



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**ELIABE RODRIGUES DE MEDEIROS**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA  
ESCOLA NO MUNICÍPIO DE NATAL**

**NATAL  
2017**

ELIABE RODRIGUES DE MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DO GRAU DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA  
ESCOLA NO MUNICÍPIO DE NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Dra. Erika Simone Galvão Pinto.

**Área de Concentração:** Enfermagem na Atenção à Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Enfermagem na Vigilância à Saúde.

NATAL  
2017

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN  
Sistema de Bibliotecas – SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN – Biblioteca Setorial Bertha Cruz Enders  
Escola de Saúde da UFRN - ESUFRN

Medeiros, Eliabe Rodrigues de.

Avaliação do grau da implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Natal / Eliabe Rodrigues de Medeiros. - 2017.

78 f.: il.

Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2017.

Orientadora: Profa. Dra. Erika Simone Galvão Pinto.

1. Saúde - Dissertação. 2. Educação - Dissertação. 3. Saúde Escolar - Dissertação. 4. Avaliação de Serviços de Saúde - Dissertação. I. Pinto, Erika Simone Galvão. II. Título.

RN/UF/BS-Escola de Saúde

CDU 61:37

ELIABE RODRIGUES DE MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DO GRAU DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA  
ESCOLA NO MUNICÍPIO DE NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 18/12/2017

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Erika Simone Galvão Pinto (Presidente)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka  
Universidade de São Paulo

---

Profa. Dra. Nilba Lima de Souza  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Profa. Dra. Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dedico este trabalho aos que lutam incansavelmente pela efetivação do Sistema Único de Saúde.

## AGRADECIMENTOS

Ao Deus Criador, por dar-me a possibilidade de realizar esse sonho e continuamente suprir todas as necessidades.

Aos meus pais, José Benedito de Medeiros e Anete Rodrigues de Medeiros, pela confiança, amor e apoio em todos os momentos desta caminhada.

Aos meus amados irmãos, Davi Rodrigues de Medeiros e Salatiel Rodrigues de Medeiros, por sempre acreditarem em meus sonhos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Erika Simone Galvão Pinto, por ter confiado em mim, apoiado este trabalho e pela imensidão de conhecimentos compartilhados.

À Profa. Dra. Paula Fernanda Santos por auxiliar-me na concepção deste estudo e pela oportunidade de iniciar os primeiros passos na pesquisa.

À Profa. Dra. Nilba Lima e ao Prof. Dr. Oswaldo Tanaka pelas contribuições na banca de apresentação e ao Prof. Dr. Zenewton Gama pela participação na qualificação.

À Profa. Dra. Clélia Simpson pelo acolhimento e incentivo à execução deste trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRN e demais professores pelas oportunidades e contribuições na minha formação e construção deste estudo.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico por financiar a bolsa de mestrado.

Ao Grupo de Pesquisa em Tuberculose da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e ao Grupo Interdisciplinar de Estudos e Avaliação de Políticas Públicas pelo aprendizado proporcionado em cada um dos seus encontros.

À Alany Paiva, Camila Priscila, Danielle Cruz, Jessica Neres, Lígia Holanda, Manoelle Fernandes, Rayla Andrade e Vivianne Nascimento pela ajuda na coleta de dados.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família do Município de Natal por disponibilizarem-se a participar da pesquisa.

À Cristiane Rocha pela amizade incomparável que certamente contribuiu na superação dos obstáculos encontrados com um nível menor de dificuldade.

À Amanda Barbosa, Cintia Galvão, Kadyjina Lúcio, Jessika Costa, Renata Clemente e Romeika Sena por compartilharem os momentos desta jornada na pós-graduação.

Aos demais familiares e amigos que de alguma forma contribuíram com a construção desta pesquisa.

Meu muito obrigado!

*A mente que se abre a uma nova ideia jamais  
voltará ao seu tamanho original.*

**Albert Einstein**

## RESUMO

MEDEIROS, E. R. **Avaliação do grau da implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Natal**. 2017. 78 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

O Programa Saúde na Escola propõe a execução de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos estudantes da educação básica com a finalidade de contribuir com a formação integral. Objetivou-se avaliar o grau da implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Natal. Estudo de apreciação normativa, de abordagem quantitativa com etapa de pesquisa metodológica e outra de pesquisa avaliativa do tipo avaliação do grau da implantação. O cálculo amostral definiu que participariam 144 profissionais em 24 unidades, distribuídos igualmente entre as categorias profissionais (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar em enfermagem, agente comunitário de saúde, odontólogo e auxiliar ou técnico em saúde bucal) sem reposição. Prezando pela representatividade dos dados em todo o município, preconizou-se que a amostra fosse distribuída proporcionalmente ao quantitativo de Unidades de Saúde da Família em cada distrito sanitário. Utilizou-se um questionário estruturado, construído a partir das normatizações do programa, composto por questões fechadas e organizadas em dimensões estrutura e processo. A coleta de dados aconteceu de maio a julho de 2017. Os dados foram analisados através da estatística descritiva através do *IBM SPSS Statistics Base 22.0*. Para identificar o grau da implantação foram elegidos 13 critérios. O percentual de respostas identificadas foi distribuído em quatro classificações correspondentes ao seu grau da implantação: totalmente implantado (76% a 100%) parcialmente implantado (51% a 75%), implantação incipiente (26% a 50%) e não implantado (0% a 25%). Seguiu-se a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde tendo o estudo aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte mediante parecer 2.064.901. O modelo lógico permitiu compreender a organização e funcionamento do Programa Saúde na Escola e subsidiou seu processo de avaliação. Dos 144 profissionais selecionados na amostra, 28 não participavam das atividades de saúde escolar, sete recusaram e quatro estavam ausentes durante a coleta de dados, resultando em 105 participantes. A partir das respostas obtidas foi possível avaliar o grau da implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Natal/RN. A intervenção apresenta implantação incipiente (33,23%), classificação também encontrada nas dimensões estrutura (29,39%) e



processo (34,94%). Os recursos financeiros e infraestruturais, Semana Saúde na Escola, atividades de avaliação clínica e psicossocial e de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos foram avaliados como não implantados. Os recursos humanos e materiais, reuniões de planejamento da gestão municipal, nível de ensino das escolas, atividades de formação dos profissionais e educação permanente e registro e monitoramento de informações mostraram implantação incipiente. O agendamento das atividades foi avaliado parcialmente implantado. As reuniões de planejamento no território apresentaram-se totalmente implantadas. O modelo lógico possibilitou compreender a organização estrutural, atividades e resultados do Programa Saúde na Escola e subsidiou seu processo de avaliação. O programa apresenta implantação incipiente em Natal. Faz-se necessário que os recursos sejam disponibilizados para atender as necessidades do programa, que haja a articulação entre a gestão e os profissionais e que os processos de capacitação sejam intensificados.

**Palavras-chave:** Saúde. Educação. Saúde Escolar. Avaliação de Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

MEDEIROS, E. R. **Evaluation of the degree of implantation of the Health in School Program in the Municipality of Natal.** 2017. 78 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Postgraduate Program in Nursing, Health Sciences Center, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

The Health School Program proposes the execution of actions of prevention, promotion and attention to the health of the students of the basic education with the purpose of contributing with the integral formation. The objective was to evaluate the degree of implementation of the Health School Program without Natal Municipality. Study of normative assessment, quantitative approach with stage of methodological research and other research available for evaluation of degree of implantation. The sample calculation defined that 144 professionals participate in 24 units, equally distributed among professional categories (doctor, nurse, technician or auxiliary in nursing, community health agent, dentist and auxiliary or technical in oral health) without replacement. Predicting the representativeness of data throughout the municipality, it was recommended that a sample be distributed proportionally to the quantitative of Family Health Units in each health district. A structured questionnaire was constructed, based on the program's regulations, composed of closed questions organized in structure and process dimensions. A data collection took place in May and July 2017. Data were analyzed through descriptive statistics using the IBM SPSS Statistics Base 22.0. To identify the degree of implementation of elected 13 criteria. The percentage of responses identified was distributed in four classifications corresponding to their degree of implantation: totally implanted (76% to 100%) partially implanted (51% to 75%), incipient implantation (26% to 50%) and not implanted (0% to 25%). Follow Resolution 466 of 2012 of the National Health Council or study approved by the Research Education Committee of the Federal University of Rio Grande do Norte through opinion 2.064.901. The model has to do with the organization and functioning of the Health School Program and subsidized its evaluation process. Of the 144 professionals selected in the sample, 28 did not participate in school health activities, seven recruited and four servers in the data collection, resulting in 105 participants. Based on answers obtained for the evaluation of the degree of implantation of the Health School Program without Municipality of Natal/RN. The intervention presents incipient implantation (33,23%), classification also found in the dimensions structure (29,39%) and process (34,94%). Financial resources and infrastructures, Health Week at School, activities

of clinical and psychosocial evaluation and health promotion, prevention of diseases and diseases related to those not implanted. Human and material resources, municipal management planning meetings, school education, people training activities and continuing education and registration and information on the implementation of the incipient implant. The scheduling of activities for partially implemented evaluation. As non-territory planning meetings were fully implemented. The logical model made possible a structural structure, activities and results of the Health School Program and its evaluation process. The program presents incipient implantation in Natal. It is necessary for resources to be made available to meet as needs of the program, that there is a link between a management and the professionals and training processes are intensified.

**Keywords:** Health. Education. School Health. Health Services Research.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Componentes do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017 .....	23
<b>Figura 2</b> – Avaliações de processo, implementação e implantação – Natal – 2017 .....	27
<b>Quadro 1</b> – Caracterização das variáveis (dimensões, critérios e itens) elegidas para avaliação do grau da implantação do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017 .....	36
<b>Figura 3</b> – Critérios utilizados para avaliar o grau da implantação do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017 .....	39
<b>Figura 4</b> – Modelo lógico do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017 .....	42

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização do processo de amostragem – Natal – 2017 .....	35
<b>Tabela 2</b> – Dimensões e critérios eleitos para avaliação do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017 .....	38
<b>Tabela 3</b> – Caracterização dos participantes da pesquisa – Natal – 2017 .....	44
<b>Tabela 4</b> – Classificação do grau da implantação do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017 .....	46
<b>Tabela 5</b> – Distribuição dos itens e graus de implantação identificados na avaliação do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017 .....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
IST/Aids	Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Aids
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
SPE	Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
GTI	Grupos de Trabalho Intersetoriais
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
e-SUS/AB	e-SUS Atenção Básica
SIMEC	Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
APS	Atenção Primária à Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
DS	Distritos Sanitários
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UM	Unidade Mista
eSF	equipe de Saúde da Família
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	20
3.1 AÇÕES DE SAÚDE NA ESCOLA .....	20
3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	24
3.3 AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE SAÚDE ESCOLAR .....	28
<b>4 MÉTODO</b> .....	31
4.1 CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO .....	31
4.1.1 Tipo de pesquisa .....	31
4.1.2 Referencial teórico-metodológico .....	31
4.1.3 Passos para construção do modelo lógico.....	31
4.1.4 Análise da adequação dos componentes do modelo lógico .....	32
4.2 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA .....	32
4.2.1 Tipo de pesquisa .....	32
4.2.2 Cenário da pesquisa .....	33
4.2.3 População e amostra.....	34
4.2.4 Coleta dos dados .....	35
4.2.5 Análise dos dados.....	36
4.2.6 Considerações Éticas .....	39
<b>5 RESULTADOS</b> .....	41
5.1 MODELO LÓGICO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA .....	41
5.2 GRAU DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	44
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	52
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	60
<b>APÊNDICES</b> .....	68
<b>ANEXOS</b> .....	72

## 1 INTRODUÇÃO

Os esforços nacionais e internacionais em promover o aumento nas taxas de inclusão escolar contribuíram para que o Brasil registrasse, aproximadamente, 48,8 milhões de matrículas em toda a educação básica no ano de 2015, cerca de 81% dessas corresponderam à rede pública de ensino. A educação em tempo integral também apresentou crescimento no número de matrículas entre os anos de 2013 e 2015 (TODOS PELA EDUCAÇÃO, 2017) o que incentivou para o aumento no tempo e na presença dos educandos no ambiente escolar.

É nesse espaço que as intervenções direcionadas à saúde dos estudantes podem ser executadas a fim de promover o pensamento reflexivo, crítico, político e o fortalecimento da capacidade em tomar decisões favoráveis à sua saúde (SANTOS et al., 2012). Essas ações podem ser trabalhadas como parte integrante das suas vidas, de modo que a construção de valores, crenças, conceitos e maneiras diversas de conhecer a sociedade sejam reforçadas ao buscar experiências comunitárias que influenciam na formação dos indivíduos e na produção social da saúde individual e coletiva (BRASIL, 2011a; GOMES, 2012).

A necessidade dessas intervenções é reforçada quando a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), publicada no ano de 2015, mostrou que os comportamentos de riscos à saúde dos estudantes estão presentes em quantidades consideráveis nas escolas brasileiras, a exemplo da experimentação ao uso do álcool (55,5%), tabaco (18,4%) e outras drogas ilícitas (9,0%) além da iniciação sexual (27,5%), desejo de emagrecer (25,6%), presença de dor de dente (21,0%), ter praticado *bullying* entre os colegas (19,8%) e ter sentimento de solidão (16,4%) (IBGE, 2015).

No Brasil a execução de atividades de saúde escolar é realizada por meio do Programa Saúde na Escola. Trata-se de uma política pública criada em 2007, através do decreto presidencial de número 6.286 com a finalidade de contribuir com a formação integral de estudantes da rede pública da educação básica, através de ações que proporcionem a prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Sua organização preconiza a realização de atividades de avaliação clínica e psicossocial, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos e capacitação dos profissionais e educação permanente. Essas atividades devem ser executadas em creches, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, ensino profissionalizante e na Educação de Jovens e Adultos (EJA) (BRASIL, 2011a).

Por ser um programa sob responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Educação, sua execução preconiza à participação de representantes dos setores saúde e educação. Deste



modo, os espaços nos quais essas ações devem ser realizadas configuram-se pelas escolas e pelas unidades de saúde. Porém, é importante que a promoção do programa ultrapasse esses setores e apropriem-se de outros espaços das comunidades (BRASIL, 2015).

Faz-se necessário que essas ações sejam planejadas, considerando as particularidades das localidades em que as escolas estão inseridas e que sejam planejadas respeitando o saber popular e o conhecimento científico. É fundamental a participação ativa dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), os quais conhecem às demandas do território em que atuam, e dos professores das escolas, que identificam e apresentam as demandas trazidas pelos estudantes (BRASIL, 2008; SANTIAGO et al., 2012).

