelização do PSE Carioca PERFIL DOS GESTORES PARTICIPANTES

Nº do roteiro:			
Data da Entrevista:			
1. Identificação:			
<b>1.1</b> . Idade			
<b>1.2.</b> Sexo: ( ) Masculino			
( ) Feminino			
2. Dados profissionais:			
2.1 Que setor você represen	ta no PSE Carioca?		
( ) Educação	( ) Saúde	(	) Desenvolvimento Social
Ainda atuo no cargo ( ) Te	mpo de atuação nesse car	rgo:	
Se não atuo mais: ano de ini	cio e ano de ter	rmino	
Cargo que ocupa atualmente:			
2.2 Formação:			
2.3. Nível de Formação (M	arque o nível referente	aos curs	sos concluídos)
1.    Graduação	2.    Especialização		
3.    Mestrado	4.    Doutorado 5.	Pós	- Doutorado
Tempo de graduado:			
Especifique sua especializaçã	ío:		

### - Vamos construir o objeto que será avaliado!

- 1) No município, qual problema ou situação problemática, dentro de um contexto histórico LOCAL, gerou a necessidade de criação do PSE?
- 2) Como você avalia o desenvolvimento das atividades do PSE hoje? Quais os ganhos/avanços?

(Pontuar relação da quanti e quali das ações X custos = é possível melhorar a qualidade com menos recursos?)

- 3) As atividades do componente I estão sendo implementadas com a distribuição planejada?
- 4) Quais as mudanças (aumento/redução) que o PSE Carioca pretende alcançar? (Citaremos dois imediatos e dois finais)
- 5) Que fatores (positivos e negativos) podem influenciar o alcance dos resultados? E o que pode ser mudado no contexto local?

(Fatores que não apenas relacionados ao programa!)

6) Quais informações seriam úteis para vocês avaliarem melhor o programa no municipio? Quem poderia melhor responder essa informação?

# APÊNDICE B ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS PERFIL DO GRUPO DE OBSERVAÇÃO NSEC

N°:				
Data da Entrevista:				
1. Dados sociodemográfico	<u>s:</u>			
1.1. Data de nascimento:	//	Idade	_	
1.2. Sexo: ( ) Masculino				
( ) Feminino				
1.3 Formação:				
1.4. Nível de Formação (M	larque o nível refer	ente aos cur	sos concluído	s)
1.    Graduação	2.    Especializaç	ão		
3.    Mestrado	4.    Doutorado	5.    Pós	s- Doutorado	
Tempo de graduado:				
Especifique sua especializaç	ão:			
1.5Que setor você represen	ita no PSE ?			
( ) Educação	( ) Saúde	(	) Desenvolvii	mento Social
Há quanto tempo você atua i	no PSE?			
Tempo de atuação na Ater	nção Primária:			_
Tempo de atuação no NSE	EC:			
CAP que atua:				
CRE que atua:				
CRAS que atua:				

#### Roteiro para Grupo de Discussão

#### Tempo estimado duas horas, ou seja, 8 minutos para cada pergunta!

- \*1) As atividades do componente I estão sendo implementadas com a magnitude e distribuição planejada?
- 2) Na sua opinião, como está sendo a **relação das unidades de saúde com as escolas** do seu território? E qual a participação do enfermeiro de equipe?
- \*3) Na sua opinião quais ações de saúde do PSE que foram ou são relevantes para o seu território e modificaram a realidade local (Cite até três).
- \*4) Na sua opinião, existem problemas no planejamento e acompanhamento das ações de saúde no seu território? Qual ao **principal problema que o NSEC** encontra para **acompanhar as ações** de saúde no território? (Pontuaremos três)
  - \*5) Seriamos capazes de identificar quais as causas desses problemas?
- \*6) Pela sua vivência, quais o<u>s **mecanismos que podem favorecer a participação** da unidade de saúde no PSE? Citaremos até dois.</u>
- \*7) Na sua opinião, quais estratégias podem ser adotadas pela Eqsf para tornar as ações de saúde mais equânime aos segmentos escolares e mais integral à saúde do escolar?
- 8) Como é realizado o levantamento das necessidades do território, para as ações do PSE?
  - 9) Vamos avaliar a proposta de monitoramento do PSE Carioca?Pontuaremos dois pontos fortes e duas fragilidades

#### **APÊNDICE C**

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Resolução nº 466/12 - Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada**: 'Avaliação colaborativa das ações do programa de saúde na escola: proposta de uma atenção à saúde integral do escolar', que tem como **objetivo**: avaliar as ações do componente I do Programa de Saúde na Escola Carioca, realizadas pelas equipes de saúde da família do município. Este é um estudo com abordagem quanti-qualitativa que utiliza o método da Pesquisa-ação.

A pesquisa terá duração de 03 ano(s), com o término previsto para o segundo semestre de 2017. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de grupo focal e a técnica de cartazes. A entrevista será gravada em aparelho de Mp3 ou em fita cassete para posterior transcrição – que será guardada por **cinco** (05) anos e incinerada após esse período. Sr (a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras.** Eventualmente registraremos nossos encontros por meio de fotografias, as quais poderão ser divulgadas sem identificação nominal dos participantes.

