



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**JULIANA SARAIVA DE ALENCAR**

**PROFISSIONAIS DA SAÚDE E A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NO  
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2018**

JULIANA SARAIVA DE ALENCAR

PROFISSIONAIS DA SAÚDE E A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NO  
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lucia Mendes de Paula Pessoa.

FORTALEZA - CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Alencar, Juliana Saraiva de .

Profissionais da saúde e a vulnerabilidade programática no programa saúde na escola [recurso eletrônico] / Juliana Saraiva de Alencar. ? 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ? pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 110 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) ? Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2019.

área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa .

1. Adolescente. 2. Assistência. 3. Programa de saúde na escola. I. Título.

JULIANA SARAIVA DE ALENCAR

PROFISSIONAIS DA SAÚDE E A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NO  
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 11 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lucia Mendes de Paula Pessoa (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



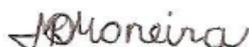
---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Antero Sousa Machado (Coorientadora)  
Universidade Regional do Cariri (URCA)



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Socorro Vieira Lopes  
Universidade Regional do Cariri (URCA)



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Rosilene Cândido Moreira  
Universidade Federal do Cariri (UFCA)

A todas as crianças e adolescentes assistidas pelo Programa Saúde na Escola que embora não entendam a finalidade das ações, esperam soluções para os problemas identificados.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** pela minha saúde, força e determinação para persistir em busca dos meus objetivos, e por providenciar a cura do meu pai, que fortaleceu a minha coragem para concluir todo o processo da minha dissertação e realizar a minha defesa.

Aos meus pais, **Junival e Danival**, por ser a minha base, meu exemplo de coragem e persistência diante da vida. Por todo estímulo durante o mestrado, na minha vida pessoal e profissional.

Às minhas irmãs **Denice e Lorena**, que sempre me apoiaram e estiveram juntas nas minhas decisões, pelo carinho e paciência.

Às minhas sobrinhas/ afilhadas **Maria Eduarda e Maria Clara** que me proporcionaram diversos momentos de alegria, principalmente durante o período do mestrado, aliviando assim minhas tensões.

Ao meu querido Esposo, **Teixeira**, por todo amor e compreensão durante o processo de gestação de minha dissertação.

Aos meus cunhados, **Geraldo Júnior e Rennan** pelo incentivo e confiança de que tudo daria certo.

À minha querida professora e orientadora **Vera Pessoa**, pela qual tenho um imenso carinho e respeito, obrigada por todo cuidado e momentos dispensados para que chegássemos ao sucesso dessa produção. Pelos domingos aos quais juntas discutíamos melhores estratégias para caminhar na condução da dissertação, pela paciência com meu imediatismo, pela tranquilidade, conhecimento e experiências compartilhadas, uma vivência única.

À professora **Fátima Antero**, pelo conhecimento compartilhado, paciência, orientações e dedicação para o sucesso da construção da minha dissertação.

Às professoras **Socorro Vieira, Rosilene Cândido e Corina Amaral** pela disponibilidade para participarem da minha banca de qualificação e dissertação, e pelas valiosas considerações realizadas e conhecimento compartilhado.

À minha tia **Joseana Saraiva**, por todo apoio e incentivo dispensados na evolução da minha vida acadêmica.

Aos **meus amigos** que vivenciaram o meu processo de construção da dissertação e sempre me encorajaram.

Aos alunos **Ronnaby, Eridiana e Ketilly** que foram muito solícitos, ajudando durante a realização dos Grupos Focais.

Aos **participantes do estudo** pela disponibilidade e pela riqueza dos discursos em cada grupo focal realizado.

**Muito Obrigada!**

## RESUMO

O cuidado ao adolescente deriva de muitas lutas sociais, que resultam no reconhecimento deste como um sujeito de direitos. Para efetivá-lo de forma satisfatória é essencial que os profissionais atuem na perspectiva da integralidade do ser e no reconhecimento dos fatores determinantes e condicionantes de saúde, que podem favorecer o adoecimento. Esse estudo tem como objetivo verificar a existência de vulnerabilidade programática na execução das atividades do Programa de Saúde na Escola. Pesquisa de caráter analítico, com abordagem qualitativa, desenvolvida na cidade de Iguatu-Ce. Os participantes foram profissionais de saúde, da Saúde da Família que apresentou o maior número de adolescentes atendidos pelo Programa Saúde na Escola no município. Participaram desse estudo seis profissionais: um enfermeiro e cinco agentes comunitárias de saúde. A coleta de dados aconteceu com o uso da técnica do grupo focal. O processamento dos dados deu-se pelo software IRAMUTEQ, com aplicação dos métodos: classificação hierárquica descendente, análise fatorial de correspondência, análise de similitude e nuvem de palavras. Após a transcrição e leitura do material arquivado, foi construído o modelo analítico composto por duas categorias. O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa competente sob número 2.482.356. Foi possível evidenciar que há uma inconstância nas ações que repercute de uma falta de planejamento e sobrecarga de trabalho; os profissionais apresentam sentimentos negativos quando se referem ao programa, registram falta de preparo e capacitação para atuar frente a política, e por fim destacam que as ações desenvolvidas em cumprimento ao programa são realizadas, porém não há continuidade frente as necessidades identificadas nos escolares. É importante considerar que as ações do PSE são desenvolvidas anualmente, e quando solicitadas pela secretaria de saúde do município de forma não programada provocam alterações nos planejamentos dos profissionais e ações da saúde da família e escola. Os participantes enfatizam que um dos maiores problemas na atuação ao programa é a falta de conhecimento sobre a política, suas diretrizes, ações preconizadas, objetivos e metas a serem alcançados, o que resulta no comprometimento do avançar do programa e na persistência para que este seja visto como uma política sem êxito. Nesse sentido, foi possível identificar marcadores de vulnerabilidade programática diante do programa saúde na escola, tais como: falta de capacitação dos profissionais e de continuidade

das ações, que atuam favorecendo para que a política permaneça desacreditada por quem a executa no âmbito escolar, e principalmente pelos que necessitam de intervenções em decorrência da existência de alterações encontradas a partir das atividades realizadas no programa. O programa foi lançado em 2005 e efetivado em 2007 e ainda é desenvolvido no município estudado de maneira não sistematizada, o que compromete totalmente na sua eficácia. Dessa forma, é primordial a participação e monitoramento dos gestores frente aos elementos que limitam o desenvolvimento desta política conforme o preconizado, bem como a existência da articulação entre os serviços de saúde e a educação.

**Palavras-chave:** Adolescente. Assistência. Programa de saúde na escola.

## ABSTRACT

Adolescent care derives from many social struggles, which result in the recognition of this as a subject of rights. To fulfill it satisfactorily, it is essential that professionals act in the perspective of the integrality of being and in the recognition of the determinants and conditioning factors of health, that can favor the illness. This study aims to verify the existence of programmatic vulnerability in the execution of the activities of the School Health Program. Analytical character research, with a qualitative approach, developed in the city of Iguatu-CE. The participants were health professionals from the Family Health Program who presented the highest number of adolescents attended by the Health Program at the School in the municipality. Six professionals participated in this study: one nurse and five community health agents. Data collection occurred with the use of the focal group technique. The data processing was done by the IRAMUTEQ software, with application of the methods: descending hierarchical classification, factorial matching analysis, similarity analysis and word cloud. After the transcription and reading of the archived material, the analytical model was composed of two categories. The study was evaluated and approved by the competent Research Ethics Committee under number 2,482,356. It was possible to show that there is a fickleness in the actions that repercusses of a lack of planning and overload of work; the professionals present negative feelings when they refer to the program, they register lack of preparation and capacity to act in front of the policy, and finally they emphasize that the actions developed in compliance with the program are carried out, however there is no continuity with the needs identified in the students. It is important to consider that the actions of the PSE are developed annually, and when requested by the health department of the municipality in an unscheduled way cause changes in the plans of professionals and actions of the health of the family and school. Participants emphasize that one of the major problems in the program's performance is the lack of knowledge about the policy, its guidelines, recommended actions, objectives and goals to be achieved, which results in the commitment to advance the program and the persistence seen as an unsuccessful policy. In this sense, it was possible to identify markers of programmatic vulnerability to the health program at school, such as: lack of professional training and continuity of actions, favoring policies that remain discredited by those who execute it at school, and especially by those who need interventions due to the

existence of alterations found from the activities carried out in the program. The program was launched in 2005 and was implemented in 2007 and is still developed in the municipality studied in a non-systematized way, which totally compromises its effectiveness. Thus, the participation and monitoring of managers in the face of the elements that limit the development of this policy as recommended, as well as the existence of the articulation between health services and education is paramount.

**Keywords:** Adolescent. Assistance. School health program.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 –</b>	<b>Objetivos dos grupos focais. Iguatu-CE-Brasil, 2018.....</b>	<b>41</b>
<b>Figura 2 –</b>	<b>Classes referentes a vulnerabilidade programática no programa saúde na escola. Iguatu-CE-Brasil, 2018.....</b>	<b>46</b>
<b>Figura 3 –</b>	<b>Análise Fatorial de Correspondência, com destaque para cinco modalidades de palavras com maiores cargas fatoriais. Iguatu-CE-Brasil, 2018.....</b>	<b>48</b>
<b>Figura 4 –</b>	<b>Análise de Similitude – Apresentação Fruchterman Reingold, Escore Coocorrência. Iguatu-CE-Brasil, 2018.....</b>	<b>50</b>
<b>Figura 5 –</b>	<b>Nuvem de palavras. Iguatu-CE-Brasil, 2018.....</b>	<b>52</b>
<b>Figura 6 –</b>	<b>Marcadores de vulnerabilidade programática evidenciados a partir da utilização do software Iramuteq. Iguatu-CE-Brasil, 2018.....</b>	<b>53</b>
<b>Figura 7 –</b>	<b>Marcadores de vulnerabilidade programática evidenciados a partir da utilização do software Iramuteq. Iguatu-CE-Brasil, 2018.....</b>	<b>69</b>
<b>Quadro 1–</b>	<b>Caracterização sociodemográfica dos participantes. Iguatu-CE-Brasil, 2018.....</b>	<b>45</b>

## LISTA DE SIGLAS

AFC	Análise Fatorial de Correspondência
APS	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
IRAMUTEQ	Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
ME	Ministério da Educação
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PRAIA	Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCPE	Termo de Consentimento Pós-Esclarecido
UCE	Unidades de Contexto Elementares
URCA	Universidade Regional do Cariri

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	20
2.1	GERAL.....	20
2.2	ESPECÍFICOS.....	20
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
3.1	RISCO E VULNERABILIDADE.....	21
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS AO ADOLESCENTE.....	27
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	36
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	36
4.2	LOCAL E CENÁRIO DO ESTUDO.....	36
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	37
4.4	ESTRATÉGIA E PROCEDIMENTO PARA OBTENÇÃO DOS DADOS	38
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	42
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	45
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	45
5.2	ANÁLISE DO <i>CORPUS</i> TEXTUAL PELO SOFTWARE IRAMUTEQ...	46
5.3	CARACTERIZAÇÃO DAS CATEGORIAS.....	53
<b>5.3.1</b>	<b>Categoria 1: Entre o <i>lá</i> e o <i>aquí</i>: a multiplicidade no fazer da ESF</b>	54
<b>5.3.2</b>	<b>Categoria 2: A saúde na escola: das ações propostas aos resultados não alcançados</b> .....	61
<b>5.3.3</b>	<b>Compreensão do estudo</b> .....	66
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	71
	<b>REFÊRENCIAS</b> .....	74
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	82
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO (TCPE).....	84
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE DISCUSSÃO - GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DA ESF.....	85

<b>ANEXOS.....</b>	<b>86</b>
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA.....	87
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	88
ANEXO C – DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007.....	91
ANEXO D – PORTARIAS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	96
ANEXO E – PORTARIA INTERMINISTERIAL NO 1.055, DE 25 DE ABRIL DE 2017.....	101

## 1 INTRODUÇÃO

Durante todo o processo histórico o adolescente e a garantia do seu cuidado procederam de muitas lutas sociais que resultaram no reconhecimento deste como um sujeito de direitos.

A adolescência compreende uma fase de transição da infância para o ser adulto. Antes da existência de políticas públicas específicas para os adolescentes estes eram descaracterizados, sendo atendidos como crianças ou adultos, conforme a faixa etária. Muitos dos serviços ofertados a esse público não eram condizentes com suas reais necessidades, e se baseavam em ações pontuadas, que desconsideravam o indivíduo em sua totalidade (AMORIM et al., 2014).

Para se efetivar o cuidado em saúde de forma satisfatória é essencial que os profissionais atuem na perspectiva da integralidade do ser, e na identificação dos fatores determinantes e condicionantes de saúde que possam interferir no processo saúde-doença.

Nesse sentido, as ações de saúde devem ser desenvolvidas com a implementação de práticas voltadas a estimular a promoção da saúde, prevenção das doenças e suas complicações, e reduzir os diagnósticos e tratamentos tardios. Essas ações podem ser executadas em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde, desde a atenção primária à quaternária, visto que os benefícios na redução dos danos são consideravelmente positivos quando estas práticas existem (AMORIM et al., 2014).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é apontada como o primeiro nível do sistema dos serviços de saúde no Brasil, caracterizada como a porta de entrada dos cuidados básicos, vinculada aos demais níveis de complexidade dos serviços, constituindo assim uma rede integrada de serviços de saúde (OLIVEIRA E SILVA et al., 2016).

Inúmeros são os serviços que constituem a APS, em 1994 foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), com objetivo de garantir a assistência mais próxima da comunidade, a partir da aplicação de práticas de promoção e proteção à saúde. Em 2006 sua denominação passa a ser substituída por Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a finalidade de ampliar a assistência ofertada nesses ambientes, possibilitando o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e reafirmando os princípios básicos do SUS (HIGARASHI et al., 2011).

A ESF localiza-se no de território adstrito, caracterizada como a estratégia central para reorganização do processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005), permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos, individual e coletivo, dedicando-se na identificação das desigualdades sociais e as iniquidades em saúde, visando a partir de esta prática desenvolver estratégias em saúde condizentes com as necessidades registradas (GONDIM, 2012).

A ESF oferta ações e serviços de saúde com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles: integralidade, universalidade, equidade, resolutividade e longitudinalidade, visando assim atender as necessidades da população abrangente e dos grupos prioritários que residam na área onde está situada: gestantes, diabéticos, hipertensos, crianças, adolescentes, acamados, idosos.

Na área de abrangência da ESF há uma diversidade de públicos a serem assistidos, porém nem todos procuram os serviços de saúde disponíveis, nesse contexto destaca-se a figura do adolescente, indivíduo ausente nos serviços de cuidado em saúde, o que o torna uma preocupação social por entender que a sua atenção está condicionada a situações de adoecimento e existência de problemas (PENSO et al., 2013; LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Esse fato pode ser consequência de por muito tempo o adolescente ter sido abstraído das políticas públicas assistenciais, com seu atendimento condicionado à livre demanda, onde suas necessidades individuais eram descaracterizadas em virtude de um modelo de cuidar curativo predominante (OLIVEIRA E SILVA et al., 2016).

Os adolescentes representam 20% da população brasileira, e ainda apresentam traços de uma assistência marcada pela prática de cuidados fragmentados e não articulados, atendidos mediante situações de riscos: gravidez, drogas, violências, acidentes de trânsito e criminalidade (HORTA; LAGE; SENA, 2009; OLIVEIRA E SILVA et al., 2016).

O termo risco remonta à origem incerta e antiga do século XVI, o vocábulo tem um emprego definido relacionado às transações comerciais no âmbito do direito marítimo. Esse conceito passou por várias transformações relacionadas a probabilidade de ganho e perda. Do século XVI até a metade do século XIX, seu

significado foi largamente utilizado como sinônimo de perigo, porém na atualidade, sua definição passa a uma conotação moral, que leva o indivíduo a optar entre uma forma de vida e outra (GIRONDI et al., 2010).

O sentido da palavra risco se refere a ideia de identificação de pessoas e de características que as colocam sob maior ou menor exposição a eventos de saúde, com comprometimento de ordem física, psicológica e/ou social, associado a probabilidade e a chance de grupos populacionais adoecerem e/ou morrerem por algum agravo a saúde (BERTOLOZZI et al., 2009).

Com isso, nas décadas de 80 e 90 foram criadas e implementadas políticas públicas para atender as condições de fragilidades identificadas no público adolescente. Estas elaboradas com o objetivo de planejar estratégias que contribuíssem para o equilíbrio entre os elementos determinantes e condicionantes de saúde, que reduzissem o risco de adoecimento diante da efetivação das ações conforme o contexto social dos indivíduos (JAGER et al., 2014).

A desarmonia entre os fatores condicionantes e determinantes está associada a existência de vulnerabilidade. A vulnerabilidade é definida por Rodrigues e Neri (2012) como um estado no qual indivíduos ou grupos apresentam maior exposição de risco para adoecimento, resultando na capacidade de autodeterminação comprometida e dificuldades em proteger seus próprios interesses, em decorrência de déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos.

A vulnerabilidade se classifica em três tipos: individual, social e programática, e a sua ocorrência e determinação está relacionada a compreensão entre a população exposta e o risco de adoecimento (AYRES et al., 2003). Quando analisada no seu aspecto individual está associada as relações sustentadoras contínuas e a proteção física e segurança; no âmbito social se refere ao acesso social a família, e a promoção e proteção social garantido como direitos; e no aspecto programático direciona-se a análise do cenário político-programático, a partir das diretrizes e implementações do que é preconizado pelas políticas. (SILVA et al., 2013)

A vulnerabilidade programática está relacionada às políticas de saúde e a forma como estas são organizadas e desenvolvidas nas instituições e comunidades, quanto maior o grau e a qualidade do compromisso, recursos, gerência e monitoramento dos programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e

cuidados relativos às doenças, maiores as chances de direcionar os recursos sociais existentes, o que otimiza o seu uso e favorece a identificação de novas necessidades (BRÊTAS, 2010).

Quando os serviços de saúde não criam espaços para incluir os adolescentes e burocratizam a sua assistência, estes estabelecem uma vulnerabilidade programática (BRÊTAS, 2010). A convergência ou divergência na relação entre os serviços de saúde disponíveis e o público alvo, reflete nas características do cuidado instituído aos adolescentes.

Nessa perspectiva, esse estudo foi desenvolvido com foco na vulnerabilidade programática que se caracteriza por possibilitar a relação entre as instituições que promovem a vida em sociedade e os esforços dispensados para garantir a proteção da população ao adoecimento e promoção de condições ideais de saúde, atendendo ao preconizado nas políticas públicas e nos princípios e diretrizes do SUS (BENEDETTO; SILVEIRA, 2013).

Esta pesquisa foi realizada a partir da constatação da possível ocorrência da vulnerabilidade programática frente ao Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE é uma política que foi instituída por intermédio do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, em resposta a integração do Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (ME), com finalidade de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos, a partir da implementação de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2012a), com o intuito de contribuir no enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros (FARIAS et al., 2016).

O interesse em estudar a vulnerabilidade programática perante o PSE decorre da realidade vivenciada durante a minha atuação profissional como enfermeira na Estratégia de Saúde da Família por quatro anos, onde pude evidenciar que os cuidados aos adolescentes assistidos pelo PSE são realizados anualmente, mediante solicitação da secretaria de saúde a ESF, com objetivo de cumprir as metas preconizadas ao município em virtude da adesão ao programa, dessa forma, as ações são executadas de forma pontual, não integral, com finalidade de atender apenas os percentuais estabelecidos para localidade.

Neste contexto, surgem inquietações em busca de se compreender por que mesmo diante da existência de políticas públicas, o adolescente ainda é distante de ações de promoção e prevenção, permanecendo com uma assistência fragmentada e existente em condições de adoecimento.

Esse estudo busca responder aos seguintes questionamentos: Há vulnerabilidade programática na assistência ao adolescente pelo PSE? O modo como o PSE realiza suas ações pode ser fator gerador de vulnerabilidade programática?