No entanto, pesquisas têm identificado dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em diferentes situações. São exemplos: desarticulação entre os profissionais da saúde e professores, falta de capacitação para profissionais para atuarem no programa, excesso de burocracia, ausência de tempo referida pelos profissionais, escassez de recursos humanos e sobrecarga de atividades no processo de trabalho (GOMES; HORTA, 2010; PENSO et al., 2013; JACOÉ et al., 2014; MARINHO, 2014; MACHADO et al., 2016).

Tais problemas corroboram com a afirmação de Vieira-da-Silva (2014) ao apontar que a implantação de uma intervenção é compreendida como a adequada operacionalização que pode sofrer influência das diversas situações políticas e organizacionais na qual está inserida. Sua execução depende de grande quantidade de agentes (gestores, profissionais, entre outros) que podem interpretar os objetivos de forma diferenciada e, a partir de experiências vivenciadas, podem opor-se ao desenvolvimento do programa.

As dificuldades já elencadas podem interferir de forma substancial na implantação do Programa Saúde na Escola em diversos municípios, inclusive em Natal, quando no ano de 2013 observavam-se esforços da gestão em implantar o programa (NATAL, 2013).

Um importante caminho para solucionar essas dificuldades se dá através da avaliação. Esta ferramenta propõe a disponibilização de informações que contribuam na tomada de decisão, na medida em que oportuniza a reorientação na execução das ações por parte dos envolvidos (TANAKA, 2017).

Trata-se de um instrumento capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas através da participação de gestores, profissionais e público-alvo de uma intervenção. Estes têm a possibilidade de posicionarem-se no sentido de construir de forma coletiva o julgamento (CONTRANDIOPOULOS, 2006).

A avaliação tem sua construção histórica compreendida em quatro gerações a partir da predominância de estudos produzidos com características nas quais lhes são próprias. As

classificações utilizadas para esta definição fundamentaram-se na evolução das avaliações no cenário norte-americano (SANTOS 2013). A primeira geração, caracterizada pela medida (predominou de 1800 a 1930), segunda geração, descrição (predominaram entre os anos de 1930 a 1960), terceira geração, julgamento (com estudos predominantes entre os anos de 1960 a 1990), e a última geração, caracterizada por um processo de negociação entre os diferentes atores envolvidos na intervenção avaliada (predominando estudos desde 1990 até a atualidade) (CRUZ, 2015; FURTADO, 2001).

Ao analisar esse aspecto histórico, observa-se que cada uma dessas gerações contribuiu com a construção de pesquisas avaliativas. Ressalta-se que, ainda que as avaliações de quarta geração tenham começado a serem realizadas a partir da década de 1990, atualmente não são realizadas apenas avaliações deste nível, mas coexistem junto às demais gerações e são utilizadas para fins diferentes. Cruz (2015) aponta que não há sobreposição de uma geração e outra, mas que elas complementam-se a partir das características que lhes são específicas.

O presente estudo apoia-se em uma abordagem fundamentada no julgamento de valor ao passo em que avança para além da medida e da descrição por lançar considerações a partir das características do Programa Saúde na Escola identificadas no município.

O referencial teórico escolhido como passo para construção do processo avaliativo, fundamentou-se na tríade (estrutura, processo e resultado) da qualidade dos serviços de saúde proposta por Avedis Donabedian (2005), com foco nas duas primeiras dimensões.

Ao iniciar uma avaliação pelo processo, é possível compreender os fatores essenciais que facilitam ou impedem as atividades de atingirem seus objetivos. É também possível conhecer os interesses e conflitos que influenciam nos resultados da intervenção na qual se avalia (FRIAS et al., 2010). Supõe-se que a disponibilidade de recursos estruturais pode influenciar na execução das atividades do processo, embora essa não seja uma relação exclusivamente necessária entre essas dimensões (DONABEDIAN, 2005).

Se justifica iniciar essa avaliação pela estrutura e processo do Programa Saúde na Escola, para posteriormente compreender suas implicações nos resultados encontrados. Ainda assim, a apreciação do terceiro elemento da tríade poderia demandar uma disponibilidade de tempo maior na realização desse estudo, uma vez que, envolve resultados a médio e longo prazo.

A experiência, durante a graduação, em projetos de ensino, pesquisa e extensão direcionados às ações de saúde na escola e a vivência em estágios e atividades práticas nas ações do Programa Saúde na Escola, foram motivadores a produção deste estudo.

Paralelo a isso, ao executar atividades de um projeto de iniciação científica e participar de discussões em grupo de pesquisa interdisciplinar sobre a avaliação de políticas públicas, ficou clara a necessidade e importância de realizar pesquisas que versem pela busca de melhorias aos programas de saúde pública.

Os estudos que trabalham a temática do Programa Saúde na Escola têm apontado que problemas como a sobrecarga de atividades no processo de trabalho e a desarticulação dos profissionais (GOMES; HORTA, 2010; PENSO et al., 2013; JACOÉ et al., 2014; MARINHO, 2014; MACHADO et al., 2016) podem interferir em seu processo de implantação e para compreendê-lo pretende-se responder a seguinte pergunta avaliativa: A implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Natal está em concordância com as normatizações dos Ministérios da Saúde e da Educação?

Conhecer a operacionalização deste programa permite gerar informações que contribuam para subsidiar a tomada de decisões pelos profissionais e gestores. É possível que lacunas sejam identificadas e que ações bem-sucedidas sejam incentivadas a fim de refletir no aprimoramento e efetividade do Programa Saúde na Escola.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o grau da implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Natal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Elaborar o modelo lógico normativo do Programa Saúde na Escola;

Identificar os componentes da estrutura e do processo do Programa Saúde na Escola;

Atribuir o grau da implantação do Programa Saúde na Escola.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 AÇÕES DE SAÚDE NA ESCOLA

A saúde escolar brasileira teve sua origem ao final do período imperial. Data-se do ano de 1889 a publicação de um decreto por José Pereira Rego, então Barão do Lavradio, que ressaltava à necessidade de instaurar inspetoria de saúde nas escolas públicas e privadas da Corte (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Apesar disso, as intervenções de saúde direcionadas às escolas somente começaram a ser executadas no início do século XX, mais precisamente a partir da década de 1910. Neste momento, havia a preocupação em executar medidas de caráter higienistas para promover e vigiar o ambiente escolar a partir da ênfase na limpeza dos espaços, higiene pessoal e, até mesmo, nos modos de ser (MONTEIRO; BIZZO, 2015).

Estas concepções foram influenciadas pela situação político-econômica em que passava o país. O cenário científico vivenciava a importante influência das concepções de unicausalidade das doenças, já que existia a denominada “Era Bacteriológica”. Soma-se a estas situações a introdução do modelo alemão de Polícia Médica, defendido pelo médico alemão Johan Peter Frank, que orientava à organização das instituições públicas na prevenção da propagação das epidemias, situação que se fazia presente no Brasil (FERRIANI; GOMES, 1997).

Ao longo das décadas de 1920 a 1940 as explicações higienistas fortaleceram-se sob influência dos estudos do médico Arthur Moncorvo Filho, do Instituto de Hygiene da atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. No ano de 1925, houve a criação do Curso de Educação Sanitária para formar profissionais responsáveis pela inspeção sanitária das escolas (FERRIANI; GOMES, 1997; FARIA, 2006).

A conjuntura desenvolvimentista dos anos 1950 influenciou com que a concepção de atenção à saúde nas escolas sofresse mudanças. As atividades de saúde escolar passaram a ser executadas de modo a propor explicação às questões biológicas, como a desnutrição infantil e os distúrbios neurológicos, e executar medidas que comprovassem o insucesso dos escolares com encaminhamento aos serviços de saúde (IERVOLINO, 2000; SILVA; BODSTEIN, 2016).

A instauração do regime militar na década de 1960 influenciou com que os serviços hospitalares fossem expandidos e houvesse a desvalorização das práticas de educação sanitária (SILVA, C. M. C. et al., 2010).

A saúde escolar da década de 1970 foi marcada pela especialidade Medicina Escolar, que se caracterizava pela realização de exames e inspeção periódica dos estudantes através dos Registros de Saúde. Eram solicitados no ingresso dos alunos às escolas e repetidos anualmente exames de acuidade visual, auditiva e controle da vacinação e encaminhados à aprendizagem os alunos aptos para este fim (SILVA; BODSTEIN, 2016).

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978 em Alma Ata no Cazaquistão e I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 em Ottawa no Canadá, foram marcos importantes para a mudança nas concepções sobre a saúde escolar no mundo, o que repercutiu nos anos posteriores na realidade brasileira.

Nos anos de 1990, com a iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi proposta a criação das Escolas Promotoras de Saúde, a fim de garantir um ambiente saudável para se viver, aprender e trabalhar, a partir do desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, tratamento e recuperação de agravos (IERVOLINO, 2000).

A mudança de concepção de saúde ao final das décadas de 1970 e 1980 e o incentivo das Escolas Promotoras de Saúde na década de 1990 contribuíram com o surgimento para a primeira ação programática brasileira direcionada à saúde dos estudantes, o Projeto Escolas. Seu início aconteceu no ano de 1994 em 14 unidades da federação e até o ano de 1990 expandiu-se em todo o país. Embora seu escopo de atividade se restringisse à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Aids (IST/Aids), este projeto apresentou-se de suma importância para a saúde escolar ao contribuir com o crescimento no número de intervenções que discutiam essas temáticas nas escolas (NEVES; ROMERO, 2017).

Com incentivo de agências internacionais como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), os Ministério da Saúde e da Educação criaram Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) no ano de 2003.

Trata-se de uma proposta de articular estes setores por meio da participação de profissionais de saúde e educação, estudantes e seus responsáveis para promover a atenção aos jovens e adolescente brasileiros através da discussão de temáticas relevantes para esse público como é o caso da saúde sexual e reprodutiva e da prevenção ao uso de drogas (BRASIL, 2006).

Tais projetos foram integrados a outras temáticas e passaram a ser propostas com o advento da criação do Programa Saúde na Escola através do decreto presidencial de número

6.286 de 5 de dezembro de 2007, proposto de modo que essas e outras atividades o integrassem (BRASIL, 2007).

O programa preconiza a execução de ações que promovam o desenvolvimento integral e o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento pleno de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes, a partir do incentivo à participação em programas e projetos que contem com a articulação entre a saúde e a educação, além de diversas outras redes sociais (BRASIL, 2015).

Seus objetivos são:

Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) 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 espaços, equipamentos e recursos disponíveis; contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nas três esferas de governo (BRASIL, 2008, p. 3).

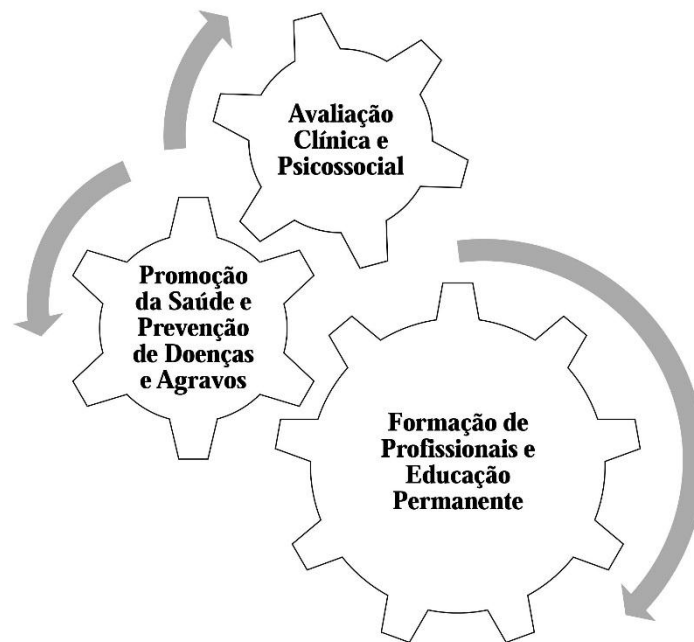
Esse programa possui competência interministerial com responsabilidade dos Ministérios da Saúde e do Ministério da Educação. O primeiro é responsável por gerir os recursos financeiros para a operacionalização do programa que devem ser previamente estabelecidos com o órgão de maior responsabilidade pela educação brasileira. Este disponibiliza material para execução das ações, em quantidade fixada, observadas as disponibilidades orçamentárias (BRASIL, 2013b).

Sua gestão é constituída por Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), criados para elaborar os projetos de implementação e acompanhar o andamento do programa, de modo que o planejamento e execução das atividades sejam realizadas atendendo às necessidades e demandas locais e suas decisões tomadas de forma compartilhada. Os GTI devem ser constituídos por profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais (BRASIL, 2013b).

O Programa Saúde na Escola que antes traçava critérios, como Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), cobertura de atendimento da ESF e possuir escolas participantes do Programa Mais Educação, para sua adesão, passou a partir do ano de 2013 a ser universalizado. Dessa forma, todos os municípios brasileiros passaram a ter a possibilidade de aderir e pactuar suas atividades através do Termo de Compromisso

Municipal. Esse termo é assinado pelos gestores municipais e define as metas e coberturas das ações que devem ser realizadas (BRASIL, 2015; VIEIRA, 2013).

A execução das atividades deve estar incluída nos projetos pedagógicos das escolas atendendo às necessidades dos professores e principalmente dos educandos. São organizadas em três componentes: atividades de avaliação clínica e psicossocial (Componente I), atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (Componente II) e atividades de formação de profissionais e educação permanente, conforme apresentado no figura 1 (Componente III) (BRASIL, 2013b).



**Figura 1** – Componentes do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017

Fonte: produção própria, 2017.

Como momento de inauguração dessas ações pactuadas propõe-se a realização da Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) permitindo uma maior visibilidade e reconhecimento das ações planejadas. Essa mobilização deve dá início a uma temática prioritária de saúde que deverá ser trabalhada ao longo do período letivo das unidades escolares. Também permite mobilizar e envolver a comunidade do território favorecendo a intersetorialidade (BRASIL, 2015).

Atividades essenciais são estabelecidas pelos Ministérios da Saúde e Educação e deverão englobar a saúde bucal, saúde ocular, situação vacinal, segurança alimentar e alimentação saudável, promoção da cultura de paz e dos direitos humanos, saúde mental, direito sexual e reprodutivo, prevenção das IST/Aids e prevenção do uso de álcool, tabaco, *crack* e outras drogas. Porém, outras atividades de caráter optativo, podem ser pactuadas e



elaboradas a partir das necessidades do território em que vivem os educandos (BRASIL, 2013b; SILVA, U. O. A. et al., 2015).

Essas ações devem ser disponibilizadas continuamente nos sistemas de monitoramento do Programa Saúde na Escola por meio do e-SUS Atenção Básica (e-SUS/AB), para as atividades do componente I, e do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC) do Ministério da Educação para o desenvolvimento de atividades referentes aos componentes II e III (BRASIL, 2015).