Os benefícios relacionados à sua participação será o de ampliar a visão de profissionais da atenção básica sobre a importância do processo de avaliação como rotina, assim como fomentar a temática da avaliação de políticas e programas de saúde. Além de contribuir para o conhecimento científico para a área de Saúde Coletiva e Enfermagem.

Raquel Malta Fontenele (EEAN/UFRJ)	Participante da pesquisa

Os **riscos potenciais** que tentarão ser minimizados serão os de constrangimento durante uma entrevista ou uma observação. Se risco eminente, o pesquisador deverá avaliar a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos os benefícios do melhor regime, conforme Resolução CNS 466/2012.

Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

E-mail: anaineschico@gmail.com	E-mail: rmfontenele@hotmail.com
Cel: (21) 99889-4246	Cel: (51) 8141 - 2333
Pesquisador Principal (instituição)	Doutoranda em Enfermagem
Ana Inês Sousa	Raquel Malta Fontenele

Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228

E-mail: <a href="mailto:cepeeanhesfa@gmail.com">cepeeanhesfa@gmail.com</a>

"O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado."

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

	, de	de
Participante da Pesquisa:		
	(Assinatura)	

# APÊNDICE D CRONOGRAMA E ROTEIRO PARA REUNIÃO DE MODELIZAÇÃO DO PSE

**Projeto de Tese:** Avaliação colaborativa das ações do programa de saúde na escola: proposta de uma atenção à saúde integral do escolar

Doutoranda: Raquel Malta Fontenele (UFRJ) Orientadora: Profa. Dra. Ana Inês Sousa (UFRJ)

### PROGRAMAÇÃO DA REUNIÃO DE MODELIZAÇÃO DO PSE

Reunião com Gestores	LOCAL:	DATA:
Locais sobre a	Sala 813 (8° ANDAR) –	2.11.11
AVALIAÇÃO DO PSE	Secretaria Municipal de	01/10/2015
Carioca	Saúde – Nível Central	
	PROGRAMAÇÃO	
Horário	Atividade	Apoio
	Acolhimento dos	~
14:00 às 14:15	participantes	Colaboradores
	Espessão do Maso poro	
14.15 \$2.14.20	Formação da Mesa para	Colaboradores
14:15 às 14:20	Grupo focal com os	Colaboradores
	gestores presentes	
	Apresentação da proposta	
14:20 às 14:40	de pesquisa, objetivos e	Colaboradores
	apresentação do TCLE	Recursos: Áudio visual /
	para os participantes.	gravação de áudio – MP3
	Discussão do grupo sobre a	Colaboradores e
14:40 às 15:20	AVALIAÇÃO do PSE	Participantes da pesquisa
	Carioca	Recursos: Áudio visual /
		gravação de áudio – MP3
	Encerramento com a	
	elaboração do modelo	
	lógico sobre o programa:	
15:20 às 16:20	Atividades	Colaboradores e
	Metas	Participantes da pesquisa
	Resultados esperados	
	Meios utilizados	Recursos: Áudio visual /
	Ações que provocam	gravação de áudio – MP3
	mudança no território	Envelope com papel A4
	Avaliação sobre a proposta	para resposta escrita
	de monitoramento	
16:20 às 17:00	Encerramento e lanche	Colaboradores
10.20 as 17.00	Enceramento e fancile	Colaboladoles
	l	

#### APÊNDICE E

# PAUTA ELABORADA DE FORMA COLABORATIVA DAS ETAPAS PARA O SEMINÁRIO CENTRAL – NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2015

#### Rio de Janeiro, 22 de novembro de 2015 14:53

#### Mensagem encaminhada via email.

Prezado NSEC,

Nossa próxima reunião será dia 24/11/2015, às nove horas e segue abaixo nossa pauta.

#### 1º MOMENTO: Informes

#### 2º MOMENTO: Discussão sobre avaliação de ações nas áreas

→ Nesta reunião teremos o **objetivo** de discutir o eixo fortalecedor 7.4, sobre planejamento, monitoramento e avaliação, referente a Resolução Conjunta SEGOV/SMS/SME/SMSDS n°1 de 6 de fevereiro de 2015, que institui as diretrizes do Programa Municipal de Saúde na Escola Carioca – PSE Carioca.

Para fortalecer a nossa discussão no dia 24/11 e dá direção na elaboração do relatório de avaliação das ações em suas respectivas áreas, pedimos que leiam atentamente e reflitam sobre os seguintes itens.