Esse entendimento se faz necessário de forma a identificar marcadores de vulnerabilidade programática na atenção ao adolescente a partir da política do PSE, visto que, as políticas quando são elaboradas têm a finalidade atender as necessidades de grupos, a partir do desenvolvimento de estratégias conforme seus princípios e diretrizes pré-estabelecidos.

Esta pesquisa tem relevância social, visto que o PSE é um programa que quando desenvolvido e implementado conforme preconizado, traz benefícios para a comunidade escolar, favorece a prevenção do adoecimento nos escolares, em virtude das práticas de promoção da saúde.

Nesse sentido, a partir da realidade identificada nesse estudo, será possível gerar um processo reflexivo acerca da execução do programa no município estudado, e assim identificar a necessidade de novas estratégias para garantir a sua eficácia. Dessa forma, os resultados evidenciados por meio deste poderão contribuir para o progresso da ciência, sociedade e para saúde do adolescente.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Verificar a existência de vulnerabilidade programática na execução das atividades do Programa de Saúde na Escola.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar as ações desenvolvidas pela equipe da ESF na escola para assistência à saúde do adolescente;
- b) descrever como acontecem essas ações e os fatores impeditivos para sua realização;
- c) listar marcadores de vulnerabilidade programática para atenção ao adolescente;
- d) construir uma ferramenta de gestão para identificar a vulnerabilidade programática no PSE.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 RISCO E VULNERABILIDADE

O processo de viver humano é marcado pelo crescimento de incertezas e sensação de fragilidade diante de fatores de vulnerabilidade e riscos aos quais as pessoas direta ou indiretamente estão expostas (SANTOS et al., 2012).

Vulnerabilidade e risco são termos frequentes na literatura, apesar de terem uma estreita relação de significados apresentam definições distintas. Na interpretação do processo saúde-doença considera-se que o risco indica as probabilidades, e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer (NICHATA et al., 2008).

A vulnerabilidade se caracteriza pela exposição dos indivíduos a fatores determinantes dos agravos à saúde, sejam individuais ou coletivos. Nesse sentido, a compreensão do processo de vulnerabilidade remete ao fato de que toda pessoa pode vivenciar o adoecimento ou dele se proteger, de acordo com os aspectos psicossociais, grau e qualidade das informações recebidas, capacidade de incorporar práticas no seu cotidiano (TRINDADE et al., 2014).

A vulnerabilidade é conceituada como um processo dinâmico a partir da interação dos fatores como idade, raça, etnia, pobreza, escolaridade, suporte social e presença de agravos à saúde. É importante destacar que o seu conceito não se limita as características pessoais, mas tem relação com as condições adquiridas no decorrer da vida, resultantes do estilo de vida, e associadas ao desenvolvimento de estratégias e habilidades para enfrentar traumas e doenças. É importante destacar que cada pessoa possui um limiar de vulnerabilidade, que quando ultrapassado gera o adoecimento (NICHATA et al., 2008).

A vulnerabilidade é um termo aplicado no sentido de desastre e perigo, derivado do Latim do verbo *vulnerare*, que quer dizer “provocar um dano, uma injúria”. Este tem como propósito trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimentos para planos de elaboração teórica mais concreta e particularizada, busca universalidade e inferência, com objetivo de expressar os potenciais de adoecimento/não adoecimento relacionados a todo e cada indivíduo que vive em certo conjunto de condições (JANCZURA, 2012).

A vulnerabilidade é entendida como algo dinâmico, multidimensional, polissêmico, transdisciplinar e qualitativo, que abrange diferentes níveis de complexidade, o que favorece a abordagens integradas e contribui para ampliar o diálogo entre diferentes profissionais (BRÊTAS, 2010).

Na fase da adolescência a vulnerabilidade pode estar associada a inúmeros fatores característicos do ciclo vital, que possam ser somados ao contexto cultural, social e econômico no qual os indivíduos estão incluídos. Dessa forma, é necessário conhecer e entender os aspectos que tornam os adolescentes como um grupo populacional vulnerável, identificando os elementos que podem aumentar os agravos à saúde (TRINDADE et al., 2014).

A vulnerabilidade neste público está diretamente relacionada ao contexto social que este indivíduo está inserido, quanto mais diversificadas as relações familiares, ambientais e escolares existentes, maiores serão os riscos aos quais os adolescentes estarão expostos. Em razão disso, torna-se necessário que as estratégias voltadas a assistir esse grupo populacional contemplem ações que intervenham no seu contexto familiar e social (FREITAS; CARVALHO; ARAUJO, 2017).

O conceito epidemiológico de risco busca identificar a relação entre os eventos ou condições sejam estas patológicas ou não, a partir do isolamento fenomenológico para assim unir as variáveis dependentes e independentes através de um controle rigoroso do grau de incerteza acerca do não acaso das associações estabelecidas, portanto, trata-se de um processo analítico que visa identificar as condições que podem levar ao adoecimento e à morte, bem como identificar meios para o enfrentamento destas (NICHATA et al., 2011).

Dessa forma, calcula-se a probabilidade e as chances maiores ou menores de grupos populacionais adoecerem ou morrerem por algum agravo a saúde. Atualmente o conceito de risco alcança todas as dimensões da vida e passa a ter uma conotação moral, como um exercício de opção entre uma forma de vida e outra, caracterizando-se como o processo dinâmico do viver humano (SANTOS et al., 2012).

Em estudos tradicionais de epidemiologia o conceito de risco traz a ideia de uma identidade bastante sólida com caráter eminentemente analítico; e a vulnerabilidade como um conceito emergente mais voltada ao caráter sintético (NICHATA et al., 2008).

Compreendida como um conjunto de fatores que podem aumentar ou diminuir o risco em todas as situações de nossa vida, avalia as chances que cada pessoa tem de contrair doenças, inclusive as infecciosas influenciadas por fatores biológicos, sociais e culturais, e ao ambiente de trabalho (SANTOS et al., 2012).

Nesse contexto, é importante destacar que por muito tempo o adolescente teve seu cuidado negligenciado, sendo excluído do contexto histórico e social, e definido a partir de limites etários (OLIVEIRA, 2013). Para Penso e colaboradores (2013) a compreensão do adolescente dar-se pelo contexto no qual este está inserido, contemplando além da faixa etária, aspectos sociais, religiosos, de etnia e de gênero.

A partir da Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente foi definido alguns conceitos: sendo criança todo ser humano menor de 18 anos (OLIVEIRA, 2013) e o adolescente, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) o indivíduo entre 10 a 19 anos. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Brasil, a criança se restringe a todas as pessoas com idade inferior a 12 anos e o adolescente a todo indivíduo de 12 a 18 anos de idade, com seu marco final a maioridade civil. Dessa forma, é possível evidenciar que não há um consenso quanto à faixa etária exata para determinar o grau de desenvolvimento completo ao desempenho das atividades referentes à infância e a adolescência (FONSECA et al., 2013).

Horta e Sena (2010) julgam o marco etário como importante e necessário no estabelecimento de políticas públicas, e consideram que os adolescentes podem apresentar as mesmas características do desenvolvimento em períodos etários diferentes.

A adolescência faz parte da construção histórica da humanidade, nesse contexto, estudar o adolescente é necessário e passa a ser motivado pelas transformações sociais, culturais e econômicas ocorridas no Brasil após a Segunda Guerra Mundial, o que o torna objeto de aprendizagem de diversas ciências (JAGER et al., 2014).

No período da Idade Antiga, em Roma, as crianças e adolescentes não constituíam como públicos merecedores de proteção especial, já no Ocidente e no Oriente estavam como servos da autoridade paterna, ao invés de sujeitos de direitos. Nessa perspectiva, a garantia do desenvolvimento da infância de forma sublime inicia-se durante os séculos XVI e XVII, com influências de ordens

religiosas, que pregavam a educação separada e a preparação da criança para a vida adulta, o que proporcionou o nascimento do sentimento da infância na Europa (OLIVEIRA, 2013).

No século XVIII a adolescência passa a ter suas origens a partir das influências da escola e do exército, quando referenciam mudanças no processo de transição do menino para o homem. Em seguida, nos séculos XIX e XX na Europa e no Brasil começa-se a despertar para as especificações entre a fase da criança e do adolescente. As crianças de 10 a 12 anos percorriam essa etapa e adentravam no mundo adulto, as meninas estando destinadas aos cuidados domésticos e ao casamento, o que as reconduziam a um processo de envelhecimento precoce em decorrência das condições de vida as quais eram expostas (BENELLI, 2016).

Os adolescentes representam hoje um terço da população mundial, com predomínio em países em desenvolvimento, o que os torna uma prioridade no cenário das ações intersetoriais e interdisciplinares (PENSO et al., 2013). A articulação de políticas públicas para o público jovem é garantida por meio da Constituição Federal (CF) no seu artigo 224, que prevê o atendimento as crianças e adolescentes mediante um conjunto de ações governamentais e não governamentais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios (FONSECA et al., 2013).

A adolescência remete a um período de curta duração, associado a uma série de transformações decorrentes do desenvolvimento humano, expresso por mudanças corporais, repercussões psíquicas e sociais que levam a necessidade de se prover um cuidado diferenciado antes do seu ingresso na fase adulta (PENSO et al., 2013).

Reconhecida como a fase intermediária entre a infância e idade adulta, é facilmente caracterizada pelas peculiaridades da puberdade, etapa no qual o indivíduo vivência situações novas que irão influenciar no seu processo de amadurecimento e na sua interação com os valores morais e éticos, rituais, escolhas, definições e significados que motivam o seu processo de formação enquanto sujeitos sociais (LIRIO, 2012; LIMA et al., 2014).

É uma época sinalizada por mudanças que repercutem em todo o processo de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento do indivíduo, influenciados por elementos determinantes e condicionantes de saúde (NOGUEIRA; MODENA; SCHALL, 2010). Em virtude disso, é conhecida como uma fase complexa,

com características comuns do desenvolvimento e resultados individualizados, alicerçados por influências psicológicas, biológicas, sociais e econômicas de cada ser (MUNIZ NETO et al., 2014).

O desenvolvimento da criança e do adolescente deriva do seu contexto histórico e social, por isso é importante entendê-los como sujeitos com carências e particularidades onde o seu progresso dar-se a partir de estímulos recebidos na fase inicial, orientado por ações que visem reduzir o adoecimento e os danos nas fases seguintes (SILVA et al., 2013).

A imagem do adolescente por muito tempo esteve associada à negatividade, no qual este indivíduo era percebido como um ser problemático em decorrência de viver uma fase crítica, o que o fazia sentir-se como um fator de risco para o meio social (HORTA; SENA, 2010). Essa ideia deu-se em virtude da vontade que o adolescente manifestava em relação à independência dos pais, aproximação com os pares, definição da personalidade, manifestações de comportamentos extremos, e registros de negligência com os cuidados em saúde, oportunizando assim condições de riscos (FONSECA et al., 2013).

É imprescindível entender a heterogeneidade e os aspectos individuais relacionados a esse público, como condição de moradia, a ótica familiar, educacional e condição física, com objetivo de reconhecer fatores que possam interferir no processo de crescimento e desenvolvimento (AYRES et al., 2012).

Durante os séculos XIX e XX o perfil de adoecimento infantil passou por modificações, anteriormente tinha-se um cenário de adoecimento com predomínio de doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição, que se transfigura para um contexto de violência, uso abusivo de drogas, acidentes e mortes por causas externas (SILVA et al., 2013).

Um dos maiores impasses apontado no adolescente e jovem adulto, 15 a 24 anos, do sexo masculino e residente em áreas periféricas menos favorecidas, são as mortes por causas externas. Ainda que os problemas de violência, acidentes, drogas e gravidez estejam presentes em todas as faixas etárias, esses são encarados como uma adversidade quando constatado no público jovem, sendo responsáveis por 46,5% das mortes na faixa etária de 05 a 14 anos e 64,4% nos indivíduos entre 15 e 29 anos (HORTA; SENA, 2010).

As condições que influenciam no processo de saúde-doença dos adolescentes são designadas vulnerabilidade. Essa se apresenta com o objetivo de aprimorar a análise dos problemas sociais e favorecer para que a percepção do risco seja fundamentada no entendimento da questão social (BRÊTAS, 2010).

A adolescência quando relacionada a vulnerabilidade é apontada como uma fase preocupante, que desperta a necessidade de investigar os fatores que possam acarretar alterações biológicas, cognitivas ou sensoriais que impulsionem a variações no estado de saúde. A identificação e análise de tais situações proporcionam a especificação de circunstâncias para intervir no problema existente, que possam resultar no desenvolvimento saudável (BOLSI, 2013).

Para atuar na vulnerabilidade é preciso compreendê-la, esta pode estar relacionada com o aspecto individual e coletivo a partir da associação de 3 fatores: sujeito, período do ciclo vital em que ocorre a vulnerabilidade e o tipo de agravo. Neste contexto, é fundamental analisar os aspectos sociais, individuais e programáticos para cogitar a efetividade das ações desenvolvidas alicerçadas pela interação dos profissionais de saúde com as políticas públicas (SILVA et al., 2013).

No Brasil, as principais vulnerabilidades associadas às crianças e aos adolescentes referem-se a problemas como o alcoolismo e os conflitos entre casais, que tornam as crianças testemunhas de agressões e de toda forma de violência: homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos e envenenamentos (FONSECA et al., 2013).

A vulnerabilidade nos adolescentes se relaciona a políticas e sistemas de assistência pouco efetivos (BARBIANI, 2016). Este fator evidencia a necessidade de repensar o planejamento e execução dos serviços de saúde com o intuito de que estes possam garantir a proteção legal e integral a partir da aplicação de princípios e diretrizes estabelecidos nas políticas públicas e atuação imediata sobre o adolescente com a finalidade de minimizar danos e prevenir complicações, a partir de ações de promoção, prevenção e reabilitação

O cuidado deve ser um pressuposto básico das ações de saúde, para isso é necessário formar vínculos e criar espaços que incluam o adolescente como um sujeito importante no transcorrer do seu processo de desenvolvimento. É imprescindível trabalhar o desenvolvimento de estratégias que desmistifiquem a negatividade de sua imagem, estimulem a criação de definições mais positivas e os tornem protagonistas do seu cuidar (FREITAS; CARVALHO; ARAUJO, 2017).

O/a adolescente apresenta características no seu processo de crescimento e desenvolvimento que o estimulam ao protagonismo diante do seu cuidar, e para fortalecer esse papel é fundamental que os profissionais que atuam na sua assistência tenham conhecimento acerca das políticas públicas que dão subsídios ao planejamento e elaboração de estratégias resolutivas e eficazes condizente com as reais necessidades destes indivíduos, com práticas assistenciais integrais e humanizadas.

É importante destacar que as crianças e adolescentes apresentam capacidade significativa para superar impactos negativos associados à sua vivência, quando há interação com políticas sociais, apoio familiar e escolar. Nesse sentido, é importante destacar que o vínculo entre o adolescente e a família constitui uma base de proteção para situações de risco, visto que o aparato familiar atua de forma a minimizar as vulnerabilidades e favorecer o desenvolvimento psicossocial saudável. Quando este elo não é fortalecido, o adolescente passa a vivenciar complexidades desta etapa do desenvolvimento sozinho, o que o torna mais vulnerável as situações que poderão contribuir para comportamentos violentos e frustrações (PENSO et al., 2013).

Nesse aspecto, assistir o público adolescente é um desafio presente nos setores de saúde. Embora essa população esteja ausente dos serviços, a busca por realizar o seu cuidar deve ser constante. Dessa forma, para que se tenham resultados positivos à captação desse público e formação de vínculos frente aos programas de saúde é primordial que antes de planejar qualquer estratégia para atendê-lo, se entenda o contexto histórico no qual este foi inserido, as vulnerabilidades as quais estão expostos, as políticas de saúde que os assistem e a forma como se desenvolvem as práticas de cuidar a esse grupo. Estas ações irão favorecer a formação de um pensamento crítico acerca do que vem sendo garantido ao adolescente durante a sua assistência, bem como irá contribuir para identificação de fatores associados a vulnerabilidade programática no seu cuidar.

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS AO ADOLESCENTE

Garantir os direitos do adolescente e o seu reconhecimento como um sujeito de direitos foi uma conquista resultante de muitas lutas e movimentos sociais registrados no histórico da assistência a esse público (LOPEZ; MOREIRA, 2013). O

primeiro documento internacional em defesa da criança em condição de vulnerabilidade é intitulado como Declaração dos Direitos da Criança promulgado em 1923, e em 1924 passou a ser conhecido como Declaração de Genebra, que estabeleceu a assistência ao adolescente direcionada a garantia do seu desenvolvimento saudável, de forma indiscriminada e independente de cor, sexo, renda e idade (LIMA, 2012).

Em 1927 surge o primeiro código de menores com o propósito de regulamentar o trabalho do menor, este revisto e substituído em 1932. Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, e em 1934 a constituição faz menção aos direitos da criança e do adolescente, configurando como o primeiro documento a referenciar de forma discreta a defesa e a proteção dos direitos de todas as crianças e adolescentes (OLIVEIRA, 2013).

A proteção à infância passa a ser definida como uma proposta política, e em 1940 é criado o Departamento Nacional da Criança com atuação focada no campo médico e higiênico, com sua essência em ações curativas (PARADA; MEDEIROS, 2010).

Em 1948 a Assembleia das Nações Unidas cria a Declaração dos Direitos Humanos, após as atrocidades decorrentes da segunda guerra mundial com a intenção de atender a todos os indivíduos de maneira indistintamente. Em 1959 foi elaborada a Declaração dos Direitos da Criança, documento voltado ao cuidado dos direitos da criança (LIMA, 2012).

No Brasil a visibilidade do adolescente aconteceu em 1978 a partir do movimento de proteção à criança, onde as instituições não governamentais criaram alianças em favor dos direitos das crianças e dos adolescentes culminando ao que foi preconizado pelo ECA em 1990, este considerado o marco em defesa dos direitos da criança e adolescente brasileiro (LIMA, 2012)

É possível evidenciar em todo esse contexto histórico que as discussões acerca dos direitos infanto-juvenis são de longo tempo, a Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos estabelece que todas as crianças têm direito a medidas de proteção, e o Estado deve compartilhar suas responsabilidades com a família e a sociedade, o que irá favorecer a grandes transformações no país (OLIVEIRA, 2013), aspirando assim melhores resultados na redução dos riscos e nos índices de morbimortalidade dos indivíduos (HORTA; SENA, 2010)

Posteriormente a ditadura militar nos anos 80, foi formulada a Carta Constitucional aprovada em 1988 que destaca o caráter discriminatório do atendimento a crianças e adolescentes, e prevê a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Cria em 1989 por meio da portaria 980 do Ministério da Saúde, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), com objetivo de garantir subsídios para a assistência a esta população com base no estímulo as atividades direcionadas ao seu cuidar, com propostas de promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos a saúde e oferta de tratamento e reabilitação adequados (JAGER et al., 2014).

Em 1988 aconteceu a Reunião Mundial de Ministros da Juventude, em Portugal, na qual o Brasil segue como referencial etário 10 a 24 anos e cria a Agenda Nacional sobre Saúde do Adolescente (PENSO et al., 2013). O ECA emerge no Brasil em 13 de julho de 1990, pela lei nº 8.069 direcionado a proteção integral das crianças e adolescentes, reconhecendo-o na situação de pessoa em desenvolvimento de modo que a sua vulnerabilidade estimule a proteção integral nos aspectos físicos, psíquico e moral, garantindo o direito a proteção, à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o desenvolvimento sadio e harmonioso, com condições dignas de existência (FONSECA et al., 2013)

A CF de 1988 e o ECA reconhecem e afirmam as crianças e adolescentes como portadores de direitos e deveres, com o intuito de superar a lógica do antigo código de menores, porém infelizmente mesmo com a promulgação do estatuto em 1990, ainda era possível evidenciar a persistência da lógica menorista nos discursos e práticas institucionais de atendimento a esse público, onde o aparato político jurisprudencial institucionalizado vincula-se a ideia de equipamentos sociais com finalidades repressivas, punitivas e correccionais para enquadrar os menores (BENELLI, 2016). O ECA determina que a privação de liberdade seja o último meio utilizado, visando assim garantir condições e estratégias que proporcionem a reinserção do indivíduo no meio social (PADOVANII; RISTUM, 2013)

As políticas públicas começam a surgir nas décadas de 80 e 90, a partir de esforços higienistas e políticos onde se iniciam as práticas sanitárias com a finalidade de controlar as doenças que ameaçavam a população. As primeiras políticas públicas de saúde direcionavam-se ao atendimento das populações marginalizadas do país (MUNIZ NETO et al., 2014).