O acompanhamento dessas intervenções pode ainda ser realizado em outros sistemas de monitoramento, a depender das ações desenvolvidas, como é o caso da atividade de verificação da situação vacinal, que além das ações dos sistemas citados anteriormente devem constar no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) (MEDEIROS et al., 2017).

É fundamental que as ações sejam planejadas respeitando as particularidades do território através da atuação conjunta dos profissionais da saúde e da educação junto aos educandos, pais e/ou responsáveis pelos educandos, profissionais de apoio que atuam na escola e membros das demais redes sociais do território (BRASIL, 2015).

Isso ressalta a importância que os profissionais da ESF (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem, odontólogo, auxiliar ou técnico em saúde bucal e agente comunitário de saúde) têm nesse processo através da oferta de cuidado contínuo e longitudinal junto à população da área adscrita.

É por meio desta equipe que se tem o potencial de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e da coletividade a partir do conhecimento sobre os condicionantes da saúde do território. Tais características integram o processo de oferta de Atenção Primária à Saúde (APS) da população em que faz parte as ações do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2011b).

### 3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O termo avaliação é comumente utilizado nas atividades diárias. No meio científico sua presença também é de fácil identificação nas pesquisas, no entanto, sua utilização em larga escala muitas vezes não faz jus ao sentido adequado da palavra.

Em pesquisas científicas, avaliar significa atribuir julgamento de valor a uma intervenção ou parte dela com o intuito de fornecer dados para ajudar na tomada de decisões. Isso pode ser realizado através de critérios e normas definidas (avaliação normativa) ou

utilizando-se de procedimentos científicos (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação tem influência do processo histórico no qual suas metodologias foram desenvolvidas e predominantemente encontradas. Seu processo histórico a caracteriza por apresentar quatro propostas distintas, conhecidas como primeira, segunda, terceira e quarta gerações de acordo com a predominância de estudos deste tipo no contexto norte-americano (SANTOS, 2013).

A primeira delas tem como principais características a realização de medidas, coleta sistemática de dados e análises quantitativas. Sua maior concentração se deu na área da educação, ao avaliarem-se programas de alfabetização e da área da saúde com programas de combate à mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. O avaliador utiliza principalmente de testes padronizados e de mecanismos sistêmicos para a coleta de dados para compreender os resultados escolares, de inteligência e de produção dos trabalhadores (JANNUZZI, 2016; CORDONI JUNIOR, 2005; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A segunda geração, com início a partir da década de 30 do século XX, é caracterizada por um processo de descrição das intervenções, a exemplo da estrutura, conteúdo, suas forças e fragilidades e de como elas conseguem atingir seus resultados propondo meios de incentivos a sua melhoria (CORDONI JUNIOR, 2005; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Dubois, Champagne e Bilodeau (2011) caracterizam a terceira geração como o momento em que a ênfase é no julgamento de valor. Essa geração surgiu ao final dos anos 1950 e começo da década posterior e o avaliador é tido como função de juiz, ao utilizar-se de um quadro conceitual e de novos métodos para traçar critérios com base nos aspectos econômicos, principalmente relacionados às limitações de recursos.

É a partir da década de 1990 que tem início a quarta geração da avaliação, caracterizada principalmente como etapa de negociação. O avaliador é tido como função de moderador, sobrepondo às funções de técnico, descritor e juiz, conforme anteriormente descritos. Nessa geração, a avaliação conta com uma diversidade de abordagens metodológicas e com a participação dos diferentes atores envolvidos na intervenção para compreender as condições de sua execução (CORDONI JUNIOR, 2005; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

As pesquisas avaliativas em saúde no Brasil tiveram suas publicações iniciadas a partir da terceira geração influenciadas principalmente pelo processo de reforma a que o Estado passava naquele momento e isto contribuiu para o interesse pelo crescimento de propostas

relativas a esta temática. Além disso, as intervenções (políticas, programas, projetos, entre outros) foram intensamente implementadas, surgindo à necessidade de serem desenvolvidos processos avaliativos que ofereçam informações capazes de subsidiar as tomadas de decisões e que gerem o controle por parte da sociedade.

Diversidade de metodologias tem sido propostas e utilizadas nas pesquisas de avaliação em saúde no Brasil. Por ser o método nesse estudo, faz-se necessário que reflexões concernentes à avaliação do grau de implantação e métodos próximos a ele sejam ressaltados.

Vieira-da-Silva (2014, p. 86) afirma que a avaliação do grau de implantação: “tem por objetivo central estabelecer em que medida uma intervenção está sendo implantada conforme concebida”. Ela ainda ressalta a distinção desta tipologia para a análise da implantação:

Na avaliação da implantação, é feita uma comparação entre o que está previsto nos documentos da intervenção (políticas, plano, programa) com as ações desenvolvidas na prática. Na análise da implantação, por sua vez, são investigadas às relações entre a implantação, os efeitos e os contextos nos quais ocorre uma intervenção (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 87).

Champagne et al. (2011a) vão de encontro ao conceito de análise de implantação apresentado por Vieira-da-Silva (2014). Eles afirmam que a análise da implantação tem por objetivo delimitar os fatores que facilitam e dificultam o contexto de mudanças provocados pela implantação de determinada intervenção. Os autores ainda acrescentam que a análise da implantação pode acontecer mediante a utilização de focos distintos, seja na variação da forma de uma intervenção ou nos efeitos provocados por ela.

Definição semelhante é apresentada por Santos e Cruz (2014, p. 26) ao afirmarem que a avaliação da implementação “permite estudar os processos relacionados à operacionalização do programa, verificando as facilidades e as dificuldades que podem influenciar os efeitos produzidos”.

Observa-se que apesar da semelhança com a definição de análise de implantação, apresentada por Champagne et al (2011a) e Vieira-da-Silva (2014), as autoras denominam essa metodologia de avaliação da implementação ou implantação e diferencia-a da avaliação do processo. “A avaliação de processo possibilita analisar a implementação dos planos para guiar as atividades e, futuramente, ajuda a explicar os resultados. Contribui também para identificar problemas e fazer as correções necessárias” (SANTOS; CRUZ, 2014, p. 26).

A última tipologia apresentada pode ter influência da classificação proposta por Avedis Donabedian (2005) que define um serviço de saúde constituído por estrutura, processo e resultado. O processo seria tudo o que está inserido na relação profissional-usuário e integra

o conjunto de atividades executadas almejando a prestação do cuidado e considerando o modo como são ofertadas.

É o que pode ser observado em estudo que fundamentou-se na classificação de Donabedian (2005) ao ressaltar que “a avaliação do processo é orientada fundamentalmente para as ações das equipes de saúde e do cuidado com o indivíduo, família ou comunidade.” (PETERLINI; ZAGONEL, 2003, p. 20).

A sistematização destas classificações é proporcionada ao ser observado o significado das palavras implantação e implementação. A primeira diz respeito ao estabelecimento, instauração, introdução ou inauguração de algo. A segunda é considerada como a execução ou funcionamento de algo (FERREIRA, 2010).

Deste modo, a avaliação da implantação, que pode ser realizada no momento em que foi inserida ou após isso, com o intuito de se observar se detém das atividades e recursos propostos em sua execução. Esse tipo de avaliação pode ser executado a partir da avaliação do grau de implantação ou mediante a utilização de outras abordagens que verifiquem isto.

É possível que a avaliação de uma intervenção seja realizada de forma a analisar as mudanças causadas pela sua inserção, através do esclarecimento das dificuldades e facilidades, geralmente encontradas no momento de sua operacionalização. Tem-se, neste caso, a análise de implantação ou avaliação de implementação (termo define mais claramente esta classificação diante do seu significado apresentado anteriormente).

Entende-se a avaliação de processo como uma forma de avaliar uma intervenção de modo que, esse processo se detém nas atividades desenvolvidas por determinado serviço, assim como, suas relações com os resultados produzidos. Isto pode ser oportunizado a partir das avaliações de implantação e implementação, que fazem parte da avaliação de processo. Essas reflexões, estão sintetizadas de forma visual na Figura 2.



**Figura 2** – Avaliações de processo, implementação e implantação – Natal – 2017  
Fonte: produção própria, 2017.

Independente da metodologia utilizada para construção de uma avaliação faz-se necessário conhecê-la através da explanação do seu modelo teórico e do modelo lógico. Medina et al. (2005) os apresentam como sinônimos, no entanto ressaltam que, independente da terminologia utilizada o mais importante é que em uma pesquisa de avaliação sejam esclarecidos os pressupostos teóricos que orientam a sua formulação.

O modelo teórico deve expor o problema ou comportamento a ser solucionado pelo programa, a população alvo e as condições do contexto, além de seu conteúdo ou atributos necessários e suficientes para produzirem isolada e/ou integradamente os efeitos esperados (HARTZ, 1999). Deve ser convincente e apresentar plausibilidade nas associações estabelecidas e mostrar os meios para que os resultados esperados sejam alcançados (MEDINA et al., 2005).

Já o modelo lógico é considerado como uma ferramenta de comunicação representada de forma visual e que expõe os vínculos dos seus componentes com respectivos efeitos, além de documentar os vínculos existentes entre as estruturas, os processos e os resultados. Através desse modelo é possível apreciar a diferença entre uma intervenção como fora planejada e a forma em que está implantada (CHAMPAGNE et al., 2011b).

Em síntese, enquanto o modelo teórico é a descrição da teoria de um programa, o modelo lógico configura-se como a representação da intervenção por meio de uma figura que expõe sua lógica de funcionamento.

### 3.3 AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE SAÚDE ESCOLAR

Mundialmente intervenções de saúde direcionadas aos espaços escolares foram propostas e executadas no intuito de contribuir com a efetividade da promoção da saúde dos estudantes. Isso foi observado em revisão de literatura que identificou a eficácia da promoção da saúde em diversas escolas as quais podem influenciar a situação de saúde dos educandos. Também observou-se que há intervenções que não apresentam resultados satisfatórios na produção dos seus resultados (LANGFORD et al., 2014).

Essa característica reforça a necessidade de utilizar a avaliação nas ações de saúde escolar. Através dessa ferramenta é possível dispor de resultados sobre o funcionamento das intervenções aos executores e oportunizar que tomadas de decisões sejam realizadas mediante essas fundamentações (TANAKA, 2017) o que pode contribuir com a reorientação das práticas de saúde escolar.

Quando remete-se aos estudos produzidos sobre as avaliações de saúde escolar, identificam-se que há diversas intervenções em execução nos Estados Unidos da América e que são submetidas a esses processos. Isso pôde ser observado em estudo que avaliou uma intervenção sobre a prevenção de Diabetes Mellitus tipo 2 em educandos do ensino médio (VOLPE et al., 2013) ou ainda em outra pesquisa que se deteve a contribuir com o aumento da atividade física em alunos de escolas desse país (WANG et al., 2017).

Essa não é uma realidade observada exclusivamente nos Estados Unidos da América. Identificam-se que intervenções de saúde escolar foram executadas e avaliadas em países dos diversos continentes, a exemplo da China (WING et al., 2015), Reino Unido (TRIGWELL et al., 2015), Nigéria (TAKEUCHI et al., 2013), entre outros.

Os estudos focalizam nos resultados trazidos pelas intervenções, como é o caso das avaliações dos resultados, efeitos, eficácia e impacto. Apesar de se ressaltar a utilização de pesquisas que primam por esses tipos de achados, outros estudos têm apresentado preocupações em avaliar a trajetória de como é executada uma intervenção até chegar aos resultados.

Isso é realizado mediante a avaliação da implementação de determinado serviço ou programa. A exemplo do que foi realizado em pesquisa que conhecia os efeitos de uma intervenção que incorpora fatores capazes de interferir direta ou indiretamente em uma comunidade escolar, mas que viu a necessidade de identificar as condições básicas e contextuais que contribuíssem com que a operacionalização dessa intervenção fosse bem sucedida (STOREY et al., 2016).

Também ressalta-se que diversas temáticas integram as intervenções de saúde escolar. Evidenciam-se que as avaliações foram realizadas em estudos que discutem diversas temáticas que ressaltam a importância da saúde na escola, quais sejam: atividade física, alimentação saudável, prevenção de violências como é o caso do *bullying*, uso do álcool, tabaco, além de outras drogas, saúde sexual e reprodutiva, assim como prevenção das IST/Aids, violação dos direitos humanos, saúde mental, higienização corporal, saúde bucal, entre outros (LANGFORD et al., 2014).

Essas temáticas têm sido trabalhadas no espaço escolar através de diversas formas, sejam no sentido de capacitar profissionais, alunos e outros membros da comunidade escolar, sejam disponibilizar recursos que contribuam com a promoção a saúde.

Quando se observa no cenário brasileiro, representado principalmente pela execução do Programa Saúde na Escola, poucos estudos tem sido propostos com objetivo de avaliar

esta intervenção ao longo da sua década de existência (MACHADO et al., 2016; FONTENELE et al., 2017; SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017).

Apesar de quantidade elementar de estudos que detêm-se a realizarem a sua avaliação, identificam-se que estes focalizam nas atividades executadas em detrimento dos resultados que podem ser produzidos pelo programa. As abordagens utilizadas são de cunho predominantemente qualitativo, não sendo identificados estudos que proponham-se avaliar o grau de implantação do Programa Saúde na Escola em municípios do país.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 ETAPA DE CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO**

#### **4.1.1 Tipo de pesquisa**

A construção do modelo lógico foi realizada mediante a utilização de estudo de caráter metodológico por meio da avaliação com foco na apreciação normativa.

A pesquisa metodológica caracteriza-se pela construção de ferramentas ou métodos confiáveis que podem ser utilizados em outras pesquisas. Os resultados dessa metodologia são alcançados a partir da obtenção e organização rigorosa de dados que são trabalhados gerando produtos de utilização imprescindível (LIMA, 2010; POLIT; BECK, 2011).

A avaliação do tipo normativa, baseia-se em um julgamento sobre como uma intervenção é constituída com base em critérios e normas, ou seja, se corresponde às expectativas. Corresponde a realizar um julgamento de valor sobre a estrutura, processo e resultado de uma intervenção em comparação com o que é preconizado (CONTANDIOPOULOS, 2006; CHAMPAGNE et al., 2011c).

#### **4.1.2 Referencial teórico-metodológico**

Para elaborar o modelo lógico foi necessário buscar as normatizações que embasam o funcionamento do Programa Saúde na Escola, quais sejam os documentos dos Ministérios da Saúde e da Educação sobre o programa e a Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

O referencial teórico utilizado para nortear o processo de construção do modelo lógico da intervenção de saúde escolar foi apresentado pela *W. K. Kellogg Foundation* (2004) em seu *Logic model development guide*. Essa fundação propôs a construção de modelos lógicos com os seguintes componentes de uma intervenção: recursos/insumos, atividades, produtos, resultados e impactos.