#### ITENS PARA DISCUSSÃO EM REUNIÃO DE NSEC DIA 24/11/2015:

- 1 Reuniões periódicas ente as direções e /ou representantes das Unidades Escolares com a direção e/ou representantes da Unidade de Atenção Primária à Saúde e dos CRAS, sob coordenação e supervisão dos NSECs:
  - Quais as datas das reuniões com representantes da Educação, Saúde e Desenvolvimento Social, realizadas no ano de 2015 em cada área?
  - Qual o número de participantes?
  - Quais as secretarias e parceiros que participaram da reunião?
  - Quais as escolas que nunca participaram da reunião? Justificativa
  - Quais as unidades de saúde que tem mais dificuldade de realizar ação?
     Justificativa
  - Relate como acontecem as reuniões com os diretores de escolas/representantes e gestores/representantes de saúde? (Local, periodicidade, grupos envolvidos).
- 2 Reuniões mensais com os NSECs (Representantes SMS, SME e SMDS e parceiros):
  - Quais as datas das reuniões de NSECs realizadas no ano de 2015?
  - Quem participou de cada reunião? E qual secretaria representa?
  - Quais os parceiros que participaram das reuniões?

#### 3 – Implantação da meta do PSE Carioca:

Implantação e Implementação do seguinte indicador para as Unidades de Atenção Primária à Saúde: realização de, no mínimo, uma atividade mensal de promoção de saúde em cada uma das escolas de sua respectiva área de abrangência.

- Qual o percentual de visitas realizadas em 2015 na sua área?
- Qual a perspectiva de alcançar a meta em 2016?
- Que sugestões/ação/possibilidades para atingir, ou se aproximar, da meta?
- Quais as dificuldades encontradas para atingir a meta?
- Como está acontecendo a relação da unidade de saúde com suas escolas de referência?
- Entraves e Facilitadores dessa relação. Sugestões para fortalecer essa relação.

#### 4- Ações desenvolvidas

 Quais as dinâmicas de ação articuladas pelo NSEC? Ex: Formação, Feira de Saúde, Encontros, roda de conversas.

#### 5 - Avaliação do seu território NSEC

• Quais as potencialidades, fragilidades e ameaças da sua área?

#### 6 – Avaliação do Nível Central?

- Avalie o acompanhamento, monitoramento e avaliação do nível central?
- Sugira algumas sugestões para organização e metodologia para as reuniões de NSEC para 2016.

#### <u>3º MOMENTO: INFORMES</u>

- → Solicitamos que sejam pontuais;
- → Com base na discussão do grupo que será no próximo dia 24/11/2015, deverá ser elaborado o relatório de avaliação com base nos itens supracitados, ou seja, um relatório respondendo estes itens. Este deverá ser entregue por cada NSEC, via email, até dia 10/12/2015;
- → A <u>reunião de dezembro 2015 será no dia 15 última reunião do ano</u> e teremos um momento de apresentação dos itens supracitados com 15 min para cada NSEC e logo após será nossa confraternização.
- → Para a nossa confraternização, solicitamos que cada um traga uma delicia natalina.

#### INFORME SOBRE A PACTUAÇÃO 2015/2016

#### **APÊNDICE F**

# CRONOGRAMA E ROTEIRO PARA O SEMINÁRIO CENTRAL – REUNIÃO DE AVALIAÇÃO

**Projeto de Tese:** Avaliação colaborativa das ações do programa de saúde na escola: proposta de uma atenção à saúde integral do escolar

Doutoranda: Raquel Malta Fontenele (UFRJ) Orientadora: Profa. Dra. Ana Inês Sousa (UFRJ)

## **PROGRAMAÇÃO**

Reuniãosobre a	LOCAL:	DATA:
AVALIAÇÃO DO PSE	Auditório(8º ANDAR) –	
Carioca	Secretaria Municipal de	15/12/2015
	Saúde – Nível Central	
	PROGRAMAÇÃO	
Horário	Atividade	Apoio
	Acolhimento dos	
09:00 às 09:15	participantes	Colaboradores e
	- Informes	Participantes da pesquisa
09:15 às 11:30	Apresentação de cada	Colaboradores e
	Nucleo de Saúde na Escola	Participantes da pesquisa
	e na Creche (NSEC)	,
		Recursos: Áudio visual
	Discussão do grupo sobre a	Colaboradores e
11:30 às 12:00	AVALIAÇÃO do PSE	Participantes da pesquisa
	Carioca	Recursos: Áudio visual /
		gravação de áudio – MP3
12:00 às 13:00	Encerramento e lanche	Colaboradores

## **APÊNDICE G**

# DISTRIBUIÇÃO CRONOLÓGICA DAS REUNIÕES LOCAIS – FASE EXPLORATÓRIA

**Titulo da pesquisa:** AVALIAÇÃO COLABORATIVA DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA - Proposta de uma atenção à saúde integral do escolar COLETA DE DADOS – REUNIÃO NSEC MÊS DE OUTUBRO/NOVEMBO

NSEC	DATA DA REUNIÃO	OBSERVAÇÃO
NSEC 01	09/10/2015 AS 13:30 horas	
NSEC 02	24/11/2015 Às 14 horas	A coleta foi realizada meia hora antes de uma reunião com os gerentes de Unidades de Saúde e apoiadores do PSE, como o Dente-Escola.
NSEC 03	06/19/2015 As 09:00 horas	
NSEC 04		Área não visitada
NSEC 05		Área não visitada
NSEC 06		Área não visitada
NSEC 07	30/11/2016 Segunda – às 09:00 horas	FORÚM DE DISCUSSÃO sobre o pse no território Estavam presentes Diretores de Unidades Escolares
NSEC 08	13/11/2015 Às 13:30 horas	
NSEC 09	19/10/2015 As 10 horas	
NSEC 10	05/10/2015 As 10 horas	
NSEC11	13/11/2015 Às 10 horas	

#### **APÊNDICE H**

### PROGRAMAÇÃO PARA O I ENCONTRO DO ANO DE TERRITÓRIO

PSE CARIOCA - Território B

**Público-alvo:** Diretores das Unidades Escolares, Gerentes e Diretores de Unidades de Saúde e representantes da Coordenação Regional Assistência Social e CREAS.