No período de 1999 a 2002 houve no Brasil um aumento significativo das políticas públicas referente à temática adolescente e jovem no âmbito do governo federal, embora estas ainda consideradas como um pequeno salto diante das necessidades desse público (HORTA; SENA, 2010)

As políticas públicas compreendem a dimensão ético-política e são elaboradas a partir de conflitos e disputas de interesses e recursos disponíveis no meio social. Essas conquistam espaços na sociedade em decorrência de sua atuação em problemas indicados pelo próprio público, como a violência e o desemprego. O fortalecimento de ações propostas a partir das práticas de intervenção dar-se por meio da escuta qualificada, que favorece ao desenvolvimento de estratégias inovadoras e transformadoras que estimulam o protagonismo juvenil (HORTA; SENA, 2010).

Outra política que visa assistir a todas as crianças e adolescentes identificados como vítimas das vulnerabilidades, é a política de acolhimento, essa se direciona a desenvolver ações que permitam assegurar condições básica para o desenvolvimento da saúde e do bem-estar dos indivíduos. Quanto maior for o envolvimento deste no meio social e familiar, melhores serão suas condições de desenvolvimento, o que irá reduzir as limitações referentes à sua institucionalização (COSTA; FERREIRA, 2009).

Um critério que deve estar presente em todas as políticas públicas sociais é o acolhimento, pois se propõe a melhorar aproximação e compreensão do ser, tornando-o um meio de proteção do indivíduo a vulnerabilidades, voltado para aproximação e integração do familiar no cuidar (MARQUES; QUEIROZ, 2012; COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

O desenvolvimento de políticas públicas focadas no acolhimento as crianças e adolescentes favorece a formação de vínculos, bem como permite o entendimento do contexto e dos conflitos para que se possa intermediar nesse processo com o desenvolvimento de ações que estimulem a família e a sociedade em sua resolutividade (COSTA; FERREIRA, 2009).

A política nacional de atenção integral a saúde de adolescentes e jovens está ancorada em diretrizes descritas em um manual denominado Marco Legal, nesse estão contidas estratégias que privilegiam as diferentes demandas desse grupo etário, caracterizadas como desafiadoras para os sistemas de saúde regionais

por necessitar da sistematização, organização, planejamento e gerencia do atendimento a este público (PENSO et al., 2013)

Estas estão organizadas em sete temas estruturantes: participação juvenil, equidade de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, projeto de vida, a cultura de paz, a ética e a cidadania, a igualdade racial e étnica, e visam propor o fortalecimento da promoção da saúde a ser desenvolvida dentro da estrutura do SUS, a partir da reorientação dos serviços de forma atender o princípio da integralidade da assistência a saúde de adolescentes e jovens, a partir de três aspectos: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, atenção integral a saúde sexual e reprodutiva e atenção integral ao uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens (PENSO et al., 2013).

Em 2004 o Ministro do Estado da Saúde, o Secretário Especial de Direitos Humanos e o Secretário Especial de Políticas para as Mulheres, por meio da portaria Interministerial nº 1.426, estabelece no seu artigo 1º as diretrizes para implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei como uma medida socioeducativa a ser cumprida em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas (BRASIL, 2004).

Em 2005 acontecem discussões com a finalidade de criar secretarias da juventude (COSTA; FERREIRA, 2009). E nesse mesmo ano é criado e implantado pelo governo brasileiro como uma política intersetorial que envolve o MS e ME, o Programa Saúde na Escola, com objetivo de proteger crianças e adolescentes, na perspectiva de atuar na garantia da atenção integral, promoção, prevenção e atenção as crianças e adolescentes do ensino público básico (BRASIL, 2007).

O PSE instituído por meio do decreto nº 6.286 é enfático na visão processual e não estimula ações episódicas e descontextualizadas. Ainda considerado um projeto embrionário, lançado em 2007 pela Presidência da República, seus primeiros passos em excursão já evidenciam a necessidade de profissionais que se apropriem das suas diretrizes, com foco a integralidade para efetivar cuidados contínuos com a saúde do escolar (PENSO et al., 2013).

A proposta do PSE desenvolvida a partir da integração saúde e educação almeja como resultado a garantia da atenção à saúde do adolescente/escolares de maneira inclusiva, oportunizando o acesso aos serviços de saúde de maneira resolutiva e de qualidade, a partir da implantação de estratégias integradas ao projeto político-pedagógico das escolas (BRASIL, 2012a).

O PSE acontece no âmbito das escolas e das ESF, com a participação das equipes de saúde e educação de forma integrada, por meio da realização de avaliações clínicas, psicossociais, nutricionais e avaliações bucais. Acontecendo ações direcionadas a promoção e prevenção de doenças por meio de orientações sobre alimentação saudável, atividades físicas, educação para saúde sexual e reprodutiva, conscientização quanto ao uso do tabaco, álcool e outras drogas, com estratégias que visem o enfrentamento de vulnerabilidades que possam afetar o desenvolvimento das crianças e adolescentes na rede pública de ensino (BRASIL, 2012a).

Este está articulado com o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (PRAIA) que é amplo e inclusivo. O PRAIA funciona desde 1991 e tem o objetivo de ofertar serviços diversificados em saúde do adolescente, com ações de promoção, prevenção de agravos, recuperação, reabilitação, com a disponibilização de consultas com diferentes profissionais e realização de grupos de adolescentes e de orientação as famílias (PENSO et al., 2013).

Em 2006 foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Adolescente e Jovem. Nesse mesmo ano, o governo brasileiro elabora e aprova um plano de diretrizes nacionais, o Plano Nacional de promoção, proteção e defesa da criança e adolescente à convivência familiar e comunitária, o qual visa em sua plenitude incorporar à doutrina de proteção integral a criança, as medidas de apoio sócio-familiar de acolhimento institucional e familiar e de adoção. Este plano é referência nas políticas públicas no Brasil, por romper a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes e fortalecer o paradigma da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários, fundamentais para o desenvolvimento como sujeitos e cidadão (COSTA; FERREIRA, 2009).

Em 2007 acontece em Barcelona o III Congresso Mundial Sobre os Direitos da Infância e da Adolescência, onde estiveram reunidos 134 crianças e adolescentes de mais de 20 países para trocar opiniões, ideias e propostas à volta de temas: pobreza, saúde, maus-tratos, identidade, educação e participação. Esse evento constituiu a elaboração da Declaração de Barcelona, que registrou as estratégias para defender as crianças e adolescentes de todas as situações de risco e assegurar os seus cuidados de forma integral com a saúde, educação e participação social (LIMA, 2012).

Em 2010 foram lançadas diretrizes nacionais para atenção integral a saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde embasada na política a partir de recomendações para realização de abordagens sistêmicas aos adolescentes, bem como, instrumentalização dos gestores e profissionais da saúde no processo de planejamento de estratégias interfederativas e intersetoriais voltadas para reduzir vulnerabilidades, alicerçado em práticas holísticas e sustentáveis, aspirando a sua capacidade de liderança, participação e espírito e serviço a coletividade (PENSO et al., 2013).

Em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial pela Portaria GM/MS nº 3.088, com a finalidade de criar, ampliar e articular de pontos de atenção à saúde dirigidos a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Considera em seu artigo quarto que um dos seus objetivos é promover os cuidados em saúde de forma especial aos grupos mais vulneráveis, dentre eles crianças, adolescentes e jovens (BRASIL, 2011)

Em 2014, foi redefinida as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a Lei e em Regimento de Internação e Internação Provisória, por meio da portaria nº 1.082, em seu artigo 1º que inclui novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade (BRASIL, 2014).

Nesse sentido o governo deve atuar com a implementação de políticas que visem suprir as necessidades das crianças e adolescentes e garantir o seu desenvolvimento saudável, de forma a reduzir as vulnerabilidades e o seu adoecimento, com estímulo a ações de promoção e proteção à saúde (SILVA et al., 2013).

O governo brasileiro criou medidas para melhorar a assistência as crianças e adolescentes carentes, elaboração do ECA, criação dos conselhos tutelares em âmbito municipal e programas assistencialistas como o Programa Bolsa Família (PBF) e o PSE (FONSECA et al., 2013), porém, mesmo diante de programas direcionados ao adolescente, o seu cuidado ainda é considerado fragilizado. Penso et al. (2013) destaca que isso acontece em decorrência da atenção à saúde ao adolescente não constar como prioridade para os gestores.

A saúde do adolescente carece de ações proativas, onde seja possível o rompimento dos ciclos viciosos, com construção de espaços e condições para que se possa atuar de maneira inovadora e incentivadora (HORTA; SENA, 2010).

É fundamental a criação de ambientes que possibilitem a escuta deste indivíduo e suas necessidades, propiciando um modelo de assistência conforme preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS (NOGUEIRA; MODENA; SCHALL, 2010). Nesses locais deve ser garantido o atendimento individualizado, não homogeneizado, e que oportunizem ao reconhecimento desse ser como único (HORTA; SENA, 2010), ofertando uma assistência integral, direcionada para prevenção do adoecimento e manutenção dos fatores determinantes e condicionantes de saúde (SILVA et al., 2013).

A atenção a saúde do adolescente deve ser desenvolvida na perspectiva biopsicológica, a partir da compreensão do contexto social, histórico, político e econômico no qual este está inserido e não mediante a existência de riscos, vulnerabilidades, o que limitam as práticas dispensadas (PENSO et al., 2013).

Para atuar na assistência ao adolescente os profissionais devem conhecer acerca das políticas e portarias que preconizam os cuidados a esse grupo, para assim desenvolver habilidades que auxiliem na identificação e no atendimento de suas necessidades (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Trabalhar o adolescente envolve o crescimento tanto para este indivíduo como para quem o assiste. Infelizmente, ainda é ausente nas grades curriculares disciplinas que preparem os recém-formados quanto as competências e habilidades para atuar com esse público e esta falha no processo de formação acadêmica é o que muitas vezes dificulta a interação do profissional com o adolescente (PENSO et al., 2013).

A capacitação do profissional, o conhecimento e a habilidade, bem como sua concepção sobre saúde influenciam diretamente na compreensão e execução dos cuidados dispensados aos adolescentes (SILVA et al., 2016; COSTA; QUEIROZ; ZEITOURNE, 2012).

Um estudo realizado por Silva Júnior (2014), traz a necessidade da execução de políticas para o enfrentamento de agravos a saúde no âmbito escolar, onde estas aconteçam de forma intersetorial, articulada e integrada entre os gestores, visando assim minimizar as limitações presentes para garantia da eficácia do PSE: burocratização dos serviços, desperdício de tempo, de recursos financeiros

e humanos existentes. Nesse sentido, é fundamental a valorização e a formação dos trabalhadores da saúde, de forma a garantir condições para atingir os objetivos do que é proposto no PSE.

Um estudo desenvolvido por Marinho, Machado e Barreto (2015) foi possível evidenciar que os profissionais destacam que para o desenvolvimento das ações do PSE é necessária uma formação adequada dos que o desenvolvem. Destacam que o espaço físico inadequado nas escolas, escassez de materiais para desempenhar as ações e a falta de apoio por parte da gestão municipal no que se refere à formação e ausência de planejamento são lacunas existentes que dificultam a eficácia do PSE.

Um estudo realizado por Andrade (2015) evidencia que embora o Programa Saúde na Escola seja intersetorial, o setor saúde é quem está a frente do seu desenvolvimento. Os documentos que trazem acerca das ações do programa, não são visualizados pela educação, o que interfere na forma como este é pensado e executado, deixando assim a margens questões específicas da educação, como os aspectos pedagógicos.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa aplicada ou tecnológica, que teve a finalidade de produzir conhecimentos científicos com aplicação prática voltada para a solução de problemas concretos e específicos da vida moderna (VILAÇA, 2010).

De natureza observacional, realizada a partir de grupos focais, onde o investigador atuou meramente como expectador de fenômenos ou fatos, sem realizar qualquer intervenção que pudesse interferir no curso natural e/ou no desfecho dos mesmos, embora fosse possível realizar medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados (FONTELLES et al., 2009).

Caracterizou-se como uma pesquisa de caráter analítico, com abordagem qualitativa. O estudo analítico envolve uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas em um determinado estudo, na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo. É mais complexa pois procura explicar a relação entre a causa e o efeito (FONTELLES et al., 2009).

A pesquisa qualitativa responde a questões particulares, se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificada, trabalha com um universo de valores, crenças, significados que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis, se preocupa com algo mais profundo, como a compreensão dos fatos oriundos das relações sociais, resultado da atividade humana, a qual pode ser percebida no cotidiano, na vivência e explicação do senso comum (MINAYO, 2010).

Dessa maneira, a definição do tipo de pesquisa e abordagem desenvolvidos nesse estudo, possibilitou a compreensão da existência ou não de vulnerabilidade programática no Programa Saúde na Escola, a partir da vivência dos profissionais que executam as práticas do programa.

### 4.2 LOCAL E CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Iguatu, município localizado na Região Centro-Sul do estado do Ceará, que se configura como principal polo econômico da região, com população estimada em 2018 de 103.255 habitantes, presente na lista dos 299

municípios mais populosos do Brasil, e dos nove de maior densidade demográfica do Ceará. Possui o 10 PIB do Ceará, com um índice de desenvolvimento humano de 0,677. 10 IDH do estado (IBGE, 2018).

A escolha pelo município deu-se em decorrência de sua representatividade econômica na Região Centro Sul do Ceará, bem como pelo quantitativo de escolas de ensino básico assistidas pelo PSE no município.

O município conta com 46 escolas públicas municipais, destas 25 são atendidas pelo Programa Saúde na Escola, vinculadas a 25 Equipes de Saúde da Família entre as zonas urbanas e rurais, conforme área de abrangência.

As equipes de saúde são constituídas por profissionais: médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, atendente de consultório dentário, técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista, atendente de farmácia, vigia, auxiliar de serviços gerais e recebem apoio da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O cenário de estudo foi uma equipe de saúde da família que atua na ESF de Iguatu, em virtude de nesse ambiente estarem os profissionais que executam práticas referentes ao PSE.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população desse estudo foi composta pelos profissionais de saúde de uma equipe de saúde da família que apresentou o maior número de adolescentes atendidos pelo PSE no município de Iguatu.

Para seleção da equipe de saúde foi feito um levantamento realizado entre as 25 escolas municipais assistidas pelo Programa Saúde na Escola visando identificar aquela que atendia ao maior número de adolescentes do 4º ao 9º ano, com isso foi identificado o cenário para o desenvolvimento da pesquisa, que se configurou na equipe de saúde da família vinculada à escola com um quantitativo de 548 adolescentes matriculados no ano de 2018, na zona urbana do município.

Após definir o cenário do estudo, foi feita a seleção dos participantes da pesquisa, considerando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, o que após aplicação destes, totalizou em seis profissionais, um enfermeiro e cinco agentes comunitárias de saúde.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: Atuar a pelo menos dois anos com ações do PSE, em virtude de ter mais experiências direcionadas as práticas e ações do programa, o que facilitou ao melhor relato de suas experiências; Ser profissional concursado no município, em virtude de poder melhor expor suas opiniões acerca das discussões que foram propostas, sem medo de ser repreendido em decorrência de ser efetivo no município, e de exclusão: Profissionais das equipes que estavam afastados das suas atividades no município.

#### 4.4 ESTRATÉGIA E PROCEDIMENTO PARA OBTENÇÃO DOS DADOS

Para a realização da coleta de dados foi utilizada a técnica do GF, que permitiu que os participantes compartilhassem suas experiências e percepções em relação ao PSE. Este método contribuiu imensamente para o enriquecimento das discussões sobre a temática proposta, além de possibilitar o atendimento dos objetivos do estudo.

O GF define-se como uma técnica de coleta de dados que possibilita ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo e observar as características do grupo durante os debates (KIND, 2004), de forma a compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais dos grupos humanos (VEIGA; GONDIM, 2001).

Este aconteceu em uma perspectiva dialética, no qual o grupo tinha objetivos em comum e os participantes os debatiam em equipe, com discussões e trocas de experiências, com a pretensão de formar opiniões e sensibilizar os participantes quanto à transformação da realidade de modo crítico e criativo.

Para a realização das discussões foi solicitado a coordenadora da equipe/enfermeira um ambiente tranquilo, confortável, livre de interferência, de fácil acesso, iluminado, ventilado e propício para acolher adequadamente todos os profissionais, dentro do próprio estabelecimento de saúde, sendo os grupos realizados no consultório de enfermagem. Para iniciar o encontro foram padronizadas algumas regras: colocar os aparelhos eletrônicos em modo silencioso, visando reduzir interferências e o respeito a cada fala.

Para o desenvolvimento da técnica utilizada para coleta de dados, foi considerado, conforme Backes et al. (2011), o número de participantes entre seis e quinze pessoas, onde a escolha por uma população maior favorece a uma

diversidade de ideias, enquanto que um grupo menor facilita a entender a profundidade da expressão de cada participante

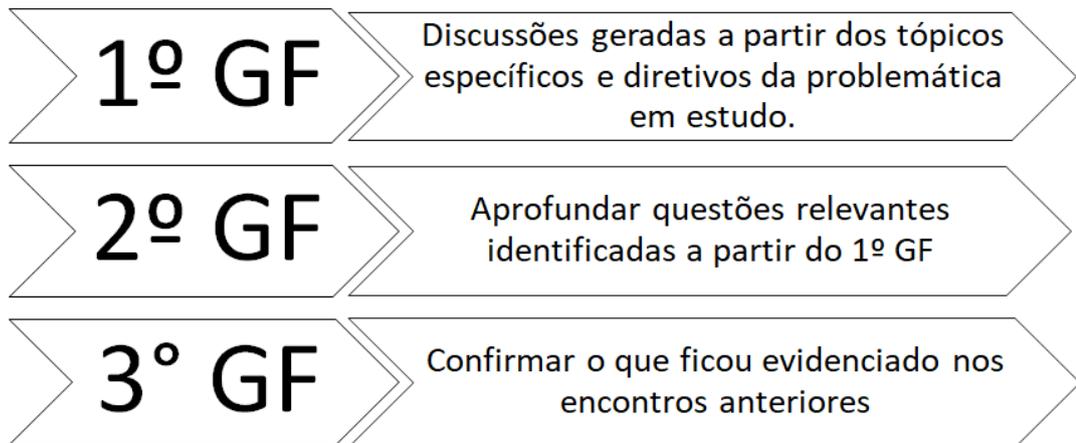
Ressel et al. (2008) esclarecem que o tamanho adequado para um GF é aquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas. Segundo Kind (2004) além dos participantes nos encontros deve se ter a presença do moderador, que é o pesquisador responsável pelo estudo que irá fazer a abertura para a discussão, o acolhimento, de forma a considerar as posições contrárias de maneira respeitosa e hábil a escuta dos integrantes, e a consciência das intervenções verbais e não-verbais; o observador ajuda nas análises e avaliações após o desenvolvimento dos encontros. Nesse estudo o moderador foi o mesmo durante todos os encontros e teve a presença de três observadores, sendo dois no primeiro grupo e um no segundo e terceiro grupos, não sendo os mesmo em todos os encontros em virtude de interferências pessoais.