#### **4.1.3 Passos para construção do modelo lógico**

A construção do modelo lógico do Programa Saúde na Escola seguiu os passos preconizados pela *Division of Oral Health* do *Centers for Disease Control and Prevention*



(2001). A elaboração do modelo seguiu seis etapas, a saber: descrição do problema, levantamento dos dados referentes às capacidades, recursos e lacunas da intervenção, apresentação das atividades propostas, identificação dos produtos e/ou resultados esperados para cada atividade, organização dos componentes do modelo lógico com o auxílio de setas e apresentação da descrição de cada componente utilizado no modelo lógico.

#### **4.1.4 Análise da adequação dos componentes do modelo lógico**

A construção do modelo lógico se deu pelo pesquisador principal. Este possui experiência em atividades de saúde na escola e no desenvolvimento de pesquisas de avaliação em saúde. O processo de análise da adequação dos itens do modelo lógico foi realizado por quatro pesquisadores, doutores das áreas da enfermagem, ciências da saúde, ciências sociais e saúde coletiva, que revisaram o desenho e aprovaram sua versão final.

## **4.2 ETAPA DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

### **4.2.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de estudo avaliativo com foco no grau de implantação de programas a partir de uma abordagem quantitativa. Utilizou-se da apreciação normativa ao comparar as atividades propostas pelo Programa Saúde na Escola com aquelas operacionalizadas na prática.

A avaliação do grau de implantação é realizada através de uma comparação entre o que é previsto em documentos normativos de determinada intervenção com as ações nas quais são desenvolvidas na prática (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Essa proposta avaliativa requer, inicialmente, a descrição dos principais componentes de uma intervenção (problemas, objetivos, operações, ações necessárias, mecanismos causais presumidos, recursos, responsáveis, estratégias de implantação e efeitos esperados). A partir dessa apresentação, é possível atribuir pontuações para cada componente requerido na operacionalização (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Cabe ressaltar que é a partir da avaliação do grau de implantação que pode ser realizada a análise da implantação. Essa última consiste no estudo das relações de uma intervenção com o contexto na qual está inserida, através da explicação de sua influência no grau de implantação. Seu interesse está em fornecer informações sobre os meios susceptíveis

para beneficiar a intervenção e contribuir reflexivamente sobre os principais desafios a serem levados em conta quando se quer reduzir seus riscos de seu fracasso (CHAMPAGNE et al., 2011a; DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Essa análise pode ser realizada como etapa posterior a presente proposta avaliativa.

Para a realização dessa pesquisa, foi utilizado como referencial teórico metodológico as abordagens apontadas por Avedis Donabedian (2005) com foco na qualidade dos serviços. Segundo o autor, o processo avaliativo fundamenta-se na tríade estrutura, processos e resultados.

A dimensão estrutura diz respeito aos recursos humanos, estruturais, materiais, financeiros e organizacionais que influenciam na prestação do cuidado. A dimensão processo por sua vez, é caracterizada por um conjunto de atividades desenvolvidas para a prestação do cuidado e como são ofertados, ou melhor, é tudo o que medeia à relação profissional-usuário. A terceira dimensão proposta é o resultado, ao qual se refere ao produto do cuidado prestado, as mudanças observadas e a satisfação do usuário do serviço.

Considerando que é fundamental iniciar a avaliação de uma intervenção pelo seu processo de implantação, o qual possui influência dos aspectos estruturais, o presente estudo se propõe a avaliar o Programa Saúde na Escola com foco nas dimensões de estrutura e processo (DONABEDIAN, 2005).

#### **4.2.2 Cenário da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Município de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte. Sua área territorial perfaz 167,264 km<sup>2</sup>, conta com taxa de urbanização de 100% e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,763 no ano de 2010 (ATLAS BRASIL, 2016). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016) sua população estimada para o ano de 2015 foi de 877.662 habitantes.

Referente aos serviços de saúde, o município conta com 79 estabelecimentos de saúde em funcionamento distribuídos em cinco Distritos Sanitários (DS) (Sul, Leste, Oeste, Norte I e Norte II). No momento de delimitação da pesquisa, as unidades de APS estavam organizadas em três tipos: Unidade Básica de Saúde (UBS), quando oferta-se atendimento à demanda espontânea ou programática e não há adscrição da clientela; Unidade de Saúde da Família (USF), quando há delimitação de clientela atendida pelas equipes e; Unidade Mista (UM), quando se tem atendimento programado ou não nas especialidades básicas, porem conta-se com unidades de internação.

Preconizou-se a participação dos profissionais das USFs, por ser possível a criação de vínculo e conhecimento do território. Dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde permitiram identificar que existiam 38 USFs em funcionamento durante o arrolamento dos participantes e que, encontravam-se distribuídas nos cinco DS do município (NATAL, 2016).

#### 4.2.3 População e amostra

Considerando que cada USF deve possuir, no mínimo, uma equipe de Saúde da Família (eSF) e que são esses os profissionais do setor saúde responsáveis pela execução do Programa Saúde na Escola, preconizou-se realizar a coleta de dados com seis membros de uma eSF de cada USF.

Elegeram-se aleatoriamente um representante de cada categoria profissional, a saber, médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, odontólogo e auxiliar ou técnico de saúde bucal. Essa escolha permitiu identificar uma melhor representatividade dos membros das categorias profissionais na execução das atividades de saúde escolar.

O critério para inclusão desses profissionais foi ser servidor público efetivo ou temporário, lotado em uma das USFs do Município de Natal. Considerou-se critério de exclusão o fato de no momento da visita do entrevistador à USF o profissional encontrar-se afastado de suas atividades. Sendo assim, a população desse estudo foi constituída por 228 profissionais de saúde. Para o cálculo da amostra utilizou-se a fórmula proposta por Barbetta (2015), considerando que:

$N$  = tamanho (número de elementos) da população;

$n$  = tamanho (número de elementos) da amostra;

$n^\circ$  = uma primeira aproximação para o tamanho da amostra e;

$E_0$  = erro amostral tolerável.

Para isso, inicialmente faz-se o seguinte cálculo:

$$n^\circ = \frac{1}{E_0^2}$$

Posteriormente, com base no resultado anterior, calculou-se o tamanho da amostra através da seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot n^\circ}{N + n^\circ}$$

Nesse sentido, considerando o erro amostral de 5% e o intervalo de confiança de 95%, o cálculo amostral mostrou ser necessária a participação de 145,2 profissionais das USFs. Como se pretendia coletar dados com seis profissionais por eSF, dividiu-se o valor amostral pelo número de participantes que seriam entrevistados em cada equipe em busca da quantidade de USF que farão parte da pesquisa. Esse resultado apontou que seria necessário coletar dados em 24,2 USFs. Após arredondar esses valores foram envolvidos 24 USFs e 144 profissionais para comporem a amostra.

Sabendo que as 38 USFs estão distribuídas nos cinco DS, optou-se por uma amostra estratificada. Calculou-se a relação entre a amostra (n=144) e a população (N=228) de profissionais, obtendo-se um valor de 0,63. Esse último foi multiplicado pelo estrato de USF de cada DS, obtendo-se o quantitativo das que farão parte desse estudo (n=24), conforme estão apresentadas as informações na Tabela 1.

**Tabela 1** – Caracterização do processo de amostragem – Natal – 2017

Distrito Sanitário	População		Amostra	
	USF	Profissionais	USF	Profissionais
Sul	2	12	1	6
Leste	6	36	4	24
Oeste	9	54	6	36
Norte I	11	66	7	42
Norte II	10	60	6	36
Total	38	228	24	144

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

As USFs de cada DS foram sorteadas, assim como as eSFs que participaram da coleta de dados em cada uma delas. Foi realizada à reposição em caso de recusa profissional que também ocorreu por meio de sorteio.

Foram sorteadas aleatoriamente 24 US proporcionalmente ao quantitativo total existente em cada DS. Três US não executavam atividades de saúde na escola sendo necessária à substituição destas também de forma aleatória.

#### 4.2.4 Coleta dos dados

A etapa de coleta de dados foi sucedida pelo contato inicial junto à Secretaria Municipal de Saúde e às gestões das USFs. A pesquisa foi apresentada e solicitada autorização para sua execução.

Os participantes responderam a um questionário constituído de perguntas sobre sua caracterização profissional, além de indagações referentes à dimensão estrutura do Programa Saúde na Escola e outra parte sobre a dimensão de processo. O instrumento foi construído a

partir das preconizações do Instrutivo Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2011), do Caderno do Gestor do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2015), do Manual de Coleta de Dados Simplificada do e-SUS/AB (BRASIL, 2016) e do documento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) (BRASIL, 2012), conforme consta no Apêndice A.

Na dimensão estrutura, os profissionais foram questionados sobre os recursos humanos, financeiros, estruturais e materiais que contribuem para a execução das atividades. Em relação à segunda parte do instrumento, na dimensão processos, os profissionais foram interrogados sobre as características de execução do Programa Saúde na Escola, que envolve perguntas sobre a Semana Saúde na Escola, atividades de avaliação clínica e psicossocial, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos e de formação de profissionais e educação permanente. Além dessas questões foram também abordados os seguintes itens: a avaliação e monitoramento, planejamento das atividades pelos profissionais de saúde e professores e reuniões realizadas pelas gestões na área da Saúde e Educação.

Foi verificada a adequação do questionário à realidade da ESF mediante a participação de cinco profissionais com experiência no ensino e assistência em APS.

#### 4.2.5 Análise dos dados

Os dados foram organizados e analisados no *IBM SPSS Statistics Base 22.0* por meio da estatística descritiva em números absolutos e relativos e a caracterização das variáveis de análise utilizadas estão apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1** – Caracterização das variáveis (dimensões, critérios e itens) elegidas para avaliação do grau da implantação do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017

Dimensões	Critérios	Itens
Estrutura	Recursos humanos	Médico
		Enfermeiro
		Auxiliar ou técnico em enfermagem
		Agente comunitário de saúde
		Odontólogo
		Auxiliar ou técnico de saúde bucal
		Gestor da unidade de saúde
		Gestor da escola
		Professores
		Coordenador pedagógico
		Acadêmicos
		Pessoal de apoio
	Profissionais convidados	
	Recursos financeiros	Recursos financeiros

	Recursos infraestruturais	Escola
		Unidade de Saúde da Família
Instituições religiosas		
Organizações não governamentais		
Conselhos locais		
Ginásios poliesportivos		
Recursos materiais		Estetoscópio
		Esfigmomanômetro
		Glicosímetro
		Lanterna clínica
		Otoscópio
		Flúor
		Creme dental
		Escova dental
		Balança antropométrica
		Régua antropométrica
		Fita métrica
		Medicamentos
		Imunobiológicos
		Seringas
		Agulhas
		Algodão
		Preservativos
		Material demonstrativo
		Folders
		Luvas
		Caneta
		Lápis grafite
		Lápis de cor
		Papel ofício
Cartolina		
Manuais instrutivos		
Materiais educativos		
Processo	Reuniões de planejamento das atividades no território	Reuniões de planejamento das atividades no território
	Reuniões de planejamento da gestão municipal	Reuniões de planejamento da gestão municipal
	Agendamento das atividades	Agendamento das atividades
	Nível de ensino onde as atividades são desenvolvidas	Educação Infantil
		Ensino Fundamental
		Ensino Médio
		Educação de Jovens e Adultos
		Educação Profissional
	Semana Saúde na Escola	Semana Saúde na Escola
	Atividades de avaliação clínica e psicossocial	Avaliação antropométrica
		Avaliação e atualização da situação vacinal
		Deteção precoce de doenças crônicas (hipertensão e diabetes)

		Detecção precoce de doenças negligenciadas (hanseníase, tuberculose e malária)
		Avaliação oftalmológica
		Avaliação auditiva
		Avaliação nutricional
		Avaliação da saúde bucal
		Avaliação psicossocial
	Atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos	Promoção da alimentação saudável e segurança alimentar
		Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas
		Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das IST/Aids
		Prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas
		Promoção da cultura de paz e dos direitos humanos
		Prevenção das violências e acidentes
		Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável
		Outras temáticas
	Atividades de formação dos profissionais e educação permanente	Atividades de formação de profissionais e educação permanente
	Registro e monitoramento de informações	e-SUS
		SIMEC
		Livros de registros e fichas de evolução

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Foram selecionados 13 critérios (quatro na dimensão estrutura e nove na dimensão processo) e atribuída pontuação esperada, conforme exposto na Tabela 2.

**Tabela 2** – Dimensões e critérios elegidos para avaliação do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017

<b>Dimensões e Critérios</b>	<b>Pontuação Esperada</b>
<b>Estrutura</b>	<b>30,76</b>
Recursos humanos	7,69
Recursos financeiros	7,69
Recursos infraestruturais	7,69
Recursos materiais	7,69
<b>Processo</b>	<b>69,24</b>
Reuniões de planejamento no território	7,69
Reuniões de planejamento da gestão municipal	7,69
Agendamento das atividades	7,69
Nível de ensino das escolas	7,69
Semana Saúde na Escola	7,69
Atividades de avaliação clínica e psicossocial	7,69
Atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos	7,69
Atividades de formação dos profissionais e educação permanente	7,69
Registro e monitoramento de informações	7,69

**Total** **100,0**

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

A pontuação esperada em cada critério foi considerada igual tendo em vista a mesma importância destes para a implantação do Programa Saúde na Escola. Diante das respostas dos participantes procedeu-se com o cálculo da proporção entre a pontuação esperada e a obtida. Do mesmo modo, procedeu-se com a identificação do valor correspondente a cada dimensão.

O percentual de implantação de cada critério foi obtido mediante o escore gerado a partir da seguinte fórmula (FERREIRA; SILVA, 2014):

$$EF = \frac{PO}{PM} \cdot 100$$

Onde:

*PO* = Pontuação obtida;

*PM* = Pontuação máxima;

*EF* = Escore final.

Mediante o percentual obtido, procedeu-se com o julgamento do grau da implantação baseado nos critérios utilizadas por Ferreira e Silva (2014) e adaptados para esse estudo, conforme apresentado na Figura 3.



**Figura 3** – Critérios utilizados para avaliação do grau da implantação do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017

Fonte: produção própria, 2017.

#### 4.2.6 Considerações Éticas



Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, com consequentes riscos à sua saúde, foi respeitada as normatizações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que prevê a autorização para sua realização através da apreciação ética.