#### Objetivo do encontro:

- Fortalecer e estreitar vínculos entre os profissionais de Educação, Saúde e Desenvolvimento social no território para a execução das ações de saúde na escola
- Fortalecer a rede de contatos e parcerias
- Planejar as reuniões locais e as ações de saúde na escola para primeiro trimestre de 2016.

#### PROGRAMAÇÃO DO ENCONTRO

I ENCONTRO DE	LOCAL:	DATA:
TERRITÓRIO DE 2016 –	Auditório da CRE	20/02/20/
PSE CARIOCA	PROGRAMA GTO	29/02/2016
	PROGRAMAÇÃO	
Horário	Atividade	Observações
	Acolhimento dos	
08:00 às 08:15	participantes	
	Equipe de Educação em	<ul> <li>Mobilização no combate ao</li> </ul>
08:30 às 08:40	Saúde	Mosquito Aedes;
		- Discussão sobre a
		permeabilidade dos espaços
		escolares pelas Equipes de Saúde
		e Desenvolvimento Social
	Orientações sobre a	
08:40 às 09:00	Campanha Nacional de	Informes
	Vacinação do HPV.	
		- Saúde Auditiva e Saúde Ocular
09:00 às 10:20	Discussão sobre os	<ul> <li>Avaliação Antropométrica</li> </ul>
	TEMAS PRIORITÁRIOS	
	para 2016	
	Lembrar de discutir o quantitativo	
	de atividades no segundo trimestre	Organizar pactuar a antroger as
10:30 às 11:50	Mamanta para disayas	- Organizar, pactuar e entregar as datas de reuniões locais
10.50 as 11.50	Momento para discussão e	uatas de fedifiões focais
	planejamento do 1º trimestre	Discoutir a immentância de
	unnestre	- Discutir a importância do
		acompanhamento dos casos
11.50 >- 12.00	E	
11:50 às 12:00	Encerramento	

**ANEXOS** 

# ANEXO A AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Rua Evaristo da Veiga, 16 – sobreloja – Centro Rio de Janeiro, CEP: 20.031-040 Tel: (21) 2215-1485

#### Comitê de Ética em Pesquisa/SMS-RJ

Termo de Autorização da Superintendência de Promoção da Saúde – Programa de Saúde na Escola

Autorizo o pesquisador <u>Requil Mouta Foranull</u>, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado 'Avaliação participativa das ações do programa de saúde na escola: Proposta de uma atenção à saúde integral do escolar', e sua equipe a utilizarem os registros das ações de saúde (componente I) referente ao Programa de Saúde na Escola Carioca — PSE Carioca, participando das reuniões dos Núcleos de Saúde e Educação na Escola (NSCE's) e Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI-M) como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pela Direção da Unidade e por este CEP/SMS- RJ — como coparticipante e CEP HESFA/EEAN como instituição proponente.

Rio de Janeiro, 03 / 07 / 2015

Roquel Malta Fonance

Assinatura do Pesquisador Responsável

missocietto

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

MARIA CRISTINA BOARETTO Superintendente Superintendence de Proteculor de Saude Matricolo et 11/450/851-2

Comité de Ética em Posquisa da Secretaria Municipal de Saúde Rua Evanisto da Veiga, 16 « Sobreloja » Centro Rio de Janeiro CEP 20031-340 E-mai: <u>paparra@no.n.gov.ts</u> » Site: site: http://www.nio.nj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pe

#### **ANEXO B**

#### PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP HESFA/UFR.I



### ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -HOSPITAL ESCOLA SÃO



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA

Pesquisador: RAQUEL MALTA FONTENELE

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 46890515.8.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.200.997

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de avaliação em saúde voltada para análise de produção de iniciativas de programas de promoção da saúde, voltada para saúde do escolar. Será adotada a abordagem qualitativa e pretende-se utilizar o método Pesquisa-ação. Escolha esta feita para atingir os objetivos e a fim de promover a participação dos atores envolvidos no processo de monitoramento e avaliação das ações do programa saúde na escola e tentar transformar esse processo uma prática cotidiana das equipes de saúde da familia.

#### Objetivo da Pesquisa:

Obletivo Primário:

Avallar a amplitude das ações do componente i do Programa de Saúde na Escola Carloca, realizadas pelas equipes de saúde da família do município no Río de Janeiro.