Para o início do primeiro GF foram realizadas as seguintes etapas: apresentação do pesquisador/moderador, observador e dos participantes; informações referentes aos objetivos da pesquisa e a técnica usada para coleta dos dados; solicitação de permissão para uso do gravador; explicações acerca da importância da organização das falas para as atividades do grupo, de forma a evitar a sobreposição, o que dificulta na transcrição das mesmas. Destacou-se também a importância da participação de todos do grupo; e foram feitos esclarecimentos sobre o tempo de duração das reuniões e garantia do sigilo dos participantes/falas.

A participação dos profissionais nos encontros deu-se de forma produtiva, e as estratégias utilizadas; dinâmicas e lanches com intuito de gerar um maior conforto aos participantes, reduziram os momentos de silêncio e melhoraram a interação entre os participantes, estimulando assim as discussões, que após transcritas formaram o *corpus* textual com um bom nível de aproveitamento para utilização no software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

Os temas abordados foram elaborados de forma a favorecer a discussões, que atendeu a um roteiro lógico que facilitasse ao direcionamento do trabalho grupal e que fosse de encontro aos objetivos implícitos na pesquisa. Dessa forma, a coleta de dados aconteceu a partir da realização de três grupos focais:

**Figura 1 – Objetivos dos grupos focais. Iguatu-CE-Brasil, 2018**



Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As falas foram os elementos base para constituir o *corpus* e favorecer ao desenvolvimento da análise qualitativa a partir da utilização do software Iramuteq. Após a transcrição e leitura do material arquivado, foi construído o modelo analítico composto por categorias, conforme Minayo (2010), estas definidas a partir das classes de palavras geradas pelo software.

O processamento dos dados deu-se a partir da utilização do software IRAMUTEQ, um programa livre que se ancora no software R, e que permite processamento e análises estatísticas de textos produzidos. Este desenvolvido em 2009 por Ratinaud, em língua francesa, e atualmente com tutoriais completos disponíveis em outras línguas, sendo utilizado no Brasil desde 2013 (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O IRAMUTEQ possibilita análises pelos métodos de pesquisa de especificidades de grupos, Método de Reinert ou Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise Fatorial de Correspondência (AFC), Análise de Similitude e Nuvem de Palavras. Neste estudo para análise dos conteúdos textuais foram utilizadas as técnicas citadas, por agruparem e organizarem graficamente as palavras considerando sua significância a partir do *corpus* textual/ segmento de textos e sua frequência. Estas se caracterizam por serem técnicas de análises que permitem facilmente sua identificação por meio de um arquivo único, devidamente configurado em formato texto (txt) e denominado Rapport ou *corpus* e segmentos de

texto, que correspondem aos textos originais da entrevista do GF (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O método da Classificação Hierárquica Descendente classifica os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas. Esta análise visa obter classes de Unidades de Contexto Elementares (UCE) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente das UCE das outras classes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Camargo e Justo (2016) salientam que as análises do tipo CHD, para serem consideradas úteis à classificação de qualquer material textual, requerem uma retenção mínima de 75% dos segmentos de texto, caso a CHD ofereça uma classificação com retenção inferior a esta, a mesma não pode ser considerada uma análise adequada aos dados coletados, pois fornece apenas uma classificação parcial. Nesses casos sugere que o método de CDH seja abandonado e a análise do material seja feita com outros recursos. O corpus textual utilizado neste estudo apresentou quando analisado por meio do método de Reinert um aproveitamento de 79.86%, o que reflete na validade do material utilizado.

A CHD é um método de análise que permite compreender as expressões e cada uma das palavras proferidas pelos participantes analisando-as a partir de seus lugares e inserções sociais (AUSTREGESILLO et al., 2015). As palavras são apresentadas em classes e são listadas conforme seu nível de significância, para um melhor filtro e aproveitamento dos resultados foi utilizado o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ), onde consideramos como significativas as palavras com qui-quadrado inferior a 0,0001.

A análise fatorial de correspondência feita a partir da CHD é representada por meio de um plano cartesiano onde as diferentes palavras e variáveis são associadas a cada uma das classes da CHD. A interface possibilita que se recuperem, no corpus original, os segmentos de texto associados a cada classe, momento em que se obtém o contexto das palavras estatisticamente significativas, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Na análise de similitude e nuvem de palavras, visando uma melhor visualização da imagem produzida, foi definido como critério da sua elaboração as palavras que apresentassem frequência igual ou superior a dez vezes quando presentes no *corpus* textual.

A Análise de Similitude baseia-se na teoria dos grafos e possibilita identificar as coocorrências entre as palavras. O seu resultado traz indicações da conexão entre as palavras, que auxiliam na identificação da estrutura do conteúdo de um *corpus* textual e permite o reconhecimento das partes comuns e suas especificidades em função das variáveis descritivas da análise (MARCHAND; RATINAUD, 2012).

A nuvem de palavras é um método que agrupa e as organiza graficamente em função da sua frequência, considera-se uma análise lexical mais simples, porém interessante, pois possibilita rápida identificação das palavras-chave de um corpus (CAMARGO; JUSTO, 2013), por estas serem identificadas por uma coloração mais escura e tamanho da fonte maior (CAMARGO; JUSTO, 2016).

Após a análise pelo software IRAMUTEQ, foram constituídas as classes resultantes do corpus textual produzido a partir dos discursos dos participantes, em seguida organizadas como categorias, e seus componentes agrupados a partir de similitudes e convergência dos significados apreendidos, constituindo-se de duas categorias denominadas: *Entre o lá e o aqui: a multiplicidade no fazer a ESF* e *A saúde na escola: das ações propostas aos resultados não alcançados*, cuja análise compreensiva foi sustentada por referencial pertinente ao tema em discussão.

A partir dos resultados evidenciados pelo estudo, foi produzido um fluxograma, este podendo ser utilizado como uma ferramenta de gestão para identificar a vulnerabilidade programática no PSE.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para o desenvolvimento desse estudo foi considerado o preconizado na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas, dadas suas particularidades; considerando que a ética é uma construção humana, histórica, social e cultural (BRASIL, 2012b).

Este estudo contemplou os aspectos referentes aos riscos e benefícios relacionados à sua prática. Os riscos foram considerados a partir das alterações físicas, psicológicas e sociais a que cada participante ficou exposto, comumente apresentaram cansaço ou aborrecimento ao participar das discussões,

constrangimento ao expor suas ideias, e desconforto, retraimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio (SILVA, 2015), em virtude disto, o pesquisador elaborou estratégias para ameniza-los e reduzi-los, promovendo encontros de curta duração, de forma a minimizar aborrecimentos em virtude de discussões prolongadas, garantir o anonimato dos participantes, o que favoreceu para que os participantes expusessem suas opiniões, sem o risco de serem identificados, além da garantia da utilização do áudio exclusivamente para fins da pesquisa.

Os benefícios desta pesquisa estiveram direcionados para gerar discussões ampliadas sobre o PSE, de forma a assegurar o cumprimento de uma política, com a superação de possíveis obstáculos que impeçam a uma assistência integral ao adolescente. Dessa forma, o maior benefício de sua realização foi a construção do conhecimento científico.

Consideraram-se também os princípios da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, em todas as fases do estudo. O princípio da beneficência foi assegurado observando os riscos dos sujeitos relativamente aos benefícios que o estudo pode trazer para os mesmos. O princípio da não-maleficência garantiu que os danos previsíveis sejam evitados, assim, nenhum participante do estudo teve sua identidade revelada, direta ou indiretamente. Foi garantido o anonimato dos envolvidos, adotando a denominação: Entrevistado 1, 2, 3, e assim por diante.

O princípio da autonomia foi respeitado, de modo que todos profissionais que aceitaram participar do estudo foram esclarecidos acerca dos objetivos e métodos envolvidos na pesquisa, tendo assim a liberdade para participar ou não da pesquisa, sem que lhes ocorresse prejuízos, em caso de recusa. Todos os participantes foram tratados com dignidade, respeito e reconhecimento de suas vulnerabilidades.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA) através da Plataforma Brasil, e obteve parecer aprovado sob número 2.482. 356. Os encontros foram realizados logo após a liberação do parecer de aprovação do comitê de ética competente, sendo todos gravados e transcritos em sua íntegra, para posterior análise.

Para iniciar a coleta dos dados foi produzido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido – TCPE (APÊNDICE B), com a finalidade de informar aos profissionais os objetivos, os riscos, benefícios, a liberdade de desistência de participação e esclarecer possíveis dúvidas que possam surgir antes, durante e após a conclusão da pesquisa, bem como foi solicitada a autorização para gravação dos encontros.

A pesquisadora informou aos participantes do estudo sobre os riscos e benefícios no estudo, direito a recusa, participação não remunerada, contribuição social do estudo para o cenário escolhido, modo de organização da coleta de dados e disponibilizou os contatos do pesquisador em caso de necessidade de esclarecimentos acerca do estudo.

Após todos os esclarecimentos, os termos foram entregues aos sujeitos do estudo, com os devidos esclarecimentos, de forma que estes vislumbrassem o teor da pesquisa e pudessem expressar o desejo de participar ou não. Todos os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento pós-esclarecido.

Ao término de todos os esclarecimentos deu-se início a realização do primeiro grupo focal, onde foi esclarecido quanto a necessidade de novos encontros para ampliação das discussões.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material que subsidia esta secção do estudo advém dos momentos junto aos profissionais quando da realização dos grupos focais, caracterizando o *corpus* descritivo do estudo. A seguir apresenta-se a caracterização dos participantes e em seguida as figuras decorrentes da análise do Iramuteq e por fim as categorias de análise.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Iniciamos com a apresentação sociodemográfica dos profissionais participantes do estudo conforme a idade, sexo, categoria profissional e tempo de experiência com o PSE.

**Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes.  
Iguatu-CE-Brasil, 2018**

<b>Total de Participantes do Grupo Focal</b>		<b>06</b>
<b>Categoria</b>		<b>Participantes</b>
<b>Idade</b>	31 a 40a	4
	41 a 50a	2
<b>Sexo</b>	Feminino	6
<b>Categoria Profissional</b>	Enfermeiro	1
	Agente Comunitário de Saúde	5
<b>Tempo de experiência com o PSE</b>	4 anos	2
	5 anos	1
	Mais de 5 anos	3

Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados encontrados a partir da caracterização dos profissionais favorecem a compreensão e fortalecimento do que se encontra nos discursos dos participantes.

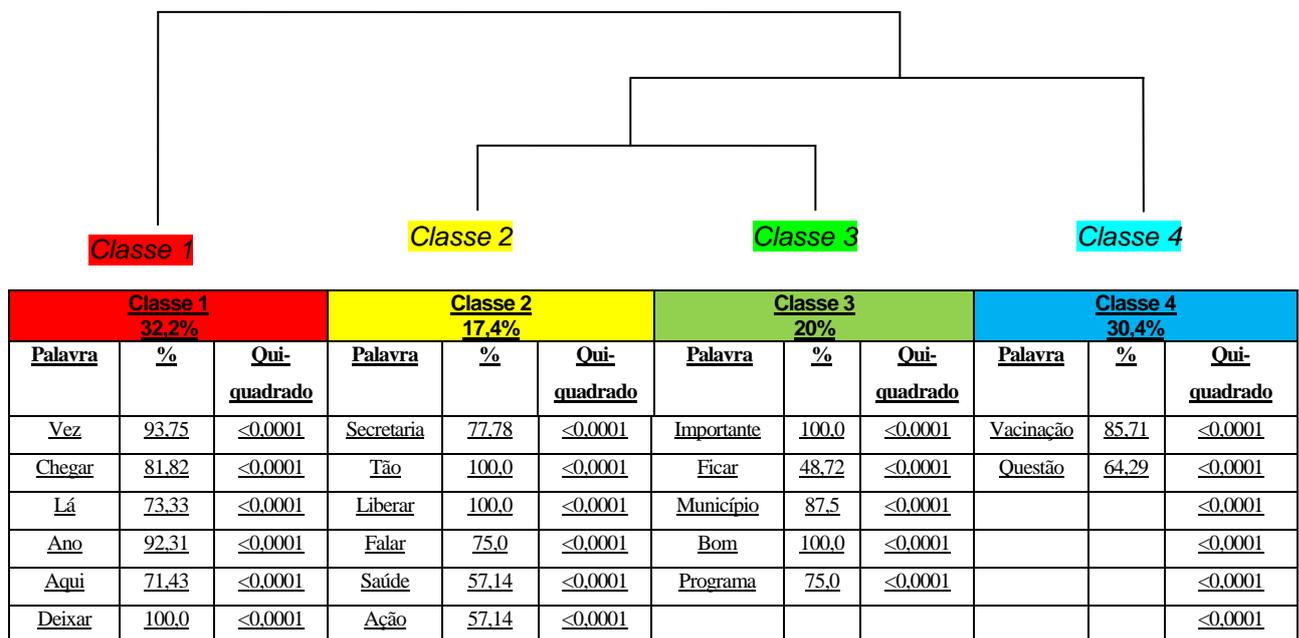
## 5.2 ANÁLISE DO CORPUS TEXTUAL PELO SOFTWARE IRAMUTEQ

A seguir serão apresentadas as imagens produzidas a partir da análise do *corpus* textual pelo software Iramuteq: Classificação Hierárquica Descendente, Análise Fatorial de Correspondência, Análise de Similitude e Nuvem de Palavras.

As falas foram os elementos base para construir o *corpus* e favorecer ao desenvolvimento da análise qualitativa a partir da utilização do software, que apresentou uma análise descritiva do material de 220 textos, 6736 ocorrências e 288 segmentos de textos.

O corpus textual utilizado nesse estudo quando analisado pelo Método de Reinert apresentou um aproveitamento de 79,86%, o que reflete na validade do material usado.

**Figura 2 – Classes referentes a vulnerabilidade programática no programa saúde na escola. Iguatu-CE-Brasil, 2018**



Fonte: Elaborada pela autora.

O dendograma é formado por quatro classes, inicialmente o *corpus* é representado por dois subcorpus, no primeiro temos a classe 1 com 32,2% do *corpus* total, que traz como destaque as palavras: *vez, chegar, lá, ano, aqui* e *deixar*, o segundo subcorpus é formado por 3 classes (classe 3, 2 e 4), com as seguintes palavras em destaque: *secretaria, tão, liberar, falar, saúde* e *ação; importante, ficar, município, bom* e *programa; vacinação* e *questão*.

Evidencia-se a partir dos subcorpus que cada classe apresenta total distinção uma da outra, e que as palavras dentro de cada classe possuem relação direta entre si. As palavras da classe 1 quando analisadas a partir das suas relações referem-se ao ambiente da escola (*lá*) e a ESF (*aqui*), a classe 2 traz a ideia do fluxo que se segue para que aconteça as ações do PSE, a classe 3 destaca acerca da realização do programa no município e a classe 4 enfatiza ações desenvolvidas a partir do programa.

O segundo método utilizado para análise foi a técnica AFC, por meio do qual foi possível visualizar a proximidade entre as classes e palavras, e suas significâncias a partir da representação gráfica dos dados.



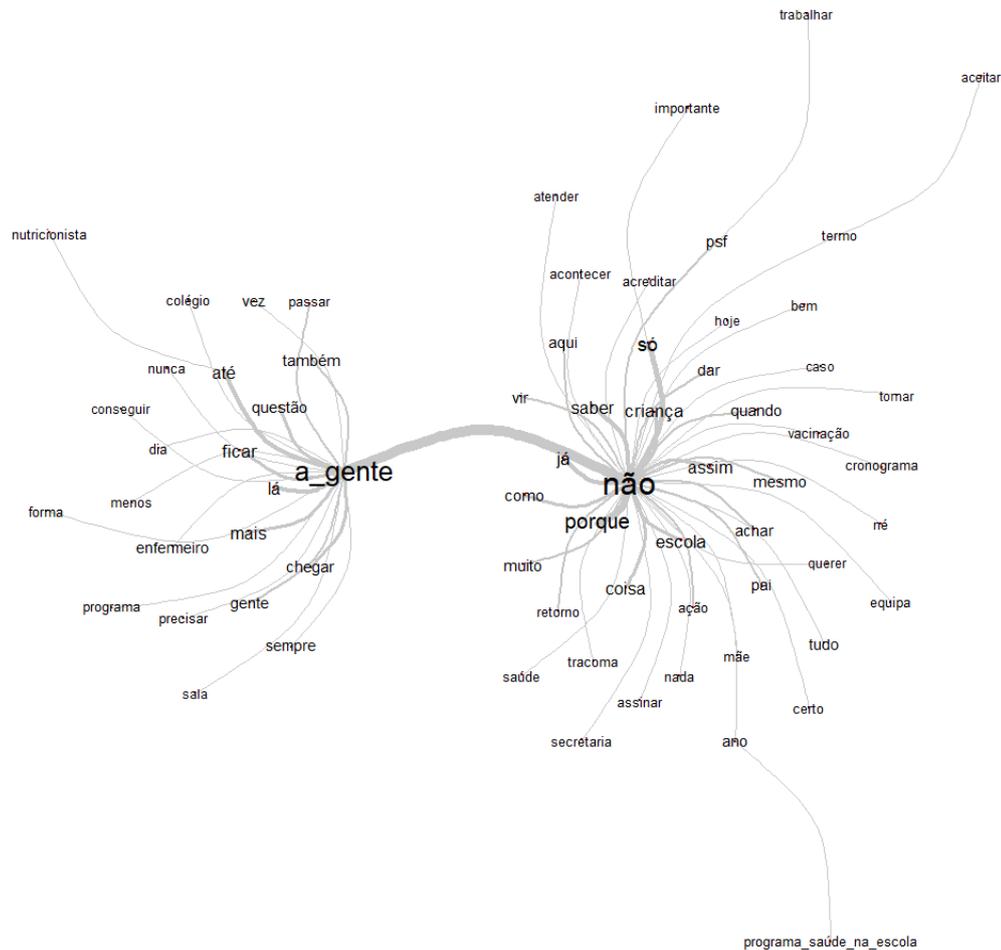
Em cumprimento das ações do programa, os profissionais de saúde destacam durante os grupos focais, que se deslocam da ESF para escola com o intuito de atender as metas estabelecidas pelo programa diante das atividades: campanhas de verminose, avaliação de manchas, teste de Snelly, antropometria, avaliação odontológica e ações de promoção da saúde, que devem ser realizadas anualmente.

Os participantes enfatizam a limitação da equipe que executa as ações (*a\_gente*) diante dos diagnósticos evidenciados, chamando a atenção para necessidade de outros profissionais além a equipe básica de saúde, de forma a contribuir com o desenvolvimento das práticas e principalmente garantir a continuidade do processo assistencial frente aos problemas diagnosticados, visto que uma das maiores insatisfações dos profissionais com o PSE é a falta de seguimento diante das necessidades identificadas, além da sobrecarga de trabalho sobre a equipe de saúde que executa as ações.

Nesse contexto, a partir da análise do AFC é possível identificar inúmeros elementos que contribuem para a existência da vulnerabilidade programática frente ao Programa de Saúde na Escola.

Na imagem a seguir é possível identificar duas palavras chaves em destaque: *a\_gente* e *não*, ambas interligadas e com ramificações, que facilitam o entendimento dessas relações e dos seus significados. As palavras são destacadas nesse método pela frequência com que são citadas pelos participantes.

**Figura 4 – Análise de Similitude – Apresentação Fruchterman Reingold, Escore Coocorrência. Iguatu-CE-Brasil, 2018**



Fonte: Elaborada pela autora.

O termo *a\_gente* destaca o papel da equipe de saúde da família no desenvolvimento das ações no programa saúde na escola. Este tem ramificações fortalecidas com as palavras: *questão*, *mais*, *lá*, *também*, *ficar*, *até*, *chegar*, *gente* e *passar*, que estão associados ao comprometimento da equipe em executar o que é proposto no programa. É importante salientar que estas ações muitas vezes são solicitadas de forma imediata, em virtude de não existir um cronograma e um planejamento que favoreça a sua execução tranquila, o que propicia a fragmentação das ações a serem executadas pelos profissionais da ESF na escola.