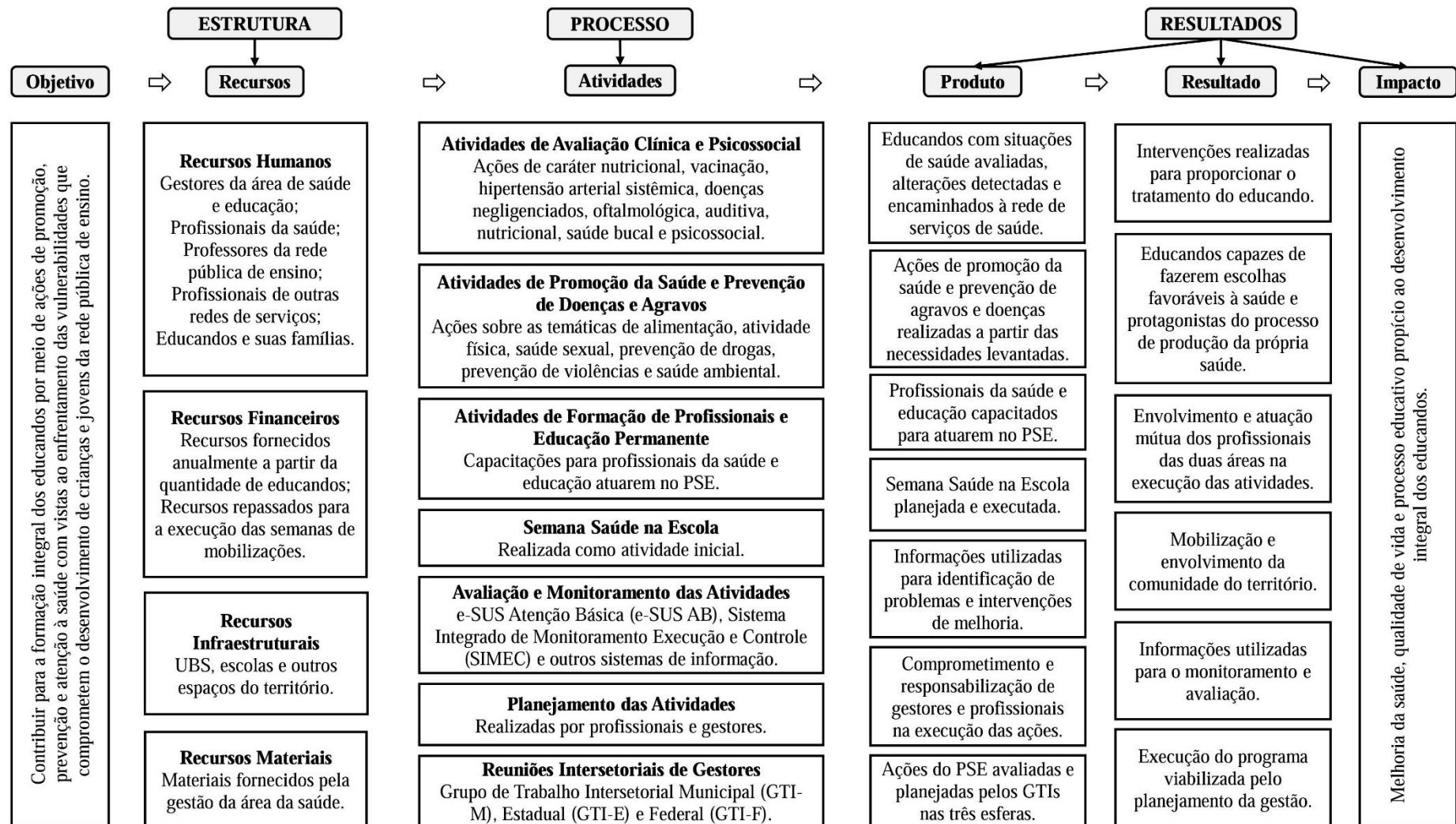
Para isso, essa pesquisa foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte que foi favorável à sua execução através do parecer 2.064.901 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 64873916.1.0000.5537.

A participação dos sujeitos se deu após a explicação da pesquisa. Garantiu-se o anonimato, o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento e a participação na pesquisa com riscos mínimos para sua saúde, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2013a).

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 MODELO LÓGICO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

A partir da apreciação da teoria do Programa Saúde na Escola foi possível construir o modelo lógico conforme apresentado na Figura 4.



**Figura 4** – Modelo lógico do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017

Fonte: produção própria, 2017.

O modelo lógico apresenta a organização do Programa Saúde na Escola em três dimensões: estrutura, processo e resultado. Nesta figura foram apresentados itens correspondentes às dimensões supracitadas: objetivo, recursos, atividades, produto, resultados e impacto. Setas foram utilizadas para auxiliar a compreensão lógica entre os componentes do modelo para apresentar uma relação de dependência entre os itens da esquerda para a direita.

Na dimensão estrutura, identificam-se quatro componentes, quais sejam, recursos humanos, financeiros, infraestruturais e materiais.

Para o componente recursos humanos enquadram-se os agentes envolvidos nessa intervenção, a exemplo dos gestores e profissionais das áreas da saúde e da educação, profissionais de outras redes de serviços, educandos e seus pais ou responsáveis.

O componente recursos financeiros tem repasses destinados aos municípios bianualmente, de acordo com o quantitativo de escolas aderidas pelos gestores municipais, assim como referente aos valores destinados à realização das Semanas Saúde na Escola.

Em relação aos componentes infraestruturais, observou-se os espaços nos quais são executadas as atividades do programa. Esses espaços corresponde as escolas, unidades de saúde e/ou outros espaços da comunidade, a exemplo das instituições religiosas, conselhos locais, associações, organizações não-governamentais, entre outros.

Na dimensão processo, identificaram-se às atividades propostas pelas normatizações referentes à execução e ao planejamento do Programa Saúde na Escola. Na execução propõe-se as atividades de avaliação clínica e psicossocial, a exemplo da avaliação nutricional, oftalmológica e psicossocial. Para as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos exemplificam-se as temáticas de saúde sexual e reprodutiva, prevenção de violências e saúde ambiental. Há a proposição de atividades de formação dos profissionais e educação permanente, onde devem abranger as temáticas citadas anteriormente. Todas estas atividades devem ser sucedidas por uma semana de mobilização junto à comunidade escolar para proporcionar a divulgação do programa, a Semana Saúde na Escola.

Nas atividades referentes ao planejamento, tem-se a avaliação e o monitoramento das atividades realizadas, as reuniões de planejamento das atividades e reuniões intersetoriais entre gestores da saúde e educação.

A partir dos componentes de estrutura e processo identificados no modelo lógico do Programa Saúde na Escola, pode-se obter resultados à curto, médio e longo prazo, que correspondem, respectivamente aos componentes de produto, resultado e impacto. Este último almeja a melhoria da saúde, qualidade de vida e processo educativo propício ao desenvolvimento integral dos educandos.

## 5.2 GRAU DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Dos 144 profissionais de saúde elegidos para participarem da pesquisa, 105 foram incluídos na amostra. Dentre os 39 que não participaram, 18 são médicos, 11 auxiliares ou técnicos em enfermagem, quatro enfermeiros, quatro auxiliares ou técnicos em saúde bucal e dois odontólogos. Os motivos da não participação na pesquisa foram: não ter participado das atividades de saúde na escola (28), recusar participar da pesquisa devido ao excesso de atividades para cumprir em seu processo de trabalho (7) ou estar afastado das atividades profissionais durante o período de coleta de dados (4).

Quanto aos profissionais que participaram da pesquisa, a média de idade foi de 48,3 anos e o tempo em que exercem suas profissões, atuam na ESF e no Programa Saúde na Escola em média são de, respectivamente, 22,3, 12,1 e 7,2 anos. Demais informações sobre a caracterização destes estão apresentadas na Tabela 3.

**Tabela 3** – Caracterização dos participantes da pesquisa – Natal – 2017

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Distrito Sanitário</b>		
Sul	5	4,8
Leste	16	15,2
Oeste	27	25,7
Norte I	30	28,6
Norte II	27	25,7
<b>Sexo</b>		
Masculino	16	15,2
Feminino	89	84,8
<b>Categoria Profissional</b>		
Médico	6	5,7
Enfermeiro	20	19,0
Auxiliar ou Técnico em Enfermagem	13	12,4
Agente Comunitário de Saúde	24	22,9
Odontólogo	22	21,0
Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal	20	19,0
<b>Qualificação Profissional</b>		
Ensino Médio	17	16,2
Curso Técnico	33	31,4
Graduação	20	19,0
Especialização	28	26,7
Mestrado	5	4,8
Doutorado	2	1,9
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

A partir dos dados apresentados, observa-se que, proporcionalmente ao número de US em cada DS, o maior quantitativo de profissionais que participaram da pesquisa diz respeito aqueles que atuam nas US inseridas no DS Norte I (28,6%). Por outro lado, houve menor número de participantes que exercem suas atividades em US do DS Sul (4,8%).

Predominaram profissionais do sexo feminino (84,8%), das categorias profissionais agentes comunitários de saúde (22,9%) e odontólogos (21,0%). E tratando-se da qualificação profissional, observou-se maior participação dos que possuem formação técnica (31,4%) e especializações (26,7%).

As respostas apresentadas por estes participantes permitiram identificar o percentual de critérios e itens elegidos para avaliar o grau da implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Natal, conforme apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4** – Classificação do grau da implantação do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017

<b>Dimensões e Critérios</b>	<b>Esperada</b>	<b>Obtida</b>	<b>Grau da Implantação (%)</b>	<b>Classificação da Implantação</b>
<b>Estrutura</b>	<b>30,76</b>	<b>9,04</b>	<b>29,39</b>	<b>Implantação Incipiente</b>
Recursos humanos	7,69	3,68	47,85	Implantação Incipiente
Recursos financeiros	7,69	1,25	16,25	Não Implantado
Recursos infraestruturais	7,69	1,58	20,55	Não Implantado
Recursos materiais	7,69	2,53	32,90	Implantação Incipiente
<b>Processo</b>	<b>69,24</b>	<b>24,19</b>	<b>34,94</b>	<b>Implantação Incipiente</b>
Reuniões de planejamento no território	7,69	6,15	79,97	Totalmente Implantado
Reuniões de planejamento da gestão municipal	7,69	3,08	40,05	Implantação Incipiente
Agendamento das atividades	7,69	4,24	55,13	Parcialmente Implantado
Nível de ensino das escolas	7,69	2,32	30,17	Implantação Incipiente
Semana Saúde na Escola	7,69	0,95	12,35	Não Implantado
Atividades de avaliação clínica e psicossocial	7,69	1,54	20,02	Não Implantado
Atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos	7,69	1,44	18,72	Não Implantado
Atividades de formação dos profissionais e educação permanente	7,69	2,34	30,43	Implantação Incipiente
Registro e monitoramento de informações	7,69	2,13	27,70	Implantação Incipiente
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>33,23</b>	<b>33,23</b>	<b>Implantação Incipiente</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

A análise dos dados permitiu identificar que o Programa Saúde na Escola apresenta implantação incipiente (33,23%) no Município de Natal. A mesma classificação foi observada na análise das dimensões estrutura (29,39%) e processo (34,94%).

Dentre os quatro critérios da dimensão estrutura apreciados, dois apresentaram implantação incipiente: recursos humanos (47,85%) e recursos materiais (32,90%). Os critérios recursos financeiros (16,25%) e recursos infraestruturais (20,55%) mostraram-se não implantados.

Na dimensão processo, nove critérios foram elegidos para avaliação, no qual evidenciou-se que as quatro classificações utilizadas para avaliação do grau da implantação estiveram presentes em todos eles.

O único critério classificado como totalmente implantado no Município de Natal foi o que corresponde às reuniões de planejamento das atividades do programa no território pelos profissionais (79,97%). Estas reuniões não acontecem especificamente para esse fim e fazem parte das que são realizadas semanalmente para o planejamento das demais atividades da unidade de saúde, denominada pelos profissionais de reuniões de equipes.

O único critério que obteve a classificação parcialmente implantado foi o agendamento das atividades (55,13%). Essas atividades referem-se à programação por parte da equipe em executar as atividades preconizadas no programa, as quais podem acontecer em uma periodicidade semanal até semestral.

Na dimensão processo quatro critérios foram classificados como incipientes: reuniões de planejamento da gestão municipal; nível de ensino das escolas; atividades de formação dos profissionais e educação permanente; registro e monitoramento de informações.

As reuniões de planejamento da gestão municipal (40,05%), acontecem tanto a nível do DS do qual a unidade de saúde faz parte, como a nível da gestão do programa no município, onde pode ser realizado pela Secretaria de Saúde ou pela Secretaria de Educação.

Em relação ao nível de ensino das escolas (30,17%) que faz referência a execução das atividades de saúde na escola, foi possível observar que elas acontecem prioritariamente na modalidade de ensino fundamental, também desenvolvidas na educação infantil, no ensino médio e na EJA.

Para as atividades de formação dos profissionais e educação permanente (30,43%), foram consideradas todas as capacitações relacionadas à saúde na escola em que os profissionais participaram e que foram realizadas por gestores da área da saúde ou da educação ou outros setores da sociedade.



No que tange ao critério correspondente ao registro e monitoramento de informações (27,70%), evidenciou-se que estes registros são utilizados para subsidiar o monitoramento e a avaliação das atividades que são executadas, embora realizada de forma elementar pelos profissionais.

Os critérios supracitados são detalhados na Tabela 5, em que é possível observar a distribuição e o quantitativo total de itens avaliados em cada critério e o total de itens por grau de implantação.

**Tabela 5** – Distribuição dos itens e graus de implantação identificados na avaliação do Programa Saúde na Escola – Natal – 2017

Dimensões e Critérios	Itens Avaliados N (%)	Grau da Implantação			
		Não Implantando	Implantação Incipiente	Parcialmente Implantado	Totalmente Implantado
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Estrutura</b>	<b>47 (100,0)</b>	<b>21 (44,69)</b>	<b>12 (25,53)</b>	<b>9 (19,14)</b>	<b>5 (10,64)</b>
Recursos humanos	13 (100,0)	4 (30,77)	2 (15,38)	3 (23,08)	4 (30,77)
Recursos financeiros	1 (100,0)	1 (100,0)	-	-	-
Recursos infraestruturais	6 (100,0)	5 (83,33)	-	-	1 (16,67)
Recursos materiais	27 (100,0)	11 (40,74)	10 (37,04)	6 (22,22)	-
<b>Processo</b>	<b>30 (100,0)</b>	<b>17 (60,71)</b>	<b>9 (32,15)</b>	<b>1 (3,57)</b>	<b>1 (3,57)</b>
Reuniões de planejamento no território	1 (100,0)	1 (100,0)	-	-	-
Reuniões de planejamento da gestão municipal	1 (100,0)	-	1 (100,0)	-	-
Agendamento das atividades	1 (100,0)	-	-	1 (100,0)	-
Nível de ensino das escolas*	5 (100,0)	2 (40,00)	1 (20,0)	-	1 (20,0)
Semana Saúde na Escola	1 (100,0)	1 (100,0)	-	-	-
Atividades de avaliação clínica e psicossocial	9 (100,0)	6 (66,67)	3 (33,33)	-	-
Atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos	8 (100,0)	6 (75,00)	2 (25,0)	-	-
Atividades de formação dos profissionais e educação permanente	1 (100,0)	-	1 (100,0)	-	-
Registro e monitoramento de informações**	3 (100,0)	1 (33,33)	1 (33,33)	-	-
<b>Total</b>	<b>77 (100,0)</b>	<b>38 (50,67)</b>	<b>21 (28,0)</b>	<b>10 (13,33)</b>	<b>6 (8,0)</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Notas:

\* Entre os cinco itens avaliados, o item educação profissional não citada pelos profissionais.