Objetivo Secundário:

Descrever as ações do componente I, realizadas pelos enfermeiros da equipe de saúde da familia;
 Analisar a amplitude das ações do componente I que são desenvolvidos pelas equipes de saúde da familia responsáveis pelo território da escola;
 Propor estratégias, de forma colaborativa, para o planejamento e execução de ações de saúde integral à saúde do escolar, auxiliando o enfermeiro de EqSF;

Enderego: Rua Afonso Cavalcanti, 275

airro: Cidade Nova CEP: 20.211-110

UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeearhesfa@gmail.com



#### ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.200.997

#### Availação dos Riscos e Beneficios:

#### Riscos

Os riscos potenciais, que tentarão ser minimizados, serão os de constrangimento durante uma entrevista ou uma observação por conta do cargo que ocupam.

#### Beneficios:

O beneficio relacionado à sua participação será o de ampliar a visão de profissionais da atenção básica sobre a importância do processo de availação como rotina, assim como fomentar a temática da availação de políticas e programas de saúde. Além de engradecer o conhecimento científico para a área da Saúde Coletiva e de Enfermagem.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa bem elaborado e tema pertinente e de relevância.

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

Todos apresentados corretamente.

#### Recomendações:

Sem recomendações.

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

Projeto em condições de ser aprovado.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O Comité de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 25 de agosto de 2015. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Piataforma Brasil para uma futura availação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Piataforma Brasil.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Autorização da Prefeitura - Superintendencia de Promocao da Saúde odf	03/07/2015 14:17:35		Acelto
Outros	carta de apresentação_julho.pdf	03/07/2015 16:27:52		Acelto

Enderego: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110

UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeeanhesfe@gmail.com

Pégina 02 de 03



# ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.200.997

Folha de Rosto	folhaDeRosto (1).pdf	03/07/2015 16:26:42	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Doutorado_19 de junho_completo.docx	03/07/2015 16:48:48	Acelto
	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO 549223.pdf	03/07/2015 17:10:37	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE C - TCLE atendendo pendeclas_cep.pdf	17/07/2015 10:22:10	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Doutorado_17 de julho_completo.docx	17/07/2015 10:23:48	Acelto
	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 549223.pdf	17/07/2015 10:24:57	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

RIO DE JANEIRO, 26 de Agosto de 2015

Assinado por: Maria Aparecida Vasconcelos Moura (Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cevalcanti, 275 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110

UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com

ANEXO C

Descrição do componente I do PSE pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL - DAB, 2015)

	LINHA DE AÇÃO/ TEMA	NIVEL DE ENSINO	ESSENDAL		AÇÃO	HETA PACTUADA/ UNIDADE GE HEDIDA	DA AÇÃO COM OS HESMOS EDUCANDOS	INDICADORES PARA RELATORIOS	MEGISTRES	
		Owle	586				Dame ex	* Ni de aducantes analisates em religõe ao total de participate. *Ni de estudandos com RVC évalespado (magracia e magracia acentrado; e (Occativido e obseidado (2000).		
	Analisajan antropometrija	Products	SAM	Assitive analogies responsible, utiliza	Nacious another; in rectains recommend year meso do ar- impomente, utilizando e Indias de Masse Carpenet (MCC) des a des a	Nation on advanceires don releate de arraine particular acudition dos no particular de 12 mesos	Una sej as any	N de elizardos audados en relaçõe se total de particados. N de admirados con RM, inalizquado (magrana e magrana arentuado; e (obsentado e obsentado grana).	"20 - Antingomentia 6-4clinia"	
2		TO DATE OF	(M				lime as as and	N de ottocardos audiente em relação se total de portuedos. No de educardos com RMC inseleguado (inspreto e magratiu asentuado; a (infestidade e obraticido presis).		
	Ventilacção de strucção restrui	Quite	Sas		do de altrugido vacinal das educandos não para atradização na nela de saích	dos no periode de	ha ma en	Note education evaluates are reliable as a fatul de particulation.     Note education con situate de aftereglatificative	Imuminajio Danala 2 (\$ 6.60%)	
H	- 2	Medauta SV OW LIA	SM:			10 mass	Uma mil as ann	drausis) derire in elecardos acaliados."		
COMPONENTE				heat do show		Todas in education dos receis	time set at any	* 6 de educandos cualisdos em relação se tend de partuados. No de educandos com imais de afluenção (incressi- dade de ruitado em acode fucial) dentre os estu- nandos cualidades.*	"15 - facide threat Contract"	
4	Seem Russi	Toda	SAU .	das a stamption dust apresentant temperature de	Apticação Tópica de Miser	de erains partuelre avalide- des no pertudo de 10 meses.	De positio con o cinero da equipa, conforme puellegia- de sacida busal realizada	% de aplicaçõe em educandos em relaçõe ao lotal de de educandos particados	"EF - Aphração Highia de Tio GRIGAR"	
A				hald an such	Batringlis Serial Supervisionada (di- ndu e Indiana)		"Dominion on one blinds."	% de extrandos institutos em religido es total de de educandos pulturados	"St dispeagle brotid agentes nada Louissa"	
Σ		Oadle	SM		com as past or a criumpa material trial		he em e es	"Ni de aducandos que arallados quento à nadica- ção de tede dentre os partuados. Ni de aducandos que não malcariam o tada em		
8	Salake Osuker	Privatella	SMI	DESCRIPTION OF THE	s de como y la filación de la colonga que s aflecido forum encaminhada para	Language property and a	lime sec an ann	- Si de electronice que hat managem e la terra se relação a retural de administração participados. - No de educandos encueronificados para a 1855 para restinação. - Se tanta	* 00 shouldede should	
		DEWEN	SAM	Analizar tieta de la	-	TO meson	(Impres) as and Subs	Y Si de estudandos acultadas em refução ao total de parturados. No de estudandos com umais de aflaração (herenos dudes de ruintado em usodo ocular) em refução para enformados acultados.		
	Saids Audilles	Oade	140		in de responsivaleur a criança realisme Teste da craftoria ") na matemidista a	Todas os educandos dos meios de ensirio partuados analida-	No extracto do crienço no creche	* No de educandos anolados em religios se total de participalite. No de educandos com cinario de aflunções (hecusas	Notice will be being 2	
	10000000	Promoter IV	NA0		for con positive strate de comprome-	Sin ne parteto de 10 mases	United and any array	Sada de codado em saobe auditival en relação aos enumeiros avallados."	LUMA"	
	Communication of the Landson of the	Privately IV SMI(A)	sio	ste limpuagent ond fonológica na fala	des com positivité sinuit de alterações e escrita, tats cione fracce familicad e preficincia ha escrita, elemições ha catha, alterações ha qualidade cesul.	MAN OR AND ADDRESS	-	A. de observable audicide on religio en total de particulas.  Se de observable con sinale de alteração en religio estados as electroniste con religio estados.  Totalos de observable audicides.	"Sesanoskimente de Unguagen Service J.Sp. 6-505648"	
	transfiliusjän de presivet diset relatorados de Doença Sagligendadas e am Elizoração	ENEMBER	são	alentos na região quietosomos, per	origis de deserçai regiliperatadas pres- fluraminas, tuberculose, malaris, es- abellaminas, fluorenoi dissilibrando relabilipas lesais e propor recibiles de de.	fundamental a middle partue- dox	Unio no as ano	* No de principantes positivates em relações por total de particulate. Se confunciates com sinais de aflerações (sinais de decriças regispanciadad) em relações ana educar- das arelações.*		