A palavra *não* com ramificações firmadas aos termos: *assim, porque, muito, já, escola, coisa, criança, ação, só e já*, traz a ideia de negação em relação à ausência de retorno diante das ações desenvolvidas na escola, visto que a equipe é cobrada para atender ao preconizado de forma imediata, mas desconhecem as atividades de continuidade para atender as necessidades evidenciadas nos escolares.

O termo *a\_gente* aponta a sobrecarga de atribuições para o enfermeiro e agentes comunitários de saúde, que atuam na realização das ações do programa. Esses profissionais destacam nos seus discursos a necessidade de incluir outras equipes e profissionais para apoiar no PSE, como o NASF.

A palavra *não* reflete a insatisfação dos profissionais, pais e responsáveis escolares diante da falta de retorno das necessidades evidenciadas nas crianças e adolescentes atendidos pelo programa, o que faz com que as ações executadas percam a credibilidade quanto a sua continuidade.

As palavras: *nutricionista* e *programa\_saúde\_na\_escola* divergem das palavras centrais, *a\_gente* e *não*, o que evidencia o distanciamento deste profissional do programa e a necessidade de enfatizar que o PSE surge como uma política de responsabilidade dos profissionais da ESF da área de abrangência, não limitando as suas práticas apenas a algumas categorias.

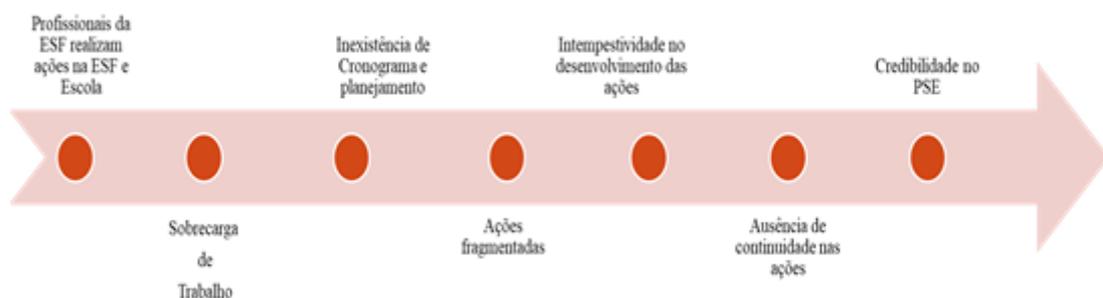


É de fundamental importância o reconhecimento e continuidade de ações assistenciais, visto que quando estas não são trabalhadas há risco de agravamento clínico e como consequência a esse fato o PSE perde sua credibilidade diante das famílias, escola e profissionais que as executam as atividades.

### 5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS CATEGORIAS

A após utilização do software Iramuteq e análise das imagens produzidas pelo mesmo, foi possível identificar nos discursos dos participantes a existência de marcadores de vulnerabilidade programática frente o PSE; considerando que a existência de uma única equipe de saúde da família como responsável por atender as ações da ESF e da escola/PSE traz como consequência a sobrecarga do trabalho aos profissionais, isso ainda mais presente quando se evidencia a ausência de planejamentos e cronogramas para realização das ações, contribuindo para que estas aconteçam de forma intempestiva e fragmentada visando apenas o cumprimento de metas estabelecidas no município para garantia dos recursos destinados ao programa, já que não há resultados frente as necessidades diagnosticadas nos escolares e em consequência a esse fato o PSE não tem credibilidade no todo o contexto que está inserido.

**Figura 6 – Marcadores de vulnerabilidade programática evidenciados a partir da utilização do software Iramuteq. Iguatu-CE-Brasil, 2018**



Fonte: Elaborada pela autora.

Nesse sentido, seguiremos a análise dos dados pela relação estabelecida entre os resultados encontrados a partir das imagens geradas pelo software. A associação das imagens com os resultados apresentados definiu duas categorias a serem discutidas, Categoria 1: **Entre o *lá* e o *aqui*: a multiplicidade no fazer da ESF**, e a Categoria 2: **A saúde na escola: das ações propostas aos resultados não alcançados**.

### 5.3.1 Categoria 1: Entre o *lá* e o *aqui*: a multiplicidade no fazer da ESF

Foi possível evidenciar a partir das discussões realizadas que há uma inconstância das ações que repercute de uma falta de planejamento e sobrecarga de trabalho; os profissionais apresentam sentimentos negativos quando se referem ao programa, e por fim é possível registrar que há falta de preparo e capacitação para atuar frente a política, dessa forma serão discutidos os resultados e em seguida corroborados com o que se evidencia na literatura.

A partir do dendograma foi possível observar ênfase aos termos *lá* e *aqui*, que refletem nos ambientes que os profissionais participantes do estudo desenvolvem suas atividades, a escola e a ESF. Nesse sentido, a palavra *a\_gente* no *corpus* textual apresenta relação direta com os termos *lá* e *aqui*, ao considerar que os profissionais são os responsáveis por executarem as ações do programa.

A nuvem de palavras e a análise de similitude a partir das palavras *a\_gente*, *não*, *lá* e *aqui*, fortalecem a mesma ideia identificada no dendograma. Na nuvem os termos *a\_gente* e *aqui* com relação mais próxima reforça a responsabilidade dos profissionais dentro da ESF. Por outro lado, o *não* e o *lá* reiteram aspectos negativos identificados pelos participantes em relação à forma como o programa é desenvolvido. Os profissionais enfatizam seu papel em apenas cumprir o que é cobrado para atender as demandas do PSE, pois por desconhecerem o contexto geral do programa, atuam apenas na execução das práticas, não tendo ciência das etapas seguintes ou mesmo dos seus resultados, conforme registro na fala:

[...] *a\_gente* só desenvolve, faz a coleta dos dados, mas o retorno se é positivo, negativo, se foi resolvido, se foi encaminhado, ou se a gente tem que fazer alguma ação, até hoje não (**Entrevistado 2**).

O desconhecimento dos profissionais diante da política compromete o atendimento dos objetivos da mesma (SOARES et al., 2016). Quando o PSE não é implantado nos municípios conforme é preconizado, os participantes destacam a falta de tempo para o desenvolvimento das ações, que reflete numa atuação com práticas inconstantes em resposta a ausência de planejamento para a sua execução (MORAES; PAES, 2016).

As ações do PSE são desenvolvidas anualmente, e estas repercutem diretamente no tripé: profissionais e ações da ESF e escola; dessa forma, quando estas são solicitadas pela secretaria de saúde do município de modo não programado provocam alterações nos planejamentos realizados pelos integrantes de forma individual e/ou coletiva. Nessas circunstâncias os profissionais da saúde se veem obrigados a interromper a assistência em nível da ESF para atender as demandas do programa, o que resulta em cancelamento ou adiamento dos agendamentos dos pacientes da atenção primária. Na rotina escolar não se faz diferente, pois esta também precisa promover alterações no cronograma com a finalidade de atender as atividades do programa, conforme pode ser observado na fala dos entrevistados:

[...] sempre alguma coisa sai em prejuízo, por conta dessa programação de última hora, principalmente no PSF, a gente escuta bastante, porque tem que cancelar. A gente tem até segunda para entregar a antropometria, por exemplo, então a gente vai cancelar pré-natal, puericultura, mil e uma coisas, aí o pessoal chega e diz um monte, diz que não volta mais e que não quer mais, mas a gente tem que desenvolver, fazer o quê? **(Entrevistado 2).**

Não dá tempo a gente avisar, porque é sempre em cima da hora, sempre vem assim: já é para amanhã e tem que vocês irem, aí não do tempo [...] **(Entrevistado 5).**

Eu acho que, primeiro, essa questão de ser uma coisa mais organizada, agendada, com antecedência para que a gente se programe não tendo que está desmarcando procedimentos [...]. [...] a secretaria disse que tem que ir amanhã, aí pronto, amanhã vamos e pronto, é assim a organização **(Entrevistado 4).**

Os resultados desse estudo corroboram com o que Moraes e Paes (2016) encontraram em seu estudo como fragilidades do PSE: falta de recursos humanos, de tempo para desenvolvimento das ações, a sobrecarga e não comprometimento dos profissionais, falta de divulgação e autorização para sua implantação por parte dos responsáveis. Essas fragilidades seriam minimizadas se existisse articulação entre os setores saúde e escola com vistas a um planejamento adequado em

consonância com a política, o que resultaria em uma melhor execução das atividades, e redução da sobrecarga dos profissionais. Fato este perceptível nos discursos dos participantes:

[...] essa questão do cronograma é muito importante, não só para nós, para a escola também, porque se eles fossem avisados, tipo no começo do ano, tal mês, tal data vai acontecer isso, mas eles são avisados também em cima da hora como a\_gente, aí tem que tirar os alunos de sala, as vezes estão em época de prova, aí não dá certo[...] **(Entrevistado 4).**

[...]. Eu acredito que falta é uma boa articulação na questão de datas. Se a\_gente for olhar no site algumas coisas já tem as datas certas, o município podia articular antes, porque sabe que não é uma obrigatoriedade nossa fazer essa coleta, essas palestras, vacinação, enfim n coisas que a gente faz que eles podiam já programar, o mês tal, tipo passar um cronograma anual de coisas que são obrigatórias, eu acredito que isso seria possível [...] **(Entrevistado 2).**

A partir das fragilidades identificadas os profissionais da saúde/participantes desse estudo referem insatisfações por terem que modificar seus cronogramas, comprometer suas atividades de rotina em decorrência de práticas que embora sejam importantes e frequentes, permanecem sendo executadas de forma imediata e sem programação.

Nesse contexto, as atividades do PSE se fazem frágeis por acontecerem sem considerar o ano letivo e o projeto político pedagógico da escola, não existindo uma organização prévia (MACHADO et al., 2015). A existência de um planejamento entre os setores saúde/educação no início do ano letivo, ou antes, de cada atividade proposta, traz melhores resultados durante o seu desenvolvimento (SILVA et al., 2017).

O PSE é um programa que tem como objetivo a articulação de saberes para garantia da promoção da saúde a partir dos indicadores encontrados nos escolares, visando atuar na melhoria da qualidade da saúde dos adolescentes e famílias. Nesse sentido as ações do PSE precisam ser planejadas para mudar a realidade identificada, e os profissionais capacitados para garantir uma atuação efetiva e resolutiva (MACHADO et al., 2016), entretanto não identificamos a existência desses nos discursos dos participantes:

A orientação que nós temos é da enfermeira **(Entrevistado 1).**

A coordenação mandava a ordem, a enfermeira orientava a gente, que tinha que ir para o colégio, chegava lá, aí orientava como fazer o trabalho **(Entrevistado 6).**

[...] A gente aprende na prática **(Entrevistado 4).**

Para executar as ações referentes ao programa é necessário a formação de uma equipe multiprofissional com a finalidade de atender o que é proposto para ser desenvolvido e que garanta o envolvimento dos profissionais de forma ativa para atuar frente a promoção da saúde e identificação de vulnerabilidades (COUTO et al., 2016).

As equipes da ESF são compostas por uma diversidade de profissionais, porém constatamos nesse estudo que as ações do PSE quando solicitadas para serem executadas ficam centradas em apenas duas categorias profissionais: enfermeiro e agentes comunitários de saúde, não contando com o apoio dos demais profissionais da ESF e nem do NASF.

O enfermeiro é considerado o protagonista do programa, em virtude de ter maior acesso à escola, professores e alunos, e acaba sendo considerado o elo principal entre a escola e PSE (SILVA et al., 2017)

Couto e colaboradores (2016) constatam que os demais profissionais apresentam desinteresse em ir para o ambiente escolar, o que resulta na limitação das atividades desenvolvidas, em virtude de uma pequena parcela executarem os procedimentos, o que faz consequentemente com que a atuação frente ao programa aconteça predominantemente em campanhas sazonais.

Os discursos dos participantes evidenciam que a efetividade das práticas referentes ao PSE é delegada apenas a algumas categorias profissionais, com participação limitada do profissional da odontologia, técnico de enfermagem e psicólogo, em virtude das ações especializadas desenvolvidas por estes, conforme evidencia na fala do entrevistado, acerca dos profissionais que realizam atividades do PSE:

Enfermeiros, agentes\_comunitários\_de\_saúde e técnicos. E o dentista faz, mas é mais isolada as ações, e participa ele e a auxiliar de saúde bucal. Psicóloga, a\_gente já identifica, já vê algumas alterações comportamentais que não se enquadram, não é da normalidade, do padrão que a\_gente já conhece, tem a questão do autismo que está sendo bastante notificado, o hiperativismo, que a\_gente vê que se tivesse um outro profissional atendendo acredito que eles conseguiriam captar aquela criança para um tratamento adequado, um desenvolvimento, uma socialização de uma forma mais eficiente. E que o médico também fizesse parte, até por uma questão por exemplo, HPV que é mais comum, há crianças que tem alterações, já teve crianças que teve convulsão. O enfermeiro é capacitado, ele sabe, mas tem certas medidas que só o médico [...] é importante ter o apoio do médico. O município não o libera para essas ações, o médico tem que ter atendimento **(Entrevistado 2)**.

Nesse contexto, Moraes e Paes (2016) salientam a necessidade de formar equipes que sejam integradas para atuar frente ao programa, pois quando se evidencia que cada profissional executa as atividades de maneira rotineira e não articulada, há um descompasso no PSE que repercute na qualidade dos serviços ofertados e vida dos indivíduos assistidos pelo programa.

Brasil (2009) enfatiza que deve existir uma equipe multiprofissional responsável por garantir o desenvolvimento das ações preconizadas pelo PSE. Conforme se pode evidenciar nessa pesquisa, a ausência de uma equipe que auxilie nas práticas do programa, faz com que os profissionais se sintam sobrecarregados ao ter que atender além das necessidades de sua área territorial ainda assumirem novas demandas frente as práticas preconizadas pelo PSE.

Os profissionais sentem a necessidade de uma equipe exclusiva para o PSE de forma a reduzir a sobrecarga mediante a adesão e implementação do programa no município (MORAES; PAES, 2016). Uma das estratégias consideradas para reduzir a sobrecarga de trabalho foi a contratação de enfermeiras a partir da implementação do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), pois esses profissionais promovem melhorias no desenvolvimento das ações do PSE, por serem profissionais exclusivos do programa (SOARES et al., 2016).

Essa mesma necessidade é evidenciada ainda de forma confusa entre os participantes desse estudo, alguns consideram importante ter uma equipe exclusiva para o PSE e outros acreditam que mesmo com dificuldades para sua realização, a atuação nestas atividades favorece a aumentar o vínculo com os escolares, conforme registro nas falas:

Acúmulo de atribuição, eu acredito que deveria ter uma equipe no município para fazer essas ações, não deslocar a saúde da família que já tem bastante coisa para fazer, não que não seja importante me entenda, é que eu acho que a magnitude do programa deveria existir uma equipe, só para o programa\_saúde\_na\_escola [...] **(Entrevistado 2)**

Eu acho que quando a\_gente chega, os que conhecem a gente passa uma confiança, tia é vocês que irão aplicar, é vocês que irão fazer **(Entrevistado 5)**.

Quando chega aos ouvidos dos pais, eles já deixam porque sabe que é a equipe do PSF **(Entrevistado 6)**.

Quando se têm enfermeiras contratadas para o desenvolvimento das ações do programa, estas acontecem de forma mais ativa, porque passa a ter uma equipe exclusiva para atender as necessidades do PSE, embora a equipe da ESF seja considerada a responsável por executar o programa, esta tem inúmeras atribuições além do programa (SILVA-SOBRINHO et al., 2017).

Apesar dessa proposta não corroborar com o que é preconizado na política, ainda há várias discussões quanto a sua viabilidade. Os participantes desse estudo e de uma pesquisa realizadas por Moraes e Paes (2016) enfatizam a necessidade de formar uma equipe profissional responsável pela execução das ações do programa.

É importante enfatizar que a ESF é a principal articuladora do programa junto à comunidade escolar, sendo assim de responsabilidade dos profissionais médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem e de auxiliar de saúde bucal, com o apoio da equipe do NASF executarem essas ações, visto que as ações do PSE são de responsabilidade coletiva, não específica há um grupo de pessoas (BRASIL, 2009).

Porém, um dos maiores problemas evidenciados na atuação dos profissionais frente ao programa é a falta de conhecimento sobre a política, suas diretrizes, ações que são preconizadas para serem desenvolvidas, objetivos e metas definidas para o município, que resulta no comprometimento do avançar do programa.

Uma das maiores dificuldades na implantação do PSE de forma eficaz dá-se em decorrência das inúmeras atribuições do profissional da ESF no território de abrangência, bem como, a falta de capacitação dos profissionais diante do programa e do público atendido (MACHADO et al., 2015). Um estudo realizado com enfermeiros afirma que inúmeros fatores dificultam a execução ideal do programa, em decorrência da falta de treinamentos para equipe, recursos materiais e humanos (SILVA et al., 2017).

Corroborando com os autores acima, Soares e colaboradores (2016) evidenciam em seu estudo que um dos problemas relacionado a eficácia do PSE refere-se a sua implementação de forma segmentada, sem que os profissionais recebam orientações e treinamentos para o seu desenvolvimento, com um conhecimento limitado sobre a política, muitas das vezes sendo orientados apenas pelas ações pontuais e imediatas que os gestores repassam por meio das secretarias de saúde.

Diante de discussões sobre treinamentos e capacitações sobre o PSE para os profissionais/participantes desse estudo, a maioria relatou que nunca receberam nenhum preparo. Os que referem algum entendimento/capacitação definem ser algo bem limitado, restrito, visando apenas garantir que as ações sejam executadas para garantia do recurso ao município, conforme os discursos abaixo:

Na prática, nós como agentes de saúde nunca tivemos treinamentos não. De ir a gente vai [...], mas eu não tinha ideia de como seria, lá. [...] Treinamento para nós não. [...] os agentes de endemias que tinham feito o treinamento e o fisioterapeuta do outro NASF ele fez o treinamento de tracoma [...]. **(Entrevistado 4).**

Nós sabemos que os municípios que aderem a esses programas eles têm uma bonificação, por assim digamos, e é o que mais se preocupa. Não, eu vou aderir a tal programa porque eu sei que o município vai ficar bem visto para o Ministério da Saúde, Educação, seja lá qual for o programa, vamos receber uma bonificação, eu acredito que a maioria dos municípios se preocupam com isso, mas em ação em si, os profissionais que façam, do jeito que fizer está bom, o importante é fazer **(Entrevistado 2).**

A partir dos relatos é possível salientar que as ações acontecem de forma pontuais e prática visando apenas o cumprimento de metas a um programa criado pelos ministérios e que o município faz adesão, pois quando os profissionais executam ações as quais não compreendem a sua finalidade a tendência é que estas sejam realizadas sem considerar as peculiaridades identificadas, deixando-se perder registros durante esses cuidados que seriam necessários para melhoria da saúde do escolar.

Isso se tornar preocupante ao ponto de que, por mais simples que seja uma atividade, o profissional que a realiza deve ter conhecimentos básicos para executá-la de forma correta, visto que os registros dessas ações são elementos básicos para condutas e decisões.

Nesse contexto, enfatiza-se o fato de que a capacitação e treinamento dos profissionais sobre o PSE é de responsabilidade dos gestores, esses devem estabelecer estratégias para que as atividades sejam desenvolvidas com maior proximidade ao que é preconizado evitando que sejam executadas de forma pontual em decorrência do despreparo dos que as executam (SILVA-SOBRINHO et al., 2017).

Nesse sentido é importante enfatizar que o Ministério da Saúde cria programas direcionados a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos, para que o seu objetivo seja eficaz os profissionais devem ter conhecimento acerca da

política e do seu funcionamento. A execução de atividades com desconhecimento faz com que as ações aconteçam de forma inesperada, não planejadas e fragmentadas, visando apenas atender metas estabelecidas pelo programa, sem que os profissionais que as desenvolvem compreendam a importância da sua realização, dos resultados produzidos e da sua continuidade para resolução dos problemas.