\*\* Entre os três itens avaliados, o item SIMEC não foi citado pelos profissionais.

Na dimensão estrutura é possível identificar que os critérios com maior número de itens avaliados foram os recursos humanos e os recursos materiais, que tiveram implantação incipiente.

O primeiro (recursos humanos) contabilizou 13 itens (100,0%) avaliados, sendo que, quatro (30,77%) receberam classificação totalmente implantado, três (23,08%) parcialmente implantados, dois (15,38%) implantação incipiente e quatro (30,77%) não implantados.

Deste modo, além dos profissionais que compõem as equipes das unidades de saúde e das instituições escolares, foram contabilizados os gestores desses dois setores, outros profissionais de ensino superior, acadêmicos, pessoal de apoio técnico e administrativo das instituições de educação. Deste modo, predominou a participação dos profissionais da área da saúde em detrimento dos profissionais do setor educação.

No item recursos materiais foram avaliados todos os materiais necessários ao planejamento e à execução das atividades do Programa Saúde na Escola: 27 (100,0%) itens. Observou-se que há maior disponibilidade de materiais para subsidiar atividades educativas (caneta, lápis grafite e papel ofício), de materiais relacionados às atividades de saúde bucal (luvas, escova, creme dental e flúor), avaliação antropométrica (fita métrica, balança e régua antropométrica) e educativas (materiais educativos e demonstrativos).

Os recursos financeiros foi avaliado com apenas um item (100,0%). Dentre os demais critérios da dimensão estrutura, foi o que recebeu menor grau de implantação. Deste modo, foi identificado que estão presentes em quantidade insuficiente para subsidiar a execução das atividades do programa.

O critério recursos infraestruturais contemplou seis (100,0%) itens, de modo que apenas um (16,67%) foi caracterizado como implantado. Outros cinco (83,33%) foram classificados como não implantados e incluem espaços das USF, instituições religiosas, organizações não governamentais, conselhos e ginásios poliesportivos.

Na dimensão processo, o primeiro critério avaliado foi à realização de reuniões de planejamento das atividades do programa pelos profissionais de saúde e educação no território da unidade de saúde. Neste critério, considerado como único (100,0%) item, sua classificação foi não implantado. Outro critério foi a realização de reuniões de planejamento do programa por parte da gestão, também considerado como único (100,0%) item, apresentou-se incipiente.

A realização de agendamentos das atividades do Programa Saúde na Escola entre as atividades diárias executadas na ESF foi outro critério considerado como item (100,0%). Ele foi classificado como parcialmente implantado, o que mostra que esses agendamentos são

realizados, embora permeiem períodos diferentes, como é o caso das atividades agendadas para acontecerem semanalmente e aqueles que somente acontecem a cada seis meses.

O critério nível de ensino das escolas nas quais as atividades são executadas, foi possível identificar que a Educação Técnica e Profissionalizante não foi referida pelos profissionais. Dois (40,0%) itens (ensino médio e EJA) foram caracterizados como não implantado e um (20,0%) item (educação infantil) foi classificado como incipiente. O único (20,0%) item classificado como implantado foi a modalidade de ensino fundamental.

O critério Semana Saúde na Escola correspondeu a apenas o (100,0%) item avaliado, mostrando que essa mobilização tem sido identificada como não implantada no Município de Natal.

Observa-se ainda que o critério atividades de avaliação clínica e psicossocial, composto por nove (100,0%) itens, obteve três (33,33%) deles classificados como incipientes (avaliação antropométrica, avaliação da situação vacinal e avaliação da saúde bucal). Essa última com maior frequência. Os demais itens (66,67%) foram classificados como não implantados.

O critério atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos teve oito (100,0%) itens avaliados. Destes seis (75,0%) apresentaram-se não implantados e dois (25,0%) incipientes. Estes dois últimos itens referem-se às atividades de saúde sexual reprodutiva, IST/Aids, além do critério nomeado como outras temáticas.

Outro critério avaliado se refere às atividades de formação dos profissionais e educação permanente. Esta se caracteriza por apenas um (100,0%) item e foi verificado que estas atividades obtiveram grau de implantação incipiente.

O critério registro e monitoramento de informações teve um item não referido pelos profissionais, o SIMEC. Outros dois itens (50,0%) foram identificados: os livros de registros e fichas de evolução (50,0%) que foram classificados como não implantado e o item registro de informações no e-SUS/AB (50,0%), classificado como incipiente.

## 6 DISCUSSÃO

A construção do modelo lógico do Programa Saúde na Escola a partir das preconizações normativas permitiu compreender como se dá a sua organização e funcionamento. Essa proposta difere de outro modelo lógico que tem a sua construção fundamentada em um contexto de execução do programa (FONTENELE et al., 2017).

O fato de representar uma intervenção em execução pode contribuir para diferenciá-la do modo como é prevista e como é encontrada em seu desenvolvimento. Deste modo reforça-se a necessidade de construção dessa figura para subsidiar processos avaliativos que estabeleçam essa comparação nos diferentes contextos.

O grau da implantação incipiente identificado no Município de Natal ressalta à necessidade de aprimoramento do programa. Ao longo de uma década de existência, a implantação do programa em diversos municípios pode apresentar dificuldades. Ainda assim, considera-se que essa intervenção pode lograr êxito em sua implantação, a exemplo do que é apresentado no estudo de Santiago et al. (2012), mostrando que é possível executá-lo conforme preconizado em suas normatizações.

Resultados semelhantes aos identificados no presente estudo foram encontrados em pesquisa realizada em outro município deste estado sobre o Programa Saúde na Escola. Os achados corroboram com a classificação incipiente identificada na dimensão estrutura deste estudo, quando foi observado que os recursos e estruturas disponíveis são insuficientes para o desenvolvimento do programa (SILVA, U. O. A. et al., 2017).

Identificou-se que os profissionais com maior atuação no programa foram odontólogos, seguidos pelos agentes comunitário de saúde e técnicos ou auxiliares em saúde bucal. Por outro lado, os profissionais com participação inexpressiva tratam-se daqueles que atuam no setor educação, a exemplo de professores e coordenadores pedagógicos. Isso remete à situação de que na execução das atividades do Programa Saúde na Escola, a maior participação diz respeito aos profissionais da área da saúde.

Ressalta-se que esse aspecto inviabiliza a atuação intersetorial preconizada nas normatizações, com maior destaque em um setor, planejamento e execução das ações, quando se propõe a articulação da saúde com a educação. Estudo também identificou a ênfase apenas do setor saúde nessas decisões. Neste contexto de execução do programa espera-se que os profissionais da saúde vão à escola realizar as atividades e não que eles promovam ações com os profissionais das escolas (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017).

A classificação não implantada observada no componente recursos financeiros remete ao possível desconhecimento por parte dos profissionais que participaram da pesquisa, visto que a execução do programa depende dos repasses financeiros que, embora não sejam transferidos aos profissionais em forma de forma líquida, são convertidos em recursos materiais e ou de outros tipos que auxiliarão na execução do programa.

Convém ressaltar que, para os municípios que aderiram ao programa, é disponibilizado o valor de R\$ 5.676,00 para até 600 educandos pactuados e a cada aumento de 1 a 800 educandos, serão acrescidos R\$ 1.000 nesse custeio. Esses valores são repassados fundo a fundo, onde o município tem autonomia para utilizá-lo em sua execução. No entanto, as escolas que executam as atividades e que não foram pactuadas não recebem o incentivo (BRASIL, 2017).

Deste modo, os profissionais da ESF que desenvolvem atividades de saúde em escolas não pactuadas acabam por não contarem com suportes financeiros e isso pode comprometer o acompanhamento da situação de saúde dos educandos que residem no território da unidade.

Quanto aos recursos infraestruturais, ressalta-se que embora esse critério tenha sido classificado como não implantado, um dos seus itens obteve a classificação máxima, o espaço da escola. Isso mostra que as atividades de saúde na escola são executadas prevalentemente nas instituições escolares. No entanto, faz-se necessária a criação de espaços comunicativos que contribuam para a intersectorialidade de modo que parcerias sejam sustentadas com outras instituições, a exemplo de igrejas, associações, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros (SANTOS et al., 2012).

Os recursos materiais, identificados como incipientes no município, são considerados de suma importância na execução das atividades do programa. No entanto, convém ressaltar que a falta destes pode dificultar o desempenho dos profissionais. Essa situação também foi identificada em estudo que apontou deficiência de materiais disponíveis no planejamento e execução das atividades do programa (JACÓE et al., 2014). Ainda pode ser identificado em outro estudo que os recursos materiais clínicos e didáticos não foram recebidos pelos municípios e que isso dificultaria o andamento das atividades do programa (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017).

Ressalta-se a importância de buscar a disponibilidade desses recursos para a efetividade do Programa Saúde na Escola. No entanto, o que identifica-se no município investigado é a precariedade em sua disponibilidade. Por isso, sugere-se que a gestão municipal, a frente das secretarias de Saúde e Educação, busque a constante articulação no intuito de disponibilizar tais recursos.

As reuniões de planejamento no território mostraram-se bastante presentes no município ao apresentarem-se como o único critério da dimensão processo classificado como totalmente implantado. Essa situação ressalta que as equipes realizam o planejamento das atividades de saúde escolar em reuniões que não são específicas para esse fim (reuniões de equipes).

O planejamento das atividades do Programa Saúde na Escola em reuniões de eSF pode, no entanto, dificultar a presença dos profissionais da educação, já que acontece de acordo com a disponibilidade da equipe de saúde. Com isso, ressalta-se a necessidade de que essas reuniões sejam organizadas de modo a adequar às possibilidades dos profissionais dos setores da educação e da saúde.

Ainda referente às reuniões de planejamento, ressalta-se a necessidade de que aconteçam também lideradas por parte da gestão do programa. No município de Natal as reuniões são ofertadas exclusivamente pelos representantes dos DS ou das Secretarias de Saúde e de Educação. No entanto, conforme observado em outro estudo é necessário reforçar a intersetorialidade, de modo que nos GTIs haja a presença de outros setores, a exemplo da assistência social, meio ambiente, esporte, entre outros (SILVA, G. F., 2017).

Ainda que não tenha sido identificado no presente estudo como acontece à articulação entre profissionais, ressalta-se a necessidade de integração dos profissionais com a gestão do programa. Essa articulação pode contribuir com um espaço participativo e com a promoção da saúde (FARIAS et al., 2016).

A dificuldade de articulação também foi identificada em pesquisa que analisou os limites e possibilidades da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. O estudo revelou importante dificuldade tanto entre a gestão, quanto entre esta e os profissionais que executam a intervenção (SILVA JÚNIOR, 2014).

Outro critério analisado que merece destaque se refere à existência de agendamento para desenvolvimento de atividades do Programa Saúde na Escola. Classificado como parcialmente implantado, ainda se tem a execução de atividades eventualmente. Essa situação exerce influência negativa por estar em desacordo com o caráter contínuo e processual preconizado no programa (MONTEIRO; BIZZO, 2015).

A análise dos níveis de ensino nos quais as atividades de saúde escolar são desenvolvidas possibilitaram identificar que elas estão implantadas em maior quantidade no ensino fundamental. Por outro lado, existe a ausência do desenvolvimento dessas atividades na modalidade de ensino de educação profissional e tecnológica e presença discreta dessas atividades na modalidade da EJA.

Reforça-se que as atividades de saúde na escola são direcionadas a toda rede de educação básica, o que inclui os níveis de ensino supracitados. Com isso, faz-se necessário que os gestores e profissionais de saúde dialoguem quanto às estratégias para se promover a execução dessas atividades de saúde para além do ensino fundamental. É inevitável considerar que desafios se impõem contribuindo para que isso não aconteça. Como exemplo, cita-se a elevada carga de atribuições ressaltadas pelos profissionais de saúde em seus processos de trabalhos (PENSO et al., 2013).

O critério Semana Saúde na Escola apresentou menor grau de implantação entre todos os itens avaliados. Em oposição a este resultado, pesquisa realizada em municípios do Estado do Paraná identificou que mais de 60% dos participantes realizaram essa atividade de mobilização (SILVA, A. C. F., 2014). Isso mostra que, a depender da localidade da implantação do programa, esse critério tem variações no grau da implantação. A ausência dessa atividade durante o início do ano letivo pode comprometer a realização das atividades previstas no transcorrer do ano. Por isso, faz-se necessário que a integração dos profissionais aconteça desde o contato inicial entre a escola e a unidade de saúde contribuindo com escolha da temática prioritária e trabalhando-a de modo a promover o conhecimento entre os envolvidos.

Com isso, sugere-se que a gestão do município incentive a realização da Semana Saúde na Escola a cada início de período letivo, de modo que os profissionais sigam a temática prioritária estabelecida a nível nacional além da que for identificada como necessária no município e/ou na escola.

Os critérios atividades de avaliação clínica e psicossocial e atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos que apresentaram classificação não implantada sugerem a necessidade de maior atenção por parte dos envolvidos no programa, visto serem essas atividades de maior importância na implantação. Também reforça-se que as atividades de avaliação clínica e psicossocial não se sobressaiam as demais, visto que a proposta do programa é capacitar os educandos para que sejam agentes importantes sobre o processo saúde-doença.

É incontestável que essa não é uma realidade exclusiva do município investigado e sim de todas as regiões do país, quando 80% das eSF realizaram atividades de avaliação das condições clínicas (TEIXEIRA et al., 2014). Nessa pesquisa, as atividades mais comumente executadas correspondem às que foram identificadas em outro estudo que apontam a avaliação da saúde bucal, avaliação antropométrica e atualização do calendário vacinal como as mais executadas (TEIXEIRA et al., 2014).



As atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças também foram realizadas em menor quantitativo quando comparado com as de avaliação das condições de saúde. Destacam-se entre elas as ações de educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das IST/Aids, ações de segurança alimentar e alimentação saudável e as de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas (TEIXEIRA et al., 2014).

Outro estudo também apresentou achados semelhantes ao mostrar que entre todas as regiões brasileiras prevaleceram as atividades de avaliação clínica e psicossocial em detrimento das de promoção da saúde e prevenção de doenças. No entanto, este estudo identificou que a capacitação dos profissionais para atuar no Programa Saúde na Escola precisa ser fortalecida, situação característica também apontada no estudo realizado por Machado et al. (2015).

O julgamento avaliação incipiente identificado no critério atividades de formação dos profissionais e educação permanente, mostra a necessidade de reforçar as capacitações dos profissionais de saúde e educação para atuarem no programa. No entanto, é preciso considerar que eles possuem diferentes níveis de formação, o que sugere que estas capacitações contemplem as particularidades de cada profissional e sejam planejadas a partir das necessidades apresentadas.

As normatizações do programa indica que a capacitação profissional seja de forma contínua e permanente por compreender a necessidade imposta a esses profissionais diante da amplitude de temáticas trabalhadas no Programa Saúde na Escola e a necessidade de integração constante deste na efetividade das ações (BRASIL, 2015).

Quanto ao último critério avaliado, registro e monitoramento de informações, observa-se que no município estudado sua realização é incipiente por utilizarem apenas o e-SUS/AB, quando deveriam ser realizadas também por meio do SIMEC. Considera-se que a não inserção dessas informações nos sistemas de informação podem prejudicar o monitoramento e a avaliação do programa por não possibilitar que os gestores realizem o diagnóstico situacional e possam direcionar os recursos para essas atividades (MACHADO et al., 2015).

Na presente investigação, os dados relacionados ao planejamento e as atividades do programa são organizadas em livros de registros e fichas de evolução. Essas informações subsidiam que as equipes tenham ciência e acompanhem à execução das ações, embora não sejam repassadas aos gestores do programa.

Diante da predominância das classificações incipientes e não implantadas identificadas, faz-se imprescindível que a gestão e os profissionais do Programa Saúde na Escola construam vínculos e parcerias junto à comunidade na qual as escolas estão inseridas.

Isso contribuirá com o aprimoramento das práticas de saúde escolar a partir do planejamento e execução de estratégias que incentivem o processo educativo saudável dos educandos.

O Programa Saúde na Escola mostra-se como importante intervenção nesse cenário, a medida em que proporciona com que os estudantes de escolas públicas participem de discussões sobre temáticas bastante presentes no contexto em que vivem, como o uso de droga, prevenção de violência e saúde sexual e reprodutiva.

Isso é fundamental quando se observa a situação atual da sociedade, pulverizada de casos que impactam diretamente na saúde dos estudantes e demais membros da comunidade escolar. Como se observa em casos de violência de natureza física, verbal ou simbólica contra professores (SOARES; MACHADO, 2014). Ou ainda, o que se observa constantemente na imprensa casos em que, pessoas vítimas do *bullying* e de outros tipos de violência escolar provocam tragédias que colocam em risco a vida de estudantes e professores. Exemplo disso aconteceu em 2011 em uma escola da Cidade do Rio de Janeiro no bairro Realengo onde 12 foram vítimas da chacina (SILVA; ASSIS, 2017).

Com característica de crescimento constante nas escolas, esse contexto de violência também pode contribuir com que outros problemas surjam. O suicídio ou sua ideação, por exemplo, são fatores que podem estar presentes nos estudantes em consequência das situações de violência na escola (PIGOZI; MACHADO, 2015; ZEQUINAO et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2017). Situações como estas mostram a importância de intervenções que incentivem a atuação dos profissionais de saúde, educação e estudantes nestas temáticas, e ressaltam a necessidade do amparo e treinamento para lidarem diante destes aspectos (PIGOZI; MACHADO, 2015).

Tais temáticas estão propostas no Programa Saúde na Escola, como se pode identificar a proposta de execução de atividades de avaliação psicossocial, prevenção ao uso do álcool, *crack*, tabaco e outras drogas, promoção da cultura de paz e do respeito aos direitos humanos e prevenção de violências e acidente, além de ações de capacitação dos profissionais de educação e saúde para atuarem nestas temáticas. Por isso, reforça-se que a implantação do programa conforme as normatizações com objetivo de alcançar a sua efetivação.

Resta deste modo, que seja reafirmada por parte da gestão a importância do Programa Saúde na Escola enquanto política destinada à promoção da saúde de crianças e adolescentes no ambiente escolar. Reitera-se que estes aspectos de reconhecimento sejam expandidos para os profissionais que atuam no programa com vistas a primazia da atuação intersetorial nas atividades do programa.

## 7 CONCLUSÃO

A construção do modelo lógico normativo do Programa Saúde na Escola e da identificação dos critérios correspondentes à estrutura e processo foi possível identificar o grau da implantação do programa no município campo de pesquisa, indicando que o programa possui implantação incipiente, grau identificado também em suas dimensões estrutura e processo.

Identificou-se que os recursos humanos são os que apresentaram maior grau da implantação, embora tenham sido classificados como incipientes. Estão disponíveis em quantidade insuficiente ou inadequada, de modo que dificultam ou impossibilitam a realização das atividades previstas no Programa Saúde na Escola.

Os recursos infraestruturais foram classificados como não implantados de modo que o ambiente escolar foi utilizado prevalentemente na execução das atividades do programa; demais recursos infraestruturais foram pouco explorados pelos profissionais, a exemplo de ONGs, conselhos comunitários e instituições religiosas. A mesma classificação também foi identificada nos recursos financeiros, em que os profissionais, na sua maioria, desconhecem a aplicação e utilização desses valores a execução das atividades de saúde escolar.

Dos critérios avaliados na dimensão processo, a realização de reuniões de planejamento entre os profissionais no território da unidade de saúde foi o único critério classificado como implantado. No entanto, o critério referente às reuniões realizadas pelos gestores apresentou classificação incipiente, ressaltando assim que os GTI necessitam serem fortalecidos no município pesquisado.

No que refere-se ao agendamento das atividades pelos profissionais, este foi classificado como parcialmente implantado em decorrência da periodicidade que varia de semanalmente até uma vez a cada semestre.

As atividades de saúde escolar são realizadas prevalentemente com estudantes do ensino fundamental em detrimento dos demais níveis de ensino, motivo pelo qual contribuiu para que o critério nível de ensino fosse classificado como incipiente.

O critério referente à Semana Saúde na Escola foi classificado como não implantado e apresentou o menor grau de implantação entre os demais avaliados. Isso ressalta que essa atividade pouco tem sido realizada no município pelos profissionais de saúde de modo que se faz necessária a execução no início do período letivo para promover o conhecimento da temática prioritária no território.

As atividades de avaliação clínica e psicossocial são executadas em maior quantidade em relação às atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, embora também apresentando classificação não implantada.

As capacitações dos profissionais que atuam no programa apresentam-se implantadas parcialmente, no entanto, chama-se atenção para à necessidade de efetividade dos processos pedagógicos, de modo que se considere às particularidades e nível de educação dos profissionais que se pretende capacitar. É necessário aumentar a presença dessas formações para incentivar a participação dos profissionais da saúde e educação a executarem as atividades previstas no Programa Saúde na Escola.

O registro e monitoramento de informações em sistemas mostrou-se incipiente no município e são realizados principalmente a partir de registros no e-SUS/AB e em livros de registros e fichas de evolução.

Faz-se necessário que a gestão do Programa Saúde na Escola reforce a implantação das atividades previstas, de modo a ofertar uma estrutura suficiente à execução das ações previstas neste programa. Isso é possível mediante a gestão participativa dos agentes envolvidos nessa intervenção, alocando estratégias que contribuam com esse processo.

Incentiva-se que outros estudos possam abranger professores no sentido de compreender e melhor identificar e confrontar informações referentes a participação destes junto aos profissionais de saúde.

Ainda que não foi possível envolver os professores neste estudo salienta-se a relevância das informações apresentadas, visto que elas podem subsidiar e incentivar com que interessados no programa hajam no sentido de promover sua melhoria. Embora os achados refiram-se a um contexto específico de implantação do programa as informações podem sugerir que os mesmos achados também mostrem-se semelhantes em outros cenários, motivo pelo qual encoraja-se que esta metodologia seja aplicada em pesquisas avaliativas do Programa Saúde na Escola em outros municípios.

## REFERÊNCIAS

- ATLAS BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Natal, RN**. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/natal\\_rn](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/natal_rn)>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 9. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 320 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 24 p.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 234, 6 dez. 2007. Seção 1, p. 2-3.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 204, 24 out. 2011b. Seção 1, p. 48-55.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 112, 13 jun. 2013a. Seção 1, p. 59-62.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Manual Instrutivo: Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do Gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 2.1 [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 171 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_CDS\\_2\\_1\\_PRELIMINAR.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_2_1_PRELIMINAR.pdf)>. Acesso em: 4 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 79, 26 abr. 2017, Seção 1, p. 36-37.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Division of Oral Health. **Steps for developing a logic model workbook**. Atlanta: CDC, 2001. 34 p. Disponível em: <[https://www.cdc.gov/oralhealth/state\\_programs/pdf/logic\\_models.pdf](https://www.cdc.gov/oralhealth/state_programs/pdf/logic_models.pdf)>. Acesso em: 4 nov. 2017.

CHAMPAGNE, F. et al. A análise de implantação. In: BROUSSELE, A. et al. (Orgs.). In: **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. p. 217-238.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as Intervenções. In: BROUSSELE, A. et al. (Orgs.). In: **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. p. 61-74.

CHAMPAGNE, F. et al. A Apreciação Normativa. In: BROUSSELE, A. et al. (Org.). In: **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011c. p. 77-94.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

CORDONI JUNIOR, L. **Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva**. Londrina: Eduel, 2013. 117 p.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 285-317.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, dez. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELE, A. et al. (Orgs.). In: **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 19-39.

FARIA, L. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde Pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 27, p. 173-212, dez. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332006000200008>>. Acesso em 4 nov. 2017.

FARIAS, I. C. V. et al . Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 261-267, jun. 2016.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02642014>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p.

FERREIRA, V. S. C.; SILVA, L. M. V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 103-150.

FERRIANI, M. G. C, GOMES, R. **Saúde Escolar: contradições e desafios**. Goiânia: AB Editora, 1997. 74 p.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, mar. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200015>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

FONTENELE, R. M. et al. Participative construction and validation of the logical model of the School Health Program. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 167-179, mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s13>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

FRIAS, P. G. et al. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 43-55.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

GOMES, L. C. **O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro**. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GOMES, C. M.; HORTA, N. C. Promoção de Saúde do adolescente em âmbito escolar. **Revista de APS**, v. 13, n. 4, p. 486-499, out./dez. 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/897/394>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, jul./dez. 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200009>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. **Natal, RN**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/G33>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p. Disponível em:

<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

IERVOLINO, S. A. **Escola promotora de saúde: um projeto de qualidade de vida**. 157 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

JACÓE, N. B. et al. O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 24, supl. 1, p. S43-S48, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/exportar-pdf/551/v24s1a07.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

JANNUZZI, P. M. **Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas**. Campinas: Alínea, 2016. 164 p.

LADEIRA, F. Integração intersetorial desenvolve o PSE em Senador Pompeu. **Revista Brasileira Saúde da Família**, v. 12, n. 33, p. 49-50, set./dez. 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista\\_brasileira\\_saude\\_familia\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_brasileira_saude_familia_33.pdf)>. Acesso em: 4 nov. 2017.

LANGFORD R. et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 4, n. CD008958. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

LIMA, D. V. M. Research design: a contribution to the author. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niteroi, v. 10, n. 2, p. 1-18, maio/ago. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113648>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 307-312, set./dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96709>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

MACHADO, W. D. et al. Programa Saúde na Escola: um olhar sobre a avaliação dos componentes. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 15, n. 1, p. 62-68, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/929/558>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

MARINHO, M. N. A. S. B. **Programa Saúde nas Escolas (PSE) na região metropolitana do Cariri: dos processos formativos aos cenários de práticas**. 239 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

MEDEIROS, E. R. et al. Avaliação da situação vacinal no Programa Saúde na Escola: enfocando proposta de modelo lógico. In: PINTO, E. S. G.; SOUZA, N. L. (Orgs.). **Caminho para a avaliação em saúde: elaboração de modelos lógicos como passo inicial**. Curitiba: Editora CVR, 2017. p. 17-30.



MEDINA, F. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MONTEIRO, P. H. N.; BIZZO, N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 411-428, jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014005000028>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades Municipais de Saúde**. Disponível em: <<http://natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-180.html>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. **Alunos de Natal se beneficiam do Programa Saúde na Escola**. Disponível em: <<https://www.natal.rn.gov.br/noticia/ntc-16794.html>>. Acesso em: 24 set. 2017.

NEVES, M. B.; ROMERO, L. C. A política brasileira de prevenção da síndrome da imunodeficiência adquirida na escola (1994-2014) e o papel da organização das nações unidas para a educação, a ciência e a cultura. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 38, n. 141, p. 1-15, out./dez. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/es0101-73302017166435>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

OLIVEIRA, W. A. et al. Students' health: an integrative review on family and bullying. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1553-1564, maio. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.09802015>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

PENSO, M. A. et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 542-553, jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200023>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

PETERLINI, O. L. G.; ZAGONEL, I. P. Explorando a avaliação: um instrumento básico para o gerenciamento do cuidado em saúde coletiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 18-25, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v8i2.1690>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

PIGOZI, P. L.; MACHADO, A. L. Bullying na adolescência: visão panorâmica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3509-3522, nov. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.05292014>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

RASCHE, A. S.; SANTOS, M. S. S. Enfermagem escolar e sua especialização: uma nova ou antiga atividade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 607-610, ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400022>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-1029, dez. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600020>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SANTOS, A. A. G. et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1275-1284, maio. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500021>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

SANTOS, P. F. B. B. **Avaliação do Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte**. 2013. 236 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

SILVA, A. C. F. **Programa Saúde na Escola: Análise da gestão local, ações de alimentação e nutrição e estado nutricional dos escolares brasileiros**. 162 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SILVA, G. F. **O programa saúde na escola em municípios paranaenses na visão de gestores**. 171 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2017.

SILVA, C. M. C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, ago. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500028>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

SILVA, U. O. A. et al. Health program in a Brazilian school. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 59, n. 1, p. 28-33, fev. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21149/8412>>. Acesso em 4 nov. 2017.