#### ANEXO D

Modelo Piloto da Ficha de Registro Único das ações – PSE Carioca - Ficha De Registro De Ações Do Pse Carioca (RIO DE JANEIRO, 2015)



#### GLOSSÁRIO DA FICHA DE REGISTRO DE AÇÕES DO PSE CARIOCA

	CÓDIGO - 3) ACÃO REALIZADA
110	Avaliação ANTROPOMÉTRICA
121	SAÜDE BUCAL: Avaliação
122	SAÚDE BUCAL: Aplicação Tópica de Flúor
123	SAÚDE BUCAL: Escovação Dental Supervisionada
124	SAÚDE BUCAL: Entrega de Kit de Higiene Bucal
	SAÜDE BUCAL: Ações de educação em saúde
	SAÜDE BUCAL: Tratamento Restaurador Atraumático
	Avaliação PSICOSSOCIAL
	SAÜDE OCULAR: Avaliação
	SAÚDE OCULAR: Ações de educação em saúde
	Verificação da SITUAÇÃO VACINAL
	SAÚDE AUDITIVA: Avaliação
_	SAÜDE AUDITIVA: Ações de educação em saúde
171	DESENVOLVIMENTO DE LINGUAGEM: Avaliação
172	DESENVOLVIMENTO DE LINGUAGEM: Ações de educação em saúde
181	AGRAVOS À SAÚDE NEGLIGENCIADOS E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO*: Avaliação
182	AGRAVOS À SAÚDE NEGLIGENCIADOS E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO*: Ações de educação em saúde
	Promoção da SEGURANÇA ALIMENTAR e promoção da ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
	Promoção da CULTURA DE PAZ e DIREITOS HUMANOS
231	Promoção da SAÚDE MENTAL no território escolar: criação de GRUPOS INTERSETORIAIS de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI
232	Promoção da SAÚDE MENTAL no território escolar: criação de GRUPOS DE FAMÍLIAS SOLIDARIAS para encontros e trocas de experiências, com mediação da creche/escola e/ou saúde
233	Promoção da SAUDE MENTAL no território escolar: criação de GRUPOS ENTRE PARES para fomento e estímulo ao protagonismo de adolescentes e jovens para ladministrar conflitos no ambiente escolar
241	Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): DIREITO SEXUAL E REPRODUTIVO e PREVENÇÃO DE DST/AIDS
	Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL, TABACO, CRACK E OUTRAS DROGAS
243	Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): formação de JOVENS MULTIPLICADORES para atuar entre pares nas temáticas de DIREITO SEXUAL E REPRODUTIVO e PREVENÇÃO DE DST/AIDS
250	Promoção das PRÁTICAS CORPORAIS, ATIVIDADE FÍSICA e LAZER nas escolas
	Promoção da SAUDE AMBIENTAL e DESENVOLVIMENTO SUSTENTAVEL
270	Prevenção das VIOLÊNCIAS e ACIDENTES
280	Promoção da GARANTIA DE DIREITOS
	FORMAÇÃO de profissionais em VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
320	FORMAÇÃO de profissionais para trabalhar com as temáticas de promoção da ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
	FORMAÇÃO de profissionais para trabalhar com DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS e PREVENÇÃO DAS DST/AIDS
	FORMAÇÃO de profissionais para trabalhar com PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL, TABACO, CRACK E OUTRAS DROGAS
	FORMAÇÃO de profissionais para PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS
	FORMAÇÃO de profissionais sobre DESENVOLVIMENTO INFANTIL
	FORMAÇÃO de profissionais para desenvolverem AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS
	FORMAÇAO de profissionais para GESTAO INTERSETORIAL DO PSE
_	r agravas à saúda peglipanciados o dospeso em eliminação, entendo se dospeso como Hansaniaso. Tuberquiaso, Dengua, Tracomo, Dergaltosos Intestinais