Isso é resultado da adesão a programas por parte da gestão de forma inconstante, sem planejarem antecipadamente como estas serão executadas dentro do município, direcionando-se apenas a garantia de recurso advindo do mesmo.

A leitura apresentada evidencia-se a existência de vulnerabilidade programática frente ao PSE, em decorrência da equipe atuar desconhecendo a política sobre a qual executa a ação, não conhecendo os seus objetivos e a importância dos dados são produzidos a partir das ações, práticas fragmentadas que desconsideram a integralidade do ser. A política é desenvolvida de forma desarmônica do que é preconizado, comprometendo assim a qualidade dos serviços ofertados nos ambientes definidos como *aqui e lá*.

### **5.3.2 Categoria 2: A saúde na escola: das ações propostas aos resultados não alcançados**

Nessa segunda categoria serão discutidos os elementos que contribuem para que o programa seja visualizado como uma política sem êxito para aqueles que o desenvolvem e dele esperam melhorias na saúde dos problemas identificados nos escolares.

O programa de saúde na escola é uma proposta do Ministério da Saúde e da Educação que vem sendo aderida pelos gestores municipais com objetivo de garantir a assistência a crianças e adolescentes no âmbito escolar.

Este traz importantes estratégias frente ao processo saúde-doença, por atuar na promoção de hábitos e comportamentos saudáveis, minimizando vulnerabilidades existentes nos escolares (SOARES et al., 2016). Implementado com base em cinco componentes: avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens das escolas públicas; promoção da saúde e ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde; educação continuada e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; monitoramento e avaliação do programa (BRASIL, 2011).

O PSE propõe o desenvolvimento de ações com o intuito de estimular a formação dos estudantes da rede pública, por meio da oferta de avaliação clínica, nutricional, oftalmológica, auditiva, psicossocial e de saúde bucal; promoção de hábitos de vida saudáveis, da saúde sexual e reprodutiva; prevenção e redução do alcoolismo e do uso de drogas; controle da caderneta vacinal, do tabagismo e outros fatores de riscos para a saúde; redução de mortalidade por causas externas, entre outras (BRASIL, 2009).

Conforme as ações destacadas como propostas do PSE, os participantes desse estudo quando instigados acerca das práticas realizadas na escola com os estudantes, relatam em sua rotina a vacinação, antropometria, avaliação do tracoma, campanha de verminose, teste de Snelly e palestras voltadas para promoção e prevenção da saúde, realizadas anualmente.

De acordo com as ações citadas foi possível observar que a *vacinação* foi um termo que se destacou no dendograma, com 85,7%, seguida da palavra *questão* (64,29%), expressões também presentes nas imagens geradas pela análise de similitude e nuvem de palavras. Essa ênfase dar-se em decorrência dos participantes considerarem a vacinação como a única atividade com resultado satisfatório, em decorrência de ser a ação que é efetivada e consolidada pelos profissionais que a executam. O vocábulo *questão* é utilizado nos discursos presentes no *corpus* textual com o intuito de referenciar as atividades desenvolvidas no âmbito escolar, como se pode observar nos relatos:

A única parte assim, que a\_gente acha de dever cumprido que a\_gente acha que começou recentemente é a questão da vacinação **(Entrevistado 4)**.

A vacinação a\_gente sabe a conclusão, porque nós que literalmente fazemos [...] **(Entrevistado 2)**.

Nesse contexto entende-se que as demais atividades propostas pelo programa são realizadas, produzem dados importantes, mas os profissionais desconhecem os seus resultados. O que traz um descontentamento dos profissionais diante da identificação de necessidades nos escolares a serem atendidas e não conhecerem os seus desfechos.

Essa insatisfação pode ser facilmente identificada quando se observa a associação entre o termo *não* e as palavras *PSE*, *retorno* e *vacinação*, presentes nas imagens geradas na análise de similitude e nuvem de palavras.

É possível observar que os profissionais exprimem em seus discursos um sentimento de descontentamento frente ao PSE ao retratarem que realizam as práticas do programa, mas desconhecem a política; não realizam momentos de planejamento das ações, em decorrência de serem informados pela gestão a necessidade de desenvolver ações imediatas em virtude da proximidade dos prazos; e por não terem retorno diante das necessidades e diagnósticos identificados nos escolares, considerando os resultados dos levantamentos realizados como uma incógnita para os profissionais, gestores escolares, famílias e escolares, o que não difere do que é proposto na política, conforme os relatos:

[...] questão do retorno, eu acho que tem que ser melhorado essa parte **(Entrevistado 4)**.

Até agora eu não tenho nenhum retorno, com relação, por exemplo, ao tracoma, a gente teve caso positivo, fizemos encaminhamento, a medicação, a gente não teve nenhum retorno. Antropometria nós temos casos de desnutrição, obesidade também nunca obtive nenhum retorno de nutricionista **(Entrevistado 2)**.

Porque até assim, essa questão do peso, altura, para saber se a pessoa é desnutrida esse tipo de coisa, tem que ter o profissional, o nutricionista que faz isso. Eu acho assim, devido a demanda ser grande e o município não ter o profissional necessário para fazer isso, né, só pode ser isso, ele não dá esse retorno para gente. Aí fica com as mãos atadas, é uma coisa que começa e não tem fim **(Entrevistado 3)**.

A realidade observada a partir dos discursos é que as necessidades identificadas nos escolares que precisam ser referenciadas para outros serviços nunca são concluídas, em virtude de não ter a garantia da assistência ao profissional especializado, como no caso do nutricionista para atendê-los casos de desnutrição e obesidades identificados, e as consultas oftalmológicas quando teste tracoma positivo.

A ausência de retorno aos problemas evidenciados gera falta de credibilidade ao programa, por constatar que o mesmo tem estratégias para identificar problemas, mas não é resolutivo. Isso traz um descontentamento na equipe que o desenvolve, pelo fato de anualmente irem à escola e permanecerem omissos frente à resolutividade. Conforme os discursos:

Mas chega até o ponto das mães chamarem a\_gente e dizer assim: vocês fizeram lá no colégio e disseram que meu menino estava assim, iam marcar, iam ver e nunca vem retorno. Aí quando chega o próximo ano, que a\_gente comunica que vai voltar: para quê? Se não resolveram nada, até hoje estou esperando **(Entrevistado 5)**.

E a expectativa deles são grandes, porque pensam que vai ser solucionado o caso do filho, da filha, mas, aí fica sempre assim, o PSF não faz nada **(Entrevistado 2)**.

Aí fica tipo assim, aquele negócio, vieram fazer o que? Precisam por quê? Aí fica aquela resposta no ar e sem ninguém saber responder **(Entrevistado 6)**.

Um estudo realizado por Soares et al. (2016) com enfermeiras acerca da percepção destas frente ao PSE, observou relatos de dificuldades frente à gestão municipal, bem como destacaram a inviabilidade da continuidade das ações do programa, mediante a identificação de problemas nos escolares, e limitações encontradas para ultrapassar os muros da unidade de saúde ou ambiente escolar, bem como para realização de encaminhamentos para serviços especializados.

Farias et al. (2016) evidenciam que os agentes comunitários de saúde e professores comunitários se referem ao PSE como um programa com baixa credibilidade quanto à execução das suas ações, sendo considerado como uma proposta desacreditada em virtude de não atender as diretrizes conforme são preconizadas. Destacam ainda que o descrédito se dá principalmente pela execução incompleta e ineficaz do projeto, o que traz indignação na existência de um distanciamento entre o que é escrito e o que é desempenhado.

Nesse contexto, a efetividade do PSE ainda é um desafio, embora o programa tenha uma política na qual as ações devem ser desenvolvidas com foco na promoção da saúde e intersetorialidade, não é isso que se observam, as ações que deveriam ser planejadas para serem realizadas durante o ano, acabam sendo desenvolvidas de modo pontual, em campanhas sazonais, o que reflete na ausência da continuidade dos seus resultados (COUTO et al., 2016).

A intersetorialidade é considerada uma possibilidade de ação governamental que visa superar a fragmentação dos serviços e influenciar no planejamento, execução e avaliação de resultados alcançados, porém ainda vista como um processo difícil e não espontâneo, por exigir dos profissionais habilidades para lidar com conflitos, contradições e divergências (FARIAS et al., 2016). Para que se tenha uma mudança nessa realidade, é necessário que os gestores e profissionais que a executam compreendam que esta quando associada a promoção da saúde como práticas constantes tornam a política efetiva (COUTO et al., 2016).

Em estudo realizado por Farias et al. (2016) os profissionais destacam a ausência da participação da gestão no planejamento, monitoramento, implementação e avaliação do PSE, o que contradiz o proposto na política, que determina que a gestão participe de forma compartilhada em todas as etapas, visando a atender às necessidades e demandas locais. Nesse sentido, se faz necessário o comprometimento do gestor para que haja reconhecimento e fortalecimento das estratégias de territorialização e corresponsabilização no campo saúde e educação, favorecendo assim a sustentabilidade do PSE como política.

Quando há uma participação efetiva dos gestores, membros da saúde e escola direcionados as ações de promoção a saúde e prevenção de agravos, o programa passa a destacar sua relevância como uma das principais ferramentas para qualidade de vida dos escolares, pois ações são desenvolvidas, diagnósticos realizados, estratégias planejadas e executadas para melhoria da saúde dos estudantes (MACHADO et al., 2016).

A participação do gestor no acompanhamento e monitoramento das atividades desenvolvidas pelo programa é primordial para garantir a efetividade dos cuidados necessários, o que irá dá credibilidade à política. Quando este não acontece os profissionais visualizam o programa como mais uma forma do município receber recursos, já que a realização das ações é um dos pressupostos sua garantia, conforme pode-se evidenciar nas falas:

Nós sabemos que os municípios que aderem a esses programas eles têm uma bonificação, por assim digamos, e é o que mais se preocupa **(Entrevistado 2)**.

Assim, da minha parte eu tenho uma grande curiosidade, o que é que eles fazem esses dados que a\_gente passa para eles, todo ano. Queria muito saber, porque anualmente a gente faz **(Entrevistado 4)**.

Diante disso, a gestão precisa melhor articular as equipes com a finalidade de planejar estratégias que orientem a efetivação do programa conforme preconizado, onde os problemas sejam diagnosticados e solucionados, pois a negligência frente a estes repercute numa política sem êxito (SOARES et al., 2016).

Nesse contexto, é importante destacar que a monitorização do programa é uma ferramenta básica e continua de gestão para verificar o cumprimento de metas, e somente assim realizar o repasse financeiro (BRASIL, 2011).

Nesse sentido é imperativo que os gestores que aderem ao programa façam investimentos nos serviços de saúde para que assim se possa atuar na perspectiva da promoção da saúde e redução de riscos, pois caso contrário, as ações permanecerão ineficazes (SILVA et al., 2014).

Diante da leitura apresentada, o PSE foi criado com o intuito de promover melhorias a saúde dos escolares, porém se evidencia o problema na ausência dos seus resultados frente as atividades que são desenvolvidas, o que está diretamente associado a percepção que os gestores têm da política e a forma que esta é implantada nos municípios após a sua adesão.

### **5.3.3 Compreensão do estudo**

Esse tópico é uma síntese dos achados referentes as discussões sobre o PSE apresentados na categoria 1: *Entre o lá e o aqui: a multiplicidade no fazer da ESF* e na categoria 2: *A saúde na escola: das ações propostas aos resultados não alcançados*, a partir do qual se confirma que no município estudado há marcadores de vulnerabilidade programática no PSE.

O adolescente ainda é um ser muito vulnerável a diversos riscos em saúde, o que pode ser evidenciado pelo desequilíbrio dos fatores determinantes e condicionantes de saúde. Diante disso, várias políticas são criadas para assistir suas necessidades, dentre elas o PSE, porém conforme evidenciado nesse estudo, nem sempre o desenvolvimento do programa acontece conforme preconizado, onde as ações caracterizam-se por ser fragmentadas e desarticuladas, o que compromete a sua eficácia.

Os participantes do estudo referem que mediante a adesão do município ao programa, deveriam ser realizadas capacitações, como uma estratégia para esclarecer a finalidade e as propostas da política para melhoria da qualidade de vida do escolar.

Os relatos dos profissionais trazem a falta articulação entre os setores da saúde e educação, ausência de planejamento e inexistência de um cronograma, como fatores que contribuem para gerar sobrecarga na equipe da ESF e comprometimento das atividades planejadas na estratégia de saúde, devido ter que suspendê-las para atender as do PSE.

Dessa forma, a ausência de capacitação dos profissionais após a adesão do município ao programa favorece para que estes desenvolvam suas práticas com conhecimento fragmentado e de forma desarticulada, em virtude das informações limitadas que são repassadas pela gestão para atender as metas previstas para o município, como forma de assegurar os recursos destinados pelo programa.

Os participantes desse estudo enfatizam o sentimento de incapacidade diante dos pais dos escolares, devido os diagnósticos identificados e encaminhamentos realizados pela equipe não serem garantia de atendimentos imediatos, por não existirem serviços disponíveis para atender a essa demanda com prontidão, isso repercute na desacreditação frente às práticas realizadas pela equipe e propostas no programa.

A adesão a uma política sem a preocupação em capacitar os profissionais para atuarem frente a esta, gera um fator que contribui para existência da vulnerabilidade programática. A vulnerabilidade programática caracteriza-se quando os recursos sociais não são utilizados com o intuito de proteger os indivíduos da exposição a agravos, de modo efetivo e democrático (AYRES et al., 2003).

Muñoz Sánches e Bertolozzi (2004) em seu estudo verificam que um dos importantes marcadores da vulnerabilidade programática constitui a dificuldade existente no acesso e garantia aos serviços de saúde.

Dessa forma, esta vulnerabilidade se define pela inexistência de estratégias que visem o enfrentamento de situações de riscos que gerem fragilidades. É importante enfatizar que estas ações são de responsabilidades do poder público, iniciativa privada e agências da sociedade civil a partir da destinação de recursos com a finalidade de atender as necessidades identificadas (JESUS et al., 2011).

Por fim, com a realização desse estudo foi possível confirmar a existência de marcadores de vulnerabilidade programática no PSE, o que traz a necessidade em rever como este foi implantado e implementado no município, conduzindo diante desse fato a necessidade de um processo de reconhecimento da gestão sobre a importância da sua implantação e implementação conforme o que é preconizado na política.

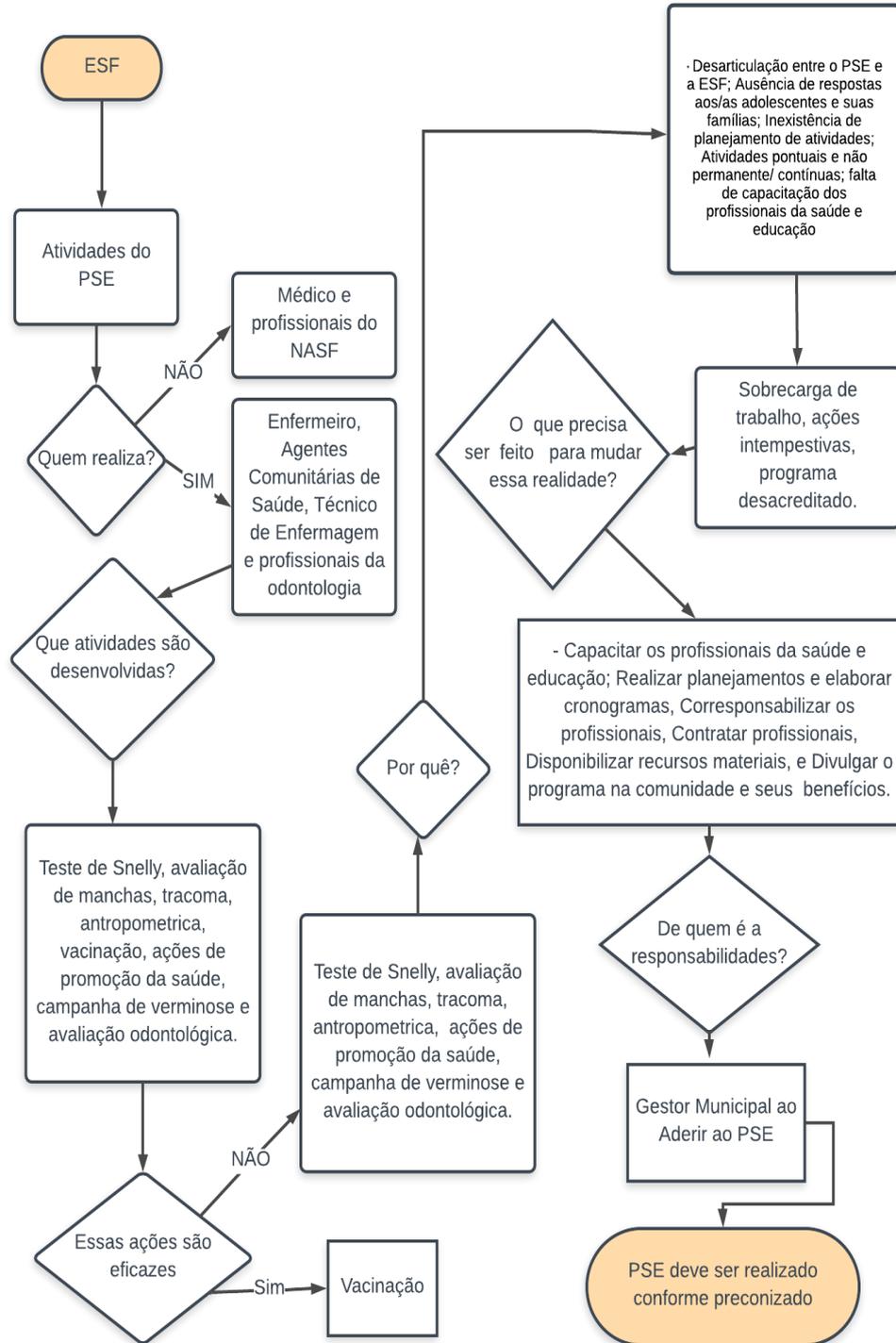
O PSE apresenta atualmente 29 portarias desde que foi criada, estas têm o intuito de recomendar e orientar sobre as normas de execução do programa. Nesse contexto, a gestão deve considerar que diante das atualizações propostas

pelas portarias é imprescindível a realização de momentos de capacitações para as equipes que desenvolvem as ações referentes ao PSE, visando assim disseminar as atualizações e garantir a continuidade do mesmo conforme o recomendado.

É indiscutível que quando o programa é executado conforme preconizado tem-se o reflexo no público assistido, nos profissionais que executam as ações e na credibilidade da política frente aos profissionais da escola e PSF, família e escolares, em virtude de ser considerada efetiva dentro do seu contexto geral.

A partir de todas as discussões realizadas, após as imagens produzidas pelo software e pelas categorias, foi possível listar os marcadores que contribuem para existência da vulnerabilidade programática, e apoiado nestes foi elaborado um fluxograma identificador de vulnerabilidade no PSE. O fluxograma foi o método utilizado em decorrência de este facilitar a compreensão e melhor visibilidade de todo o processo, devido à didática que a estratégia permite.

**Figura 7 – Fluxograma Identificador de Vulnerabilidade Programática no PSE. Iguatu-CE-Brasil, 2018**



Fonte: Elaborada pela autora.

A partir do fluxograma é possível evidenciar que as ações do PSE são de responsabilidade dos profissionais da ESF, estas sendo desenvolvidas prioritariamente por apenas duas categorias profissionais, enfermeiro e agentes comunitários de saúde, e diante das especificações acontecem as ações realizadas pela odontologia.