SILVA, U. O. A. **Programa Saúde na Escola: estado nutricional e saúde bucal dos escolares, na cidade de Mossoró-RN**. Mossoró, 2015. 73 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

SILVA, F. R.; ASSIS, S. G. Prevenção da violência escolar: uma revisão da literatura. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 43, n. 3, 1-13, out./dez. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1517-9702201703157305>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1777-1788, jun. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

SILVA JUNIOR, A. J. School health program: limits and intersectoral possibilities. **Interface – Comunicação, Saúde,**

- Educação**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 799, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0583>>. Acesso em: 4 nov. 2017.
- SOARES, M. B.; MACHADO, L. B. Violência contra o professor nas representações sociais de docentes. **Revista Perspectiva**, Florianópolis, v. 32, n. 1, p. 333-354, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5007/2175-795X.2014v32n1p333>>. Acesso em: 4 nov. 2017.
- SOUSA, M. C.; ESPERIDIAO, M. A.; MEDINA, M. G. Intersectorality in the 'Health in Schools' Program: an evaluation of the political-management process and working practices. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, jun. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>>. Acesso em: 4 nov. 2017.
- STOREY, K. E. et al. Essential Conditions for the Implementation of Comprehensive School Health to Achieve Changes in School Culture and Improvements in Health Behaviours of Students. **BMC Public Health**, Londres, v. 16, n. 1133, p. 1-11, nov. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3787-1>>. Acesso em: 4 nov. 2017.
- TAKEUCHI, R. et al. Self-assessed approach to improving school health in Niger. **Rural and Remote Health**, Victoria, v. 13, n. 2354, 2013. Disponível em: <<http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=2354>>. Acesso em: 4 nov. 2017.
- TANAKA, O. Y. **Avaliação em Saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. São Paulo: Atheneu, 2017. 248 p.
- TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 52-68, out. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S005>>. Acesso em: 4 nov. 2017.
- TODOS PELA EDUCAÇÃO (TPE). **Anuário Brasileiro da Educação Básica 2017**. São Paulo: Editora Moderna. 2017. 175 p.
- TRIGWELL, J. et al. Process evaluation of a sport-for-health intervention to prevent smoking amongst primary school children: SmokeFree Sports. **BMC Public Health**, Londres, v. 15, n. 347, p. 1-17, abr. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1645-1>>. Acesso em: 4 nov. 2017.
- VIEIRA, M. E. M. **Programa Saúde na Escola**: a intersetorialidade em movimento. 121 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 110 p.
- VOLPE, S. L. et al. Process evaluation results from the HEALTHY nutrition intervention to modify the total school food environment, **Health Education Research**, Oxford, v. 28, n. 6, p. 970-978, dez. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/her/cyt096>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

W. K. KELLOGG FOUNDATION. **Using logic models to bring together planning, evaluation, and action:** logic model development guide. Battle Creek: W.K. Kellogg Foundation, 2004. Disponível em: <<http://www.wkkf.org/resource-directory/resource/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

WANG, H. et al. Cost-Effectiveness of Ready for Recess to Promote Physical Activity in Children. **Journal of School Health**, McLean, v. 87, n. 4, 278-285, mar. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/josh.12495>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

WING, Y. K. et al. A school-based sleep education program for adolescents: a cluster randomized trial. **Pediatrics**, v. 135, n. 3, p. e635-e643, mar. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1542/peds.2014-2419>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

ZEQUINAO, M. A. et al . School bullying: A multifaceted phenomenon. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 181-198, mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-9702201603138354>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

## APÊNDICES

## Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

### QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Número do Questionário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Entrevistador: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min  
Unidade de Saúde da Família: \_\_\_\_\_

#### 1 CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

**1.1 Idade:** \_\_\_\_\_

**1.2 Distrito Sanitário:**

- ( ) Sul
- ( ) Leste
- ( ) Oeste
- ( ) Norte I
- ( ) Norte II

**1.3 Sexo:**

- ( ) Masculino
- ( ) Feminino

**1.4 Categoria profissional:**

- ( ) Médico
- ( ) ACS
- ( ) Enfermeiro
- ( ) Odontólogo
- ( ) Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
- ( ) Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal

**1.5 Qualificação profissional**

- ( ) Ensino Médio
- ( ) Formação Técnica
- ( ) Graduação
- ( ) Especialização
- ( ) Mestrado
- ( ) Doutorado

**1.6 Há quanto tempo você trabalha na ESF?** \_\_\_\_\_

**1.7 Há quanto tempo você atua no PSE?** \_\_\_\_\_

## 2 DIMENSÃO ESTRUTURA

### 2.1 Quais profissionais atuam no PSE?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médico                            | <input type="checkbox"/> Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro                        | <input type="checkbox"/> Gestor da Unidade de Saúde         |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar ou Técnico em Enfermagem | <input type="checkbox"/> Gestor da Escola                   |
| <input type="checkbox"/> ACS                               | <input type="checkbox"/> Professores                        |
| <input type="checkbox"/> Odontólogo                        | <input type="checkbox"/> Outro: _____                       |

### 2.2 Existem recursos financeiros para o desenvolvimento das ações do PSE?

- Sim  
 Não

### 2.3 Em quais espaços são planejadas e executadas as atividades do PSE?

- Escolas  
 Unidades de Saúde da Família  
 Organizações não-governamentais  
 Instituições religiosas  
 Conselhos comunitários  
 Ginásios poliesportivos

### 2.4 Quais materiais você utiliza no planejamento e execução das atividades do PSE?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estetoscópio           | <input type="checkbox"/> Agulhas                |
| <input type="checkbox"/> Esfigmomanômetro       | <input type="checkbox"/> Algodão                |
| <input type="checkbox"/> Glicosímetro           | <input type="checkbox"/> Preservativos          |
| <input type="checkbox"/> Lanterna clínica       | <input type="checkbox"/> Material demonstrativo |
| <input type="checkbox"/> Otoscópio              | <input type="checkbox"/> Folders                |
| <input type="checkbox"/> Flúor                  | <input type="checkbox"/> Luvas                  |
| <input type="checkbox"/> Creme dental           | <input type="checkbox"/> Caneta                 |
| <input type="checkbox"/> Escova dental          | <input type="checkbox"/> Lápis grafite          |
| <input type="checkbox"/> Balança antropométrica | <input type="checkbox"/> Lápis de cor           |
| <input type="checkbox"/> Régua antropométrica   | <input type="checkbox"/> Papel ofício           |
| <input type="checkbox"/> Fita métrica           | <input type="checkbox"/> Cartolina              |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos           | <input type="checkbox"/> Manuais instrutivos    |
| <input type="checkbox"/> Imunobiológicos        | <input type="checkbox"/> Materiais educativos   |
| <input type="checkbox"/> Seringas               | <input type="checkbox"/> Outro: _____           |

## 3 DIMENSÃO PROCESSO

### 3.1 Existem reuniões de planejamento das atividades do PSE no território da USF?

- Sim  
 Não

### 3.2 Existem reuniões de planejamento das atividades do PSE a nível municipal?

- Sim  
 Não

**3.3 Existe agendamento para a execução das atividades do PSE?**

- Sim
- Não

**3.4 Quais os níveis de ensino desses educandos?**

- Educação Infantil
- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Educação Técnica e Profissionalizante
- Educação de Jovens e Adultos

**3.5 Durante o ano são oferecidas semanas de mobilização sobre saúde na escola?**

- Sim
- Não

**3.6 Quais atividades de avaliação clínica e psicossocial você desenvolve no PSE?**

- Avaliação antropométrica
- Avaliação e atualização da situação vacinal
- Detecção precoce de doenças crônicas (HAS, diabetes)
- Detecção precoce de doenças negligenciadas (hanseníase, tuberculose, malária)
- Avaliação oftalmológica
- Avaliação auditiva
- Avaliação nutricional
- Avaliação da saúde bucal
- Avaliação do desenvolvimento da linguagem
- Avaliação psicossocial

**3.7 Quais atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos você desenvolve no PSE?**

- Promoção da alimentação saudável e segurança alimentar
- Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas
- Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das IST/Aids
- Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas
- Promoção da cultura de paz e dos direitos humanos
- Prevenção das violências e acidentes
- Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável
- Outra: \_\_\_\_\_

**3.8 Você participou de capacitações sobre as atividades do PSE?**

- Sim
- Não

**3.9 Onde são registradas às informações referentes às atividades executadas do PSE?**

- e-SUS
- SIMEC
- Livros de registros e fichas de evolução



**ANEXOS**

## Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

#### *Esclarecimentos*

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Avaliação da implantação do Programa Saúde na Escola sob a ótica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família”, que tem como pesquisador responsável a Profa. Dra. Erika Simone Galvão Pinto.

Esta pesquisa pretende contribuir com o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola através da oferta de informações sobre sua execução de modo que possam ser utilizadas para a tomada de decisão.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é que o PSE tem apresentado dificuldades em sua implantação e a utilização da avaliação tem sido considerada uma importante estratégia de aprimorar os programas de saúde, sendo esse estudo uma dessas estratégias.

Caso você decida participar, você deverá responder a um questionário contendo perguntas sobre sua caracterização profissional, sobre a estrutura e sobre o processo de desenvolvimento do PSE. Sua participação demandará aproximadamente 15 min.

Durante a realização você será questionado sobre sua atuação no PSE e a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina.

Pode acontecer um desconforto ao ser questionado sobre sua atuação profissional que será minimizado pelo entrevistador ao agir eticamente mantendo essas informações em sigilo e você terá como benefício a disponibilização de informações ao final da pesquisa que subsidiarão melhorias do PSE.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada pela pesquisadora responsável por essa pesquisa que estará disponível através do contato abaixo.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a Profa. Dra. Erika Simone Galvão Pinto, telefone (84) 99985-5653.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135.

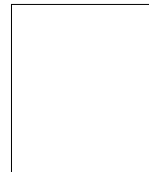
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

*Consentimento Livre e Esclarecido*

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Avaliação da implantação do Programa Saúde na Escola sob a ótica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, RN, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do participante da pesquisa**



Impressão  
 datiloscópica do  
 participante

*Declaração do pesquisador responsável*

Como pesquisador responsável pelo estudo “Avaliação da implantação do Programa Saúde na Escola sob a ótica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, RN, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Profa. Dra. Erika Simone Galvão Pinto  
 Pesquisadora Responsável

## Anexo B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UFRN - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - LAGOA NOVA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da implantação do Programa Saúde na Escola sob a ótica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família

**Pesquisador:** Erika Simone Galvão Pinto

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 64873916.1.0000.5537

**Instituição Proponente:** Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.064.901

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Visando reduzir alguns problemas enfrentados e oferecer melhorias no Programa Saúde na Escola (PSE), os autores deste projeto pretendem avaliar a implantação do programa sob a ótica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para isso, será realizada uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa. A coleta de dados será realizada com seis profissionais, sendo um representante de cada categoria profissional da equipe de cada uma das 24 Unidades de Saúde da Família que serão selecionadas através de sorteio, compreendendo uma amostra de 145 profissionais, baseado no cálculo amostral para populações finitas. O instrumento utilizado nessa etapa será um questionário elaborado pelos pesquisadores e dividido em três partes: caracterização profissional, dimensão estrutura e dimensão processo.

Com os dados obtidos, os autores pretendem analisar as atividades desenvolvidas pelos profissionais da ESF relacionadas ao PSE e julgar a implantação do PSE propondo dados que contribuam à tomada de decisões.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a implantação do PSE no Município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, sob a ótica dos

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000

**Bairro:** Lagoa Nova

**UF:** RN

**Município:** NATAL

**CEP:** 59.078-970

**Telefone:** (84)3215-3135

**E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 2.064.901

profissionais da ESF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são mínimos e inerentes às pesquisas realizadas com seres humanos, como desconfortos ou constrangimentos a medida em que os participantes forem questionados sobre atuação no PSE. Como benefícios a pesquisa prevê que a busca de informações sobre o processo de implantação do PSE poderá contribuir para sua melhoria no município. Os benefícios superam os riscos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa está bem elaborado, embasado na literatura científica e seus resultados poderão trazer benefícios para os profissionais envolvidos no PSE e principalmente para a população.

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

Os pesquisadores apresentaram junto ao PB - Informações Básicas do Projeto os documentos que seguem:

- > Folha de rosto;
- > Projeto na íntegra;
- > Formulário CEP/UFRN;
- > Carta de anuência assinada pelo Secretário Adjunto de Gestão Participativa do Trabalho e da Educação em Saúde;
- > Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE;
- > Termo de confidencialidade;
- > Instrumentos da pesquisa;
- > Cronograma;
- > Orçamento;
- > Declaração de que a pesquisa não foi iniciada;
- > Emenda.

**Recomendações:**

Enviar relatórios da pesquisa.

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000

**Bairro:** Lagoa Nova

**UF:** RN

**Município:** NATAL

**CEP:** 59.078-970

**Telefone:** (84)3215-3135

**E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 2.064.901

Qualquer alteração na versão original do protocolo de pesquisa, deverá ser encaminhada ao CEP Central/UFRN para análise.

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

Após análise da emenda, adicionada ao projeto, que busca validar um instrumento de coleta de dados para avaliação do PSE, o CEP Central/UFRN verificou que o mesmo se encontra dentro dos preceitos básicos da ética nas pesquisas que envolvem o ser humano e, por esse motivo, está APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
3. apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u) ;
5. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
6. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
8. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

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

<b>Endereço:</b> Av. Senador Salgado Filho, 3000	
<b>Bairro:</b> Lagoa Nova	<b>CEP:</b> 59.078-970
<b>UF:</b> RN	<b>Município:</b> NATAL
<b>Telefone:</b> (84)3215-3135	<b>E-mail:</b> cepufrn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 2.064.901

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_897686E1.pdf	06/04/2017 18:06:52		Aceito
Outros	Projeto_de_pesquisa_Emenda_06_04_2017.docx	06/04/2017 18:05:44	Erika Simone Galvão Pinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	22/12/2016 14:31:04	Erika Simone Galvão Pinto	Aceito
Outros	Formulario_CEP.pdf	22/12/2016 14:28:03	Erika Simone Galvão Pinto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_nao_inicio.pdf	22/12/2016 14:26:44	Erika Simone Galvão Pinto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	22/12/2016 14:25:42	Erika Simone Galvão Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	22/12/2016 14:25:17	Erika Simone Galvão Pinto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_confidencialidade.pdf	22/12/2016 14:24:36	Erika Simone Galvão Pinto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/12/2016 14:20:58	Erika Simone Galvão Pinto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

NATAL, 16 de Maio de 2017

---

**Assinado por:**  
**LÉLIA MARIA GUEDES QUEIROZ**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000

**Bairro:** Lagoa Nova

**UF:** RN

**Município:** NATAL

**Telefone:** (84)3215-3135

**CEP:** 59.078-970

**E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br