<sup>\*</sup> Por agravos à saúde negligenciados e doenças em eliminação, entende-se doenças como Hanseníase, Tuberculose, Dengue, Tracoma, Parasitoses Intestinais, ...

#### GLOSSÁRIO DA FICHA DE REGISTRO DE AÇÕES DO PSE CARIOCA

#### CÓDIGO - 4) RESPONSÁVEL(IS) POR DESENVOLVER(EM) A AÇÃO

- 1 Profissional(is) de Saúde
- 2 Profissional(is) de Educação
- 3 Profissional(is) de Desenvolvimento Social
- 4 Outro(s) parceiro(s)

#### CÓDIGO - 6.2) Categoria(s) do(s) PROFISSIONAL(IS) DE EDUCAÇÃO responsável(is) pela ação

- 1 Professor regente de turma
- 2 Professor regente de sala de leitura
- 3 Coordenador pedagógico
- 4 Diretor adjunto 5 Diretor
- 6 Funcionários de apoio
- 7 Funcionários administrativos
- 8 Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas (PROINAPE)
- 9 Profissional da CRE
- 10 Outros

#### CÓDIGO - 7) PÚBLICO(S)-ALVO(S) da ação

- 1 Alunos
- 2 Responsáveis dos alunos
- 3 Profissionais da escola: professores
- 4 Profissionais da escola: outros profissionais
- 5 Comunidade

# CÓDIGO - 9) NÍVEL DE ENSINO dos alunos que foram público-alvo da ação

- 1 Creche
- 2 Pré-escola
- 3 Ensino Fundamental
- 4 Ensino Médio
- 5 Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- Não se aplica (para ações que somente envolveram responsáveis dos alunos e/ou profissionais da escola)

CÓDIGO - 10) Esta atividade foi feita na SEMANA SAÚDE NA ESCOLA, SEMANA DO AUTOCUIDADO NAS ESCOLAS, SEMANA DA EDUCAÇÃO INFANTIL ou EXPOPEJA?

- 1 Não
- 2 Semana Saúde na Escola
- 3 Semana do Autocuidado nas Escolas
- 4 Semana da Educação Infantil
- 5 EXPOPEJA

Para o preenchimento desta ficha, utilize o "Instrutivo de Registro de Ações do PSE Carioca para Diretores das Unidades Escolares".

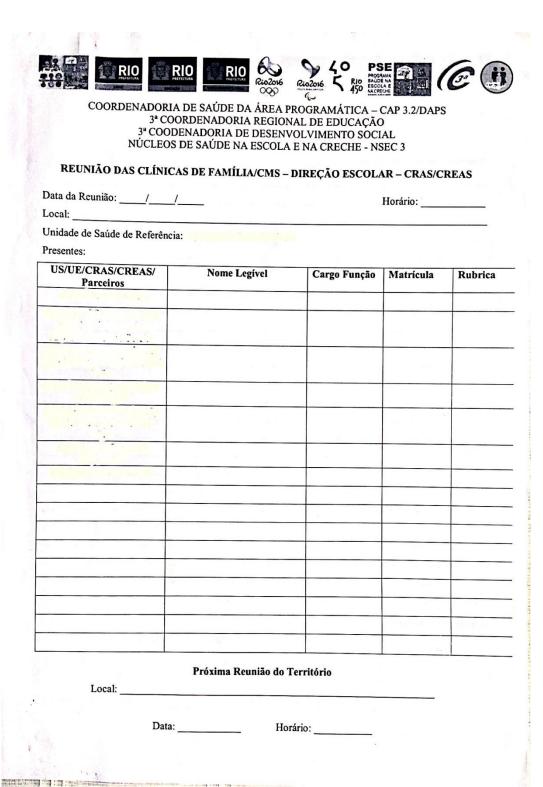
#### FICHA DE REGISTRO DE AÇÕES DO PSE CARIOCA - PARTE 1