As atividades realizadas são previstas na política do programa, porém são consideradas ações sem resultado por não haver continuidade diante dos diagnósticos identificados, sendo a vacinação a única ação com resultados em decorrência de ser uma prática desenvolvida do início ao fim pela equipe da ESF. Em seguida são apresentados fatores que contribuem para que o PSE seja uma política ineficaz, e são listadas ações necessárias para transformar essa realidade, enfatizando o papel do gestor diante da adesão a um programa.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção ao adolescente sempre foi desafiadora para os profissionais que o assistem, em virtude das inúmeras modificações a que estes vivenciam. Muitas lutas pelo reconhecimento deste como um indivíduo com direitos a serem garantidos, reflete na criação de políticas públicas para assisti-los, dentre elas o PSE.

A eficácia das políticas depende da forma como estas são implantadas e implementadas nos municípios, sendo responsabilidade dos gestores essa garantia ao realizar a adesão ao programa. Quando esse processo ocorre de maneira diferente do preconizado estas ficam susceptíveis a serem caracterizadas com vulnerabilidades programáticas.

É responsabilidade dos gestores garantir condições para que a política funcione adequadamente no município, visto que a adesão a um programa acontece diante do reconhecimento da necessidade de se intervir com ações específicas para estimular a qualidade de vida e redução dos agravos em uma população.

É de extrema importância estudar a existência de vulnerabilidade programática no PSE, visto que somente a partir da identificação dos elementos geradores desta é possível traçar estratégias para que as ações sejam executadas convergentes as propostas estabelecidas, o que irá repercutir positivamente naqueles que por ela são assistidos.

O conhecimento acerca das políticas públicas representa um saber importante para a prática dos profissionais, este pode ser adquirido na graduação, bem como em todo processo formativo decorrente de sua educação permanente. A ausência desse saber pode comprometer a forma como os profissionais atuam frente as políticas de saúde.

Desenvolver um estudo com a finalidade de identificar a existência de marcadores de vulnerabilidade programática em um programa que é proposto pela articulação do Ministério da Saúde e Educação, Programa Saúde na Escola, foi um tanto desafiador, principalmente pelo fato da pesquisadora ter vivência prática na ESF com a atuação no PSE, e em decorrência disso, temer que os profissionais sejam pouco participativos nas discussões propostas.

Para a sua realização foi utilizada a técnica do GF, que permitiu que os participantes compartilhassem suas experiências e percepções em relação ao PSE. Este método contribuiu para o enriquecimento das discussões sobre a temática proposta, além de possibilitar o atendimento dos objetivos propostos neste estudo.

Dessa forma, foi possível observar que no modo de realizar as ações do PSE há marcadores de vulnerabilidade programática, estes identificados a partir do relato das ações desenvolvidas na escola para assistir ao adolescente, a forma como estas acontecem e os fatores impeditivos para sua realização.

Foram realizados três encontros com intervalos próximos, em virtude da dificuldade em manter agendamentos prévios em decorrência das demais atribuições previstas aos profissionais da ESF de forma imediata. Porém, esses intervalos não comprometeram a qualidade das indagações realizadas durante os grupos, visto que após o término de cada encontro seguia-se com a transcrição das falas objetivando conhecer a existência de possíveis lacunas a serem melhor esclarecidas nos grupos seguintes.

Os resultados revelados nesse estudo apresentam relevância social, científica e pessoal. A social se destaca pela identificação dos marcadores de vulnerabilidade programática: desarticulação entre o PSE e a ESF; ausência de respostas aos/as adolescentes e suas famílias; Inexistência de planejamento de atividades; Atividades pontuais e não permanente/ contínuas; falta de capacitação dos profissionais da saúde e educação; onde a partir da análise e compreensão destes torna-se possível traçar estratégias que possam contribuir para melhor desenvolvimento da qualidade da atenção básica do adolescente. A científica destaca-se pelo conhecimento produzido diante dos marcadores da vulnerabilidade programática do PSE, e disponibilização deste para difundir no meio científico, bem como contribuir para processos reflexivos frente aos resultados, de forma a estimular o desenvolvimento de novas pesquisas. A relevância pessoal dar-se pelo desafio vivenciado para produção deste estudo, com atuação em uma técnica metodológica a qual não tinha prática e pela constatação da existência da vulnerabilidade programática diante de um programa que sempre me inquietou em decorrência de suas práticas inconstantes.

É importante destacar que embora este estudo represente os resultados de um município específico localizado na Região Nordeste, no Estado do Ceará, o mesmo traz resultados bem expressivos diante da existência de fatores que

contribuem para a ocorrência da vulnerabilidade programática no PSE, o que gera indagações quanto à existência destes em outros municípios, visto que estes comprometem a efetividade da política.

Nesse sentido, é indispensável que todos os profissionais envolvidos na execução das ações, bem como os gestores da saúde e da educação os reconheçam como elementos limitantes a garantia da qualidade de vida e saúde dos escolares, e que diante disso possam traçar estratégias que promovam mudanças na realidade evidenciada, ao reconhecerem o PSE como uma política que se conduzida e monitorada de forma correta e continua gera muitos benefícios para os escolares, famílias e comunidade em geral.

Com o intuito de contribuir para melhoria do desenvolvimento do programa no município estudado, os resultados desta pesquisa serão apresentados aos gestores da saúde e educação, visando sensibiliza-los quanto a necessidade de traçar estratégias que visem reduzir os marcadores identificados.

A transformação dessa realidade só será possível se os gestores assumirem o compromisso em sanar os impasses evidenciados mediante a comunidade escolar, garantindo que os princípios e diretrizes do SUS sejam cumpridos diante do PSE, o que irá estimular a eficácia do programa.

Dessa forma é importante que a gestão diante da identificação da existência de vulnerabilidade programática frente ao PSE, trace estratégias que visem melhorar o desenvolvimento e implementação das suas ações no município, de forma a garantir a realização do programa, a identificação das necessidades dos escolares e principalmente a resolutividades destas, o que irá favorecer para que o programa seja uma política efetiva. Para isso sugere-se que no município estudado desenvolvam ações como: capacitações para os profissionais da ESF e escola, elaboração de cronogramas e planejamentos articulados com os setores da saúde e educação, corresponsabilizem os profissionais quanto as atividades do PSE, e disponibilizem recursos para contratação de profissionais da atenção primária e secundária para atender as necessidades dos escolares.

## REFÊRENCIAS

- AMORIM, D. U. et al. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 254-266, abr./jun. 2014.
- AUSTREGESILLO, S. C. et al. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10 p. 3111-3120, 2015.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface. Comunicação Saúde Educação**, v. 16, n. 40, p. 67-81, jan./mar. 2012.
- AYRES, J. R. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.
- BARBIANI, R. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 200-211, abr./jun. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BENEDETTO, E. S.; SILVEIRA, E. Solo e raízes das dimensões individual, social e pragmática da vulnerabilidade e as sementes no processo de saúde da criança. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 68 - 84, jan./jun. 2013.
- BENELLI, S.J. Risco e vulnerabilidade como analisadores nas políticas públicas sociais: uma análise crítica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 4, p. 735-745, out./dez. 2016.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, p. 1326-1330, 2009.
- BOLSI, K. B. **Vulnerabilidades na adolescência**: um estudo em um pequeno município. 2013. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, 2013. Disponível em: <<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/499/1/2013KarinaBolsi.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.083, de 23 de Maio de 2014**. Institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1083\\_23\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1083_23_05_2014.html)>. Acesso em: 26 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Programa saúde na escola, saiba mais**. 2012a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola?id=16795>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012b Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 16 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em 16 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Saúde na Escola. Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, DF, 5 dez. 2007

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004**. Estabelece as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas. 2004. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1295448067419Portaria%20340.%2014julho2004.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

BRÊTAS, J.R. da S. Vulnerabilidade e Adolescência. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 89-96, dez. 2010.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas Psicol.**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software Iramuteq.** Laboratório de Psicologia Social da Cognição - UFSC- Brasil. 2016. Disponível em: <[http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_17.03.2016.pdf](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2017.
- COSTA, N. R. A.; FERREIRA, M. C. R. Acolhimento familiar: uma alternativa de proteção para crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 111-118, 2009.
- COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos Adolescentes na Atenção Primária: perspectivas de integralidade. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 466-472, jul./set. 2012.
- COUTO, A. N. et al. O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 17, supl.1, p. 378-383, out./dez. 2016.
- FARIAS, I. C. V. et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 261-267, 2016.
- FONSECA, F. F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 258-264, jun. 2013.
- FONTELLES, M. J. et al. **Metodologia da pesquisa científica**: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. 2009. Disponível em: <[https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo\\_C8\\_NONAME.pdf](https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf)>. Disponível em: 22 jul. 2018.
- FREITAS, N. O.; CARVALHO, K. E. G.; ARAÚJO, E. C. Estratégia de educação em saúde para um grupo de adolescentes do Recife. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 29-36, jan./mar. 2017.
- GIRONDI, J. B. R. et al. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 1, p. 20-27, 2010.
- GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2001. p. 32. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2018.
- HIGARASHI, I. H.; ROECKER, S.; BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Ações desenvolvidas pelo enfermeiro junto aos adolescentes no Programa Saúde da Família em Maringá/Paraná. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 127-135, jan./mar. 2011.
- HORTA, N. C.; LAGE, A. M. D.; SENA, R. R. Produção científica sobre políticas públicas direcionadas para jovens. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 4, p. 538-543, out./dez. 2009.

HORTA, N. C; SENA, R. R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa populacional 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/iguatu/panorama>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

JAGER, M. E. et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, abr./jun. 2014.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301-308, ago./dez. 2012.

JESUS, F. B. et al. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 359-367, 2011.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LIMA, P. V. C. et al. Saúde do adolescente - conceitos e percepções: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 8, n. 1, p.146-54, jan. 2014.

LIMA, R. A. G. de. Direitos da criança e do adolescente: desafios atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, maio/jun. 2012.

LIRIO, L. C. A construção histórica da adolescência. CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADE EST, 1., 2012, São Leopoldo. **Anais...** São Leopoldo: EST, 2012.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M.C.N. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à saúde de adolescentes e Jovens – PNAISAJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1179-1186, 2013.

MACHADO, M.F. A. S. et al. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na Atenção Básica no Brasil. **Journal of Human Growth and Development.**, v. 25, n. 3, p. 307-312, 2015.

MACHADO, W. D. et al. “Programa saúde na escola”: um olhar sobre a avaliação dos componentes. **SANARE**, Sobral, v. 15, n.1, p. 62-68, jan./jun. 2016.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. A análise de similaridade aplicada a corpora textual: as primárias socialistas para a eleição presidencial francesa. In: INTERNATIONAL JOURNAL OF STATISTICAL ANALYSIS OF TEXTUAL, 11., 2012, Liège, Bélgica, **Anais...** Liège, Bélgica: JADT, 2012.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 65-72, 2012.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Análise qualitativa do aleitamento materno com o uso do Software Iramuteq. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 567-577, set./dez. 2016.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MORAES, J. C. D.; PAES, I. A. D. C. Percepções de uma equipe multiprofissional atuante no programa saúde na escola. **Revista Científica da FHO|UNIRARAS**, v. 4, n. 1, 2016.

MUNIZ NETO, J. S. et al. Vigiar e assistir: reflexões sobre o direito à assistência da “adolescência pobre”. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 321-331, abr./jun. 2014.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Conhecimentos e atitudes sobre a tuberculose por estudantes universitários. **Bol Campanha Nacional Contra Tuberculose**, v. 12, n. 1, p.19-26, 2004.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 5, set./out. 2008.

NICHIATA, L. Y. I. et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Rev Esc Enferm USP**, v. 5, p. 1769-1773, 2011.

NOGUEIRA, M. J.; MODENA, C. M.; SCHALL, V.T. Políticas públicas voltadas para adolescentes nas unidades básicas de saúde no município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 338-345, jul./set. 2010.

OLIVEIRA E SILVA, C. S. et al. O adolescente na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa de literatura. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 76-87, jul./set. 2016.

OLIVEIRA, T. C. **Evolução histórica dos direitos da criança e do adolescente com ênfase no ordenamento jurídico brasileiro**. 2013. Disponível em: <[http://faa.edu.br/revistas/docs/RID/2013/RID\\_2013\\_24.pdf](http://faa.edu.br/revistas/docs/RID/2013/RID_2013_24.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

PADOVANI, A. S.; RISTUM, M. A escola como caminho socioeducativo para adolescentes privados de liberdade. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 969-984, out./dez. 2013.

PARADA, M. B. A.; MEDEIROS, H. R. F. de. Puericultura e políticas públicas de assistência à maternidade e à infância (1930-1945). ENCONTRO REGIONAL DA ANPUH-RIO MEMÓRIA E PATRIMÔNIO, 16., 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPUH, 2010.

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 Soc.** São Paulo, v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-862, out./dez. 2008.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.

SALVIATI, M. E. **Manual do Aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3)**. 2017. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/80082680-Manual-do-aplicativo-iramuteq.html>>. Acesso em: 15 maio 2017.

SANTOS, J. L. G. et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 205-212, 2012.

SILVA, D. I. et al. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 6, p. 1397-402, 2013.

SILVA, J. R. et al. A atuação da enfermagem no programa saúde na escola: o desafio do trabalho em rede. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, supl. 6, p. 461-S468, 2017.

SILVA, K. N. et al. Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 614-622, jul./set. 2014.

SILVA, N.C. **Orientações para evitar que seu projeto fique em pendência**. 2015. Disponível em: <<http://cep.ufsc.br/files/2015/08/Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-evitar-pend%C3%Aancias.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

SILVA-SOBRINHO, R. A. et al. Percepção dos profissionais da educação e saúde sobre o Programa Saúde na Escola. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 93-108, abr. 2017.

SOARES, C. J. et al. Percepção de enfermeiras da estratégia de saúde da família sobre o Programa Saúde na Escola. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 10, n. 12, p. 4487-4493, dez. 2016.

TILKIAN, A.; COSTA, S. B. **A criança e o adolescente nos ODS**: marco zero dos principais indicadores brasileiros ODS 1, 2, 3 e 5. São Paulo: Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente, 2017.

TRINDADE, L. L. et al. Vulnerabilidade na adolescência: a ótica dos enfermeiros da saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1142-1148, maio 2014.

VEIGA, L.; GONDIM, S.M.G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública**, v. 2, n. 1, p. 1, 2001.

VILAÇA, M. L. C. Pesquisa e ensino: considerações e reflexões. **Revista do Curso de Letras da UNIABEU**, Nilópolis, v. 1, n. 2, maio/ago. 2010.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Juliana Saraiva de Alencar, Enfermeira- COREN-CE- 200223, CPF: 967.058.253-91, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE), orientada pela Dra. Vera Lucia Mendes de Paula Pessoa e coorientada pela Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado, convido o (a) Senhor (a) a participar da pesquisa intitulada **PROFISSIONAIS DA SAÚDE E A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**, que tem como objetivo verificar no modo de realizar as ações no Programa Saúde na Escola a existência de marcadores de vulnerabilidade programática.

Este estudo será desenvolvido inicialmente a partir da realização de um grupo focal, com os profissionais que realizam as atividades do PSE, podendo ser necessário outros encontros com objetivo de aprofundar as discussões propostas. O grupo focal irá favorecer a discussões sobre a problemática a ser investigada, bem como proporcionar subsídio para responder aos questionamentos que motivam a realização desta pesquisa. Após esses encontros, as informações discutidas serão organizadas e analisadas para gerar relatório da pesquisa para a Universidade Estadual do Ceará (UECE), que facilitará na listagem de marcadores de vulnerabilidade programática para atenção ao adolescente, bem como contribuir para elaboração de um fluxograma identificador de vulnerabilidade programática no PSE.

Caso tenha interesse em contribuir para produção desse estudo, conversaremos sobre questões acerca da assistência ao adolescente no município de Iguatu, políticas públicas direcionadas ao seu cuidar, ações do Programa Saúde na Escola e identificação de fragilidades no desenvolvimento da assistência ao adolescente.

Esta pesquisa terá mais benefícios do que riscos e/ou desconfortos (constrangimento em falar, quebra da confidencialidade, falta de privacidade e de proteção da imagem). Os riscos serão minimizados ao se garantir o anonimato dos participantes e esclarecimentos de dúvidas a qualquer momento, antes, durante e após a realização dos encontros.

Os resultados evidenciados poderão beneficiar a ciência e trazer informações de relevância coletiva, as quais ajudarão as pessoas envolvidas e a comunidade científica.

Todas as informações que nos forem aqui fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa e ficarão sob nosso domínio. Os relatos serão confidenciais e em nenhuma hipótese será divulgado o nome do participante, sendo garantido o anonimato, sendo identificados como “entrevistado 1, 2...”. Os resultados serão apresentados em conjunto, o que diminui os riscos de identificação.

A participação em qualquer tipo de pesquisa depende da expressão do consentimento do participante. Caso o (a) Sr. (a) aceite participar, não receberá nenhum valor em dinheiro, assim como caso não deseje participar ou desista após iniciado o mesmo, não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados, ou desejar obter mais informações, deverá procurar a pesquisadora Juliana Saraiva de Alencar através do endereço eletrônico [julianaaa100@yahoo.com.br](mailto:julianaaa100@yahoo.com.br) ou por meio do telefone: 88-996398817 e CEP: 63.105-150. Assim como o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, Telefone: 088- 3102.1291 e e-mail: [cep@urca.br](mailto:cep@urca.br)

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (TCPE)

Após estes esclarecimentos, caso o (a) Sr. (a) esteja de acordo em participar desta pesquisa, deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós- Esclarecido, em seguida receberá uma cópia deste Termo.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador (a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura criteriosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que estas foram devidamente explicadas pela pesquisadora, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a despeito do que foi lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo em participar da pesquisa, assina o presente termo.

Iguatu-Ce, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Juliana Saraiva de Alencar  
Pesquisadora

APÊNDICE C – Roteiro de Discussão - Grupo Focal com Profissionais da ESF

<b>Bloco I- Características Sócio-demográfica dos Participantes da Pesquisa</b>		
	<b>Participante</b>	<b>Nº</b>
<b>1</b>	<b>Qual sua idade?</b>	_____ anos completos
<b>2</b>	<b>Sexo</b>	a) Masculino b) Feminino
<b>3</b>	<b>Identidade de gênero</b>	a) Masculino b) Feminino
<b>4</b>	<b>Categoria Profissional</b>	a) Médico b) Enfermeiro c) Agente Comunitário de Saúde d) Técnico de Enfermagem e) Dentista f) Atendente de Consultório Dentário
<b>5</b>	<b>Tempo de experiência com o PSE</b>	a) 2 anos b) 3 anos c) 4 anos d) 5 anos e) Mais de 5 anos

<b>Bloco II- Questões Norteadoras para o Grupo Focal</b>	<b>Check</b>
1 – Como vocês realizam as ações no Programa Saúde na Escola.	
2 – Como vocês percebem a condução desse programa aqui no município.	
3 – Que ações vocês comumente realizam nas escolas de forma a atender as necessidades do PSE?	
4 – Como vocês classificam as ações desenvolvidas para os adolescentes por meio do Programa Saúde na Escola?	
5 – Que ações vocês consideram importantes de serem desenvolvidas aos adolescentes dentro do ambiente escolar?	

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Declaração de Anuência



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGUAU  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUAU



### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA Nº 01/2018

A Escola de Saúde Pública de Iguatu - ESPI, na condição de instituição responsável pela articulação da Educação Permanente em Iguatu, aprova a proposta de realização, no Município de Iguatu – CE, do projeto de pesquisa “VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE DO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA”, cuja pesquisadora responsável é, Juliana Saraiva Alencar, inscrita sob o número de RG: 99029025752 e CPF:967.058.253-91, pertencente ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), situada em Fortaleza - CE, sob orientação da prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, inscrita sob o de RG: 01897837100 e número de CPF: 169.697.663-49.

Após avaliação do projeto, a ESPI autoriza a realização da pesquisa no Município de Iguatu – CE por meio de um estudo de caráter analítico e abordagem qualitativa, através de aplicação da técnica de Grupo Focal (GF) desenvolvido com os profissionais das unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que realizam atividades inerentes ao Programa de Saúde na Escola (PSE).

O acesso ao serviço deverá ser realizado de acordo com pactuação prévia entre os pesquisadores e o gestor, nas datas e horários disponíveis.

Salienta-se que essa autorização está condicionada à aprovação prévia dessa pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa e à observação a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde-CNS/MS por parte dos pesquisadores. O descumprimento dessas condições assegura ao município o direito de cancelar essa autorização.

Iguatu, 10 de janeiro de 2018.

Darrielle Gomes Alves Mororó  
RG 98029231761 CPF 640.096.703-63  
Superintendente  
Escola de Saúde Pública de Iguatu – ESPI

Darrielle Gomes Alves Mororó  
Superintendente da Escola de  
Saúde Pública de Iguatu - Ce  
Mat. 50 244 - Sec. Saúde de Iguatu - CE

ESCOLA DE FORM. E EDUCAÇÃO  
PERMANENTE EM SAÚDE DO MUNICÍPIO  
IGUAU-CE - EFETI  
CNPJ: 13.673.723/0001-01

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE DO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA

**Pesquisador:** JULIANA SARAIVA DE ALENCAR

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 82451518.5.0000.5055

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Cariri - URCA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.482.356

#### Apresentação do Projeto:

Pesquisa de caráter analítico, com abordagem qualitativa, que será desenvolvida no município de Iguatu-Ce. As Equipes de Saúde da Família serão os campos de atuação para realização desta, em virtude de nesses ambientes estarem presentes as equipes de saúde responsáveis pelos cuidados aos adolescentes. A população desse estudo será composta pelos profissionais que fazem parte das ESF do município de Iguatu, e que desenvolvem ações referentes ao PSE: médicos, enfermeiros, dentistas, agentes de saúde e técnicos de enfermagem. Para seleção das equipes será feito um levantamento entre as 54 escolas do município vinculadas as 32 ESF, com a finalidade de identificar as equipes de saúde da família que atendem aos maiores números de adolescentes matriculados. A coleta de dados dar-se pela técnica do grupo focal (GF) de forma a garantir a interação entre o grupo participante a partir da problematização acerca da temática em foco, com ênfase nos seguintes temas: identificar como são realizadas as ações do Programa Saúde na Escola, como estas são conduzidas no município, quais ações comumente são realizadas e como estas são classificadas. Os dados serão obtidos por meio do grupo focal e o processamento dos dados será a partir da utilização do software IRAMUTEQ. Para análise dos conteúdos textuais serão utilizadas as técnicas de classificação hierárquica descendente, análise de similitude e nuvem de palavras, por agruparem e organizarem graficamente as palavras conforme sua frequência. Após a transcrição e leitura do material arquivado, será construído o modelo analítico composto por categorias, que corresponderam às

**Endereço:** Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

**Bairro:** Pimenta

**CEP:** 63.105-000

**UF:** CE

**Município:** CRATO

**Telefone:** (88)3102-1212

**Fax:** (88)3102-1291

**E-mail:** cep@urca.br

Continuação do Parecer: 2.482.356

classes de palavras geradas pelo software IRAMUTEQ. As categorias serão definidas após a coleta por serem mais específicas, concretas e por critério léxico.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Verificar no modo de realizar as ações no Programa Saúde na Escola a existência de marcadores de vulnerabilidade programática.

Objetivo Secundário:

Identificar as ações desenvolvidas pela equipe da ESF na escola para assistência à saúde do adolescente;

Verificar como acontecem essas ações e os fatores impeditivos para sua realização;

Listar marcadores de vulnerabilidade programática para atenção ao adolescente.

Elaborar uma proposta facilitadora para o desenvolvimento dessas ações.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos são considerados a partir das alterações físicas, psicológicas e sociais a que cada participante estará expostos, comumente podem apresentar cansaço ou aborrecimento ao participar das discussões, constrangimento ao expor suas ideias, e desconforto, retraimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio (SILVA, 2015), em virtude disto, o pesquisador irá laborar estratégias para ameniza-los e reduzi-los, promovendo encontros de curta duração, de forma a minimizar aborrecimentos em virtude de discussões prolongadas, garantir o anonimato dos participantes, o que irá favorecer para que os participantes possam expor suas opiniões, sem o risco de serem identificados, e garantir a utilização do áudio exclusivamente para fins da pesquisa.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa se direcionam a gerar discussões ampliadas sobre o Programa de Saúde na Escola, de forma a assegurar o cumprimento de uma política, com a superação de possíveis obstáculos que impeçam a uma assistência integral ao adolescente. Dessa forma, o maior benefício de sua realização dar-se pela construção do conhecimento científico.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ética e relevante

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

Apresentados e adequados

**Endereço:** Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

**Bairro:** Pimenta

**CEP:** 63.105-000

**UF:** CE

**Município:** CRATO

**Telefone:** (88)3102-1212

**Fax:** (88)3102-1291

**E-mail:** cep@urca.br

Continuação do Parecer: 2.482.356

**Recomendações:**

Sem pendências

Em observância a resolução Número 510/16-XI-d- O pesquisador responsável deve encaminhar para Plataforma Brasil o relatório final da pesquisa.

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

Sem pendências

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1061281.pdf	14/01/2018 22:53:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocomitedeetica.pdf	14/01/2018 22:49:04	JULIANA SARAIVA DE ALENCAR	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeanuencia.pdf	14/01/2018 22:40:45	JULIANA SARAIVA DE ALENCAR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/01/2018 22:37:46	JULIANA SARAIVA DE ALENCAR	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/01/2018 22:29:29	JULIANA SARAIVA DE ALENCAR	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CRATO, 01 de Fevereiro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Edilma Gomes Rocha Cavalcante**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
**Bairro:** Pimenta **CEP:** 63.105-000  
**UF:** CE **Município:** CRATO  
**Telefone:** (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br

**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007.**

Institui o Programa Saúde na Escola -  
PSE, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

**DECRETA:**

Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Art. 2º São objetivos do PSE:

I - 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;

II - 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;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Art. 3º O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

§ 1º São diretrizes para a implementação do PSE:

I - descentralização e respeito à autonomia federativa;

II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;

III - territorialidade;

IV - interdisciplinaridade e intersetorialidade;

V - integralidade;

VI - cuidado ao longo do tempo;

VII - controle social; e

VIII - monitoramento e avaliação permanentes.

§ 2º O PSE será implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizada por meio de termo de compromisso.

§ 3º O planejamento das ações do PSE deverá considerar:

I - o contexto escolar e social;

II - o diagnóstico local em saúde do escolar; e

III - a capacidade operativa em saúde do escolar.

Art. 4º As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

I - avaliação clínica;

II - avaliação nutricional;

III - promoção da alimentação saudável;

IV - avaliação oftalmológica;

V - avaliação da saúde e higiene bucal;

VI - avaliação auditiva;

VII - avaliação psicossocial;

VIII - atualização e controle do calendário vacinal;

IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

X - prevenção e redução do consumo do álcool;

XI - prevenção do uso de drogas;

XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;

XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

XIV - educação permanente em saúde;

XV - atividade física e saúde;

XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e

XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Parágrafo único. As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

Art. 5º Para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto:

I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;

II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;

III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;

IV - apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;

V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e

VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

§ 1º Caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias.

§ 2º Os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa.

Art. 6º O monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

Art. 7º Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE.

Art. 8º Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão a pactuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações a que se refere o art. 4º, que deverá ocorrer no prazo de até noventa dias.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República. LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

*Fernando Haddad*

*Jose Gomes Temporão*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 6.12.2007

## ANEXO D – Portarias do Programa Saúde na Escola

### **PORTARIA Nº 2.706, DE 20 DE OUTUBRO DE 2017**

Lista os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares.

### **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.

### **PORTARIA Nº 2.744, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2016**

Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros correspondente aos 80% do alcance de metas relativas as ações do Programa Saúde na Escola 2014/2015.

### **PORTARIA Nº 1.337, DE 8 DE SETEMBRO DE 2015**

Habilita Municípios e o Distrito Federal ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos à realização da Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) no ano de 2014.

### **PORTARIA Nº 1.260, DE 27 DE AGOSTO DE 2015**

Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola 2013.

### **PORTARIA Nº 1.067, DE 23 DE JULHO DE 2015**

Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola em 2014 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso.

**PORTARIA Nº 798, DE 17 DE JUNHO DE 2015**

Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola).

**PORTARIA Nº 220, DE 25 DE MARÇO DE 2014**

Define normas para o cadastramento no SCNES das equipes com profissionais não cadastrados em estabelecimentos de Atenção Básica, que desempenham ações pactuadas no Programa Saúde da Escola.

**PORTARIA Nº 3.210, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2013**

Inclui os Municípios de Glória (BA), Palmeira dos Índios (AL) e Paulo Frontin (PR) à lista dos Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola de 2013 e ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso.

**PORTARIA Nº 2.608, DE 31 DE OUTUBRO DE 2013**

Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola de 2013 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências.

**PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 15, DE 10 DE OUTUBRO DE 2013**

Institui o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia, no âmbito do Programa Saúde na Escola - PSE e Programa Brasil Alfabetizado - PBA, e dá outras providências.

**PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.413, DE 10 DE JULHO DE 2013**

Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

**PORTARIA Nº 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013**

Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

**PORTARIA Nº 1.302, DE 28 DE JUNHO DE 2013**

Altera o prazo para o registro das informações das ações realizadas na Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) junto aos Sistemas de Avaliação e Monitoramento do PSE.

**PORTARIA Nº 364, DE 8 DE MARÇO DE 2013**

Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, e o respectivo incentivo financeiro.

**PORTARIA Nº 297, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2013**

Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Minas Gerais, em conformidade com o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**PORTARIA MS/GM Nº 524, DE 26 DE MARÇO DE 2012**

Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE).

**PORTARIA MS/GM Nº 3.014, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2011**

Habilita Municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE).

**PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/MEC Nº 1.911, DE 8 DE AGOSTO DE 2011**

Altera a Portaria Interministerial nº 3.696/MEC/MS, de 25 de novembro de 2010, que estabelece critérios para transferência de recursos aos Municípios credenciados ao Programa Saúde na Escola (PSE) e define lista de Municípios aptos a assinarem Termo de Compromisso Municipal.

**PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/MEC Nº 1.910, DE 8 DE AGOSTO DE 2011**

Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE).

**PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/MEC Nº 3.696, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2010**

Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse.

**PORTARIA MS/GM Nº 1.537, DE 15 DE JUNHO DE 2010**

Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE, conforme a Portaria Nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009.

**PORTARIA MS/GM Nº 790, DE 12 DE ABRIL DE 2010**

Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE).

**PORTARIA MS/GM Nº 3.146, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2009**

Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE.

**PORTARIA MS/GM Nº 2.931, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2008**

Altera a Portaria Nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos.

**PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/ME Nº 1.399, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2008**

Designa os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008.

**PORTARIA MS/GM Nº 1.861, DE 4 DE SETEMBRO DE 2008**

Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE.

**PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/ME Nº 675, DE 4 DE JUNHO DE 2008**

Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.

**PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007**

Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

ANEXO E – 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.

O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO e o MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição, e

CONSIDERANDO:

A Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional;

O Decreto no 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências;

A Portaria no 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

A Portaria no 1.144 GM/MEC, de 10 de outubro de 2016, que institui o Programa Novo Mais Educação, que visa melhorar a aprendizagem em língua portuguesa e matemática no ensino fundamental;

A Portaria Interministerial no 675/MS/MEC, de 4 de junho de 2008, que institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola;

A Portaria no 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que 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;

A Portaria no 2.446/GM/MS, de 11 de novembro de 2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS;

A Portaria no 798/GM/MS, de 17 de junho de 2015, que redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola

- Semana Saúde na Escola;

A Resolução no 22/CD/FNDE, de 22 de junho de 2012, que dispõe sobre a destinação de recursos financeiros a escolas públicas da educação básica, nos moldes e sob a égide da Resolução no 7/CD/FNDE, de 2012, para a implementação do Plano de Desenvolvimento da Escola – PDE Escola;

A Resolução no 5/CD/FNDE, de 25 de outubro de 2016, que destina recursos financeiros a escolas públicas municipais, estaduais e do Distrito Federal, nos moldes operacionais e regulamentares do Programa Dinheiro Direto na Escola - PDDE, a fim de contribuir para que as escolas realizem atividades complementares de acompanhamento pedagógico, em conformidade com o Programa Novo Mais Educação; e

A necessidade de desenvolver ações de promoção, de atenção à saúde e de prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde, bem como de formação continuada e permanente a serem realizadas pela União, estados, Distrito Federal e municípios, de modo a possibilitar a ampliação da cobertura e das ações de saúde nas escolas, resolvem:

## CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Ficam redefinidas as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e ficam dispostas as diretrizes para regulamentar o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

Art. 2º São objetivos do PSE:

- I - 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;
- II - 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 a suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Art. 3º O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

Art. 4º São diretrizes para a implementação do PSE:

- I. descentralização e respeito à autonomia federativa;

- II. integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;
- III. Territorialidade;
- IV. interdisciplinaridade e intersetorialidade;
- V. integralidade;
- VI. cuidado ao longo do tempo;
- VII. controle social; e
- VIII. monitoramento e avaliação permanentes.

## CAPÍTULO II DA IMPLEMENTAÇÃO, EXECUÇÃO E GESTÃO DO PSE

Art. 5º O PSE será implementado mediante adesão dos estados, do Distrito Federal e dos municípios aos

objetivos e diretrizes do Programa, formalizada por meio:

I - do preenchimento, pelo município ou pelo Distrito Federal, do Termo de Compromisso do PSE, acessível por meio da ferramenta eletrônica disponibilizada no sítio eletrônico <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab>; e

II - da assinatura de Termo de Adesão, pelos estados, a ser disponibilizado no sítio eletrônico <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab>, mediante o qual se comprometerão a apoiar a realização das ações do PSE nas escolas estaduais e a constituir ou fomentar a atuação do Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual do PSE – GTIE, previsto no art. 7º desta Portaria.

Parágrafo único. No preenchimento do Termo de Compromisso de que trata o inciso I, o município ou Distrito Federal indicará as equipes de Atenção Básica e das escolas da Educação Básica da rede pública e demonstrará a anuência dos gestores da Saúde e Educação municipais e do Distrito Federal ao Termo de Compromisso do PSE, observado o seguinte:

I - todas as equipes de saúde da Atenção Básica poderão ser vinculadas ao PSE;

II - os secretários estaduais e municipais de educação e de saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa; e

III - o município ou o Distrito Federal poderá pactuar escolas estaduais e institutos federais de ensino em seu território, sendo necessária prévia articulação com os gestores dessas instituições.

Art. 6o A adesão ao PSE, pelos estados, Distrito Federal e municípios, terá duração de vinte e quatro meses, com abertura para ajustes das informações e do Termo de Compromisso após doze meses do início da respectiva vigência.

Art. 7o A gestão do PSE deve ocorrer de forma intersetorial, a cargo dos gestores da saúde e da educação e suas representações organizadas em Grupos de Trabalho Intersetoriais - GTI, instituídos nas esferas federal, estadual, do Distrito Federal e municipal de gestão do PSE, por normativa legal ou ato próprio, e em conformidade com as diretrizes da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola – CIESE.

Parágrafo único. A qualquer tempo, os gestores federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do PSE poderão incluir representantes de outros setores da gestão pública nos respectivos GTI.

Art. 8o Para a execução do PSE, compete ao Ministério da Saúde - MS e ao Ministério da Educação - MEC, em conjunto:

- I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as secretarias estaduais e municipais de educação e o SUS;
- II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;
- III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;
- IV - apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, no planejamento e na implementação das ações do PSE;
- V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos secretários estaduais e municipais de saúde e de educação os indicadores de avaliação do PSE; e
- VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

Art. 9o A formação dos gestores e dos técnicos da saúde e da educação é de responsabilidade das três esferas de governo, devendo ser realizada de maneira contínua e permanente.

§ 1o No âmbito do MEC, a formação de que trata o caput deve alinhar-se à Política de Formação da Secretaria de Educação Básica do Ministério da Educação – SEB-MEC.

§ 2o No âmbito do MS, a formação de que trata o caput deve estar em sintonia com a Política de Educação Permanente para formação dos profissionais do SUS.

### CAPÍTULO III DAS AÇÕES NO ÂMBITO DO PSE

Art. 10 O estado, o Distrito Federal e o município que aderir ao Programa Saúde na Escola deverá realizar no período do ciclo as seguintes ações:

- I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- V. Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- VIII. Verificação e atualização da situação vacinal;
- IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
- XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e
- XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

§ 1º O planejamento das ações do PSE

deverá considerar: I - os contextos escolar e social;

II - o diagnóstico local de saúde; e

III - a capacidade operativa das equipes das escolas e da Atenção Básica.

§ 2º As ações realizadas pela escola deverão estar alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral.

Art. 11. O registro das informações sobre as atividades desenvolvidas no PSE será efetuado e atualizado no sistema de informação da Atenção Básica pelos profissionais da saúde ou pelos gestores responsáveis pelo Programa no âmbito do Distrito Federal e dos municípios.

#### CAPÍTULO IV

#### DOS INCENTIVOS FINANCEIROS DE CUSTEIO ÀS AÇÕES NO ÂMBITO DO PSE

Art. 12. Fica instituído o incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE, que será repassado fundo a fundo, anualmente, em parcela única, por intermédio e as expensas do MS, por meio do Piso Variável da Atenção Básica - PAB Variável, em virtude da adesão do Distrito Federal e dos municípios ao PSE, no valor de R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais), para o Distrito Federal e municípios com 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos.

§ 1º O Distrito Federal e municípios terão o valor do incentivo financeiro de custeio de que trata o caput acrescido de R\$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 (um) e 800 (oitocentos) educandos inscritos que superarem o número de 600 (seiscentos).

§ 2º O cálculo do incentivo financeiro do segundo ano do ciclo do PSE a ser repassado para o Distrito Federal e municípios levará em conta a realização das ações pactuadas na adesão e monitoradas pelo MS.

§ 3º A qualquer tempo o MS poderá crescer os recursos financeiros do PSE, observando as demandas sanitárias e epidemiológicas do país e indicadores de saúde do Distrito Federal e municípios que possam colocá-los em situação de vulnerabilidade perante o(s) evento(s).

## CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13. O monitoramento e a avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

Art. 14. O período da adesão ao PSE e os informativos complementares ao processo serão divulgados em sites oficiais do MS e do MEC.15. Todas as equipes aderidas ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB e também ao PSE participarão, nos moldes previstos no PMAQ- AB, dos processos de monitoramento, autoavaliação, apoio institucional e avaliação externa, com destaque especial para as ações desenvolvidas junto às escolas e aos educandos.

Art. 16. Os indicadores e padrões de avaliação do PSE serão publicados em manual técnico elaborado de forma colegiada pelo MS, pelo MEC e por representantes da Comissão Intergestores Tripartite do SUS e disponibilizado no início de cada ciclo de adesão.

Art. 17. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria no 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e no 3.134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013.

Art. 18. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo.

Art. 19. Nos casos em que se verificar que não houve a execução do objeto originalmente pactuado e que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar no

141, de 3 de janeiro de 2012, e do Decreto no 7.827, de 16 de outubro de 2012.

Art. 20. Os recursos financeiros para a execução das atividades previstas nesta Portaria são oriundos do orçamento do MS, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.2015.20AD (PO 0006 - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família) e outras que se fizerem necessárias com vistas ao aporte de recursos complementares previstos no art. 13, § 3o, desta Portaria.

Art. 21. Fica revogada a Portaria Interministerial no 1.413/MS/MEC, de 10 de julho de 2013. Art. 22. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MENDONÇA FILHO

Ministro de Estado da Educação

RICARDO BARROS

Ministro de Estado da Saúde