		3) AÇÃO(ÕES)	4) RESPON SÁVEL(IS)	PONS	OFISSIO SÁVEIS IÇÃO	NAIS PELA	6) DETALHES DOS PRO	FISSIONAIS QUE [	DESENVOLVERAM A AÇÃO	7) PÚBLI
N	2) DATA	3) AÇÃO(ÕES) REALIZADA(S)	PELA	5.2) SME	5.3) SMDS	5.4) OU- TROS	6.1) EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA/UNIDADE DE SAÚDE	6.2) CATEGORIA PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO	6.3) OUTRO(\$) PARCEIRO(\$)	CO(S)- ALVO(S)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

	8) N	ÚMERO	DE PARTI	CIPANTES DA	AÇÃO	9) NÍVEL	10) Realiza- ção no	
N	8.1) ALU R NOS	8.2) RESPON- SÁVEIS	8.3) PROFES- SORES		8.5) COMU- NIDADE	DE ENSINO	âmbito de	11) OBSERVAÇÕES
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

#### **ANEXO E**

Modelo proposto de ata (para registro de presença e pactuação) das reuniões locais entre os equipamentos envolvidos nas ações do PSE Carioca. Rio de Janeiro, fevereiro 2015



# Modelo proposto de ata das reuniões locais entre os equipamentos envolvidos nas ações do PSE Carioca. Rio de Janeiro, fevereiro 2015

		de Saúde de Refer			
	10 V	Data da Reuniao:		<del>-</del>	
Assuntos Tratac	dos/Planejados:				
2 - 1	1, 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Consideration of	13 (-17) - 180		
•					
				4.0	
		2			cont. Ig
			1	31.4	
					E
-				1000	
				lig e	entre la
					N/
(*)					e Sec
-					
			_		
Rubrica dos pr	esentes:				
(2) 12 min	60 . 12 m	CF	CRAS	CRAS	
32.000					

# ANEXO F PAUTA DA REUNIÃO DE PLANEJAMENTO DA EXECUCAO DO PLANO DE AÇÃO, Território B. Rio de Janeiro, fevereiro de 2015.

Reunião - Fevereiro/2016 Data: 03/02/2016 Local: Otics Início: 9 horas em ponto Término: 13 horas e 30 minutos (previsão) Objetivo: Organização do trabalho do NSEC em 2016. - Horário: 9h às 10h30min - Calendário 2016 a) Ajustes na Ata de Reunião de territórios; b) Agendamento das datas das reuniões do NSEC em 2016; c) Divisão do território por áreas; d) Agendamento das reuniões por áreas (para divulgação no dia 29/02). Períodos: jan/fev/mar (29/02/2016 geral) abr/mai/jun: Semana de Saúde na Escola (abr), Semana de Alimentação Escolar (mai), Mês do autocuidado (jun); jul/ago/set: Multivacinação, Polio, HPV; out/nov/dez - Horário 10:30 às 13:30 - Reunião do dia 29/02/2016 a) Divisão dos grupos; b) Convite; c) Definição da pauta e tempo; d) Referenciamento site Onde Ser Atendido? e) Sugestão de temas: Planejamento imediato e agendamento de data de reuni\u00f3es anuais; Vacinação do HPV; Calendário Saúde/Educação, Avaliação Antropometria; Importância do planejamento do 1º trimestre (Campanhas Minha Cidade sem mosquito; Carioca saudável, carioca sustentável; mês do autocuidado; ARRASE).

#### ANEXO G

# ARTIGO CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO DO PSE

Gmail - Saúde em Debale - Confirmação de recebimento de artigo



Raquel Fontenele <raquel.ufrj.eean@gmail.com>

#### Saúde em Debate - Confirmação de recebimento de artigo

Revista Saúde em Debate <revista@saudeemdebate.org.br>
Responder a: Revista Saúde em Debate <revista@saudeemde
Para: raquel.ufrj.eean@gmail.com

30 de abril de 2016 20:45

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - ISSN 0103-1104







Seu trabalho CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO PARTICIPATIVA DO MODELO LÓGICO DO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA foi recebido com sucesso.

Ele será encaminhado à Comissão Científica para análise e seleção. Você poderá acompanhar o status da avaliação de seu trabalho através de sua área restrita, informando o login e a senha de acesso, que você cadastrou no momento de seu registro.

Atenciosamente. Revista Saúde em Debate

Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - ISSN 0103-1104

Av. Brasil, 4036 - Sala 802 - Manguinhos - 21040-381 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: [21] 3882-9140 e [21] 38829141 - FAX.: [21] 2280-3782 - revista@saudeemdebate.org.br

Todos os direitos reservados para CEBES - Desenvolvido por Zanda Multimeios da Informação

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=28ik=2c499468778/view=pf8q=saude%20em%20debafe8qs=true&search=query&msg=15469902681428198simi=154... 1/1

Submetido em 30 de abril de 2016.

Aceito para publicação em 16 de setembro de 2016.