



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ADNA DE ARAÚJO SILVA**

**AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE DST/AIDS**  
**NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

**FORTALEZA**  
**2013**

ADNA DE ARAÚJO SILVA

AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE DST/AIDS NO  
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- S578a Silva, Adna de Araújo.  
Avaliação da atuação do enfermeiro na prevenção de DST/AIDS no programa saúde na escola.  
/ Adna de Araújo Silva. – 2013.  
106 f.: il. color., enc.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde;  
Faculdade  
de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2013.  
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.  
Orientação: Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.
1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Saúde Escolar. 3. Avaliação em Saúde. I. Título.

---

CDD 616.9792

ADNA DE ARAÚJO SILVA

AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE DST/AIDS NO  
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Profa. Dra. PhD Neiva Francenely Cunha Vieira (Membro efetivo)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Profa. Dra. Leilane Barbosa de Sousa (Membro efetivo)  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

---

Profa. Pós Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib (Membro suplente)  
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

À minha mãe,  
Benedita de Araújo Silva (*in memoriam*), cuja  
grandeza, sabedoria e bondade norteiam minha  
vida até hoje. Tornou realidade um sonho. Esta  
vitória é dela!

## AGRADECIMENTOS

A Deus e ao Seu filho Jesus Cristo, Senhor e Salvador da minha vida, a quem tudo devo. Toda honra, glória e majestade sejam dadas ao Seu Santo nome!

Ao meu amado pai, Jackson Silva, por ser um pai tão dedicado, uma pessoa admirável, trabalhador incansável e discípulo exemplar de Cristo. Por ter me permitido essa conquista, pois sempre priorizou com todo esforço a educação dos filhos, sem nunca nos deixar faltar nada. Obrigada por todo o seu amor!

A minha querida mãe, Benedita de Araújo Silva (*in memoriam*), pela dádiva de ter sido uma mãe maravilhosa, me ensinando valores humanísticos e cristãos. Por todo o seu amor, dedicação e cuidado em todos os momentos da minha vida. Por ter acompanhado os meus estudos desde a mais tenra idade, almejando com tanto orgulho o grau que hoje alcancei.

Aos meus irmãos, Jackson de Araújo Silva e Darlene de Araújo Silva, pelo amor, pela amizade, pelo companheirismo e pela força nas lutas do dia a dia. Obrigada por estarem presentes no meu viver, por partilharem os momentos alegres e por enfrentarem comigo os momentos difíceis das nossas vidas.

Ao meu noivo, Julliano Pimentel Siqueira, por todo amor, companheirismo e apoio ao longo dos últimos quatro anos. Por acreditar no meu potencial e me incentivar na busca pelo melhor. E mesmo tão distante geograficamente, esteve presente. Obrigada por cuidar de mim e do nosso futuro!

A minha orientadora, professora Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, ser humano e profissional brilhante. Obrigada por sua amizade, seu sorriso, seu abraço, seu exemplo, sua solicitude e seus sábios ensinamentos ao longo desta caminhada.

À banca examinadora, professora Dra. PhD Neiva Francenely Cunha Vieira, professora Dra. Leilane Barbosa de Sousa, professora Pós Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib, por terem aceitado o convite e pelas valiosas contribuições para construção deste conhecimento. É uma honra tê-las como membros colaboradores desta pesquisa.

A todos os colegas da graduação, do mestrado e do doutorado em Enfermagem da UFC, pelos momentos de aprendizagem que tivemos juntos, em especial às minhas amigas Lígia Scopacasa Fernandes, Agnes Caroline Souza Pinto e Leilane Barbosa de Sousa, por partilharem comigo de maneira tão prazerosa esta caminhada e pela sólida e linda amizade construída.

Ao Grupo AIDS: Educação e Prevenção da UFC, por me proporcionar desde 2011 valioso conhecimento e experiência com o trabalho com adolescentes no âmbito escolar, visando à prevenção de DST/Aids.

Aos meus colegas servidores e amigos da Secretaria Regional VI, em especial a minha amiga Selma Nunes Antunes Diniz, ser-humano iluminado. Obrigada pelas alegrias, vitórias e conquistas que alcançamos e compartilhamos juntas desde 2009.

A minha tutora e cotutora do Programa de Educação Tutorial, PET-Enfermagem-UFC, professora Dra. Lorena Barbosa Ximenes e professora Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro, pelo incentivo, apoio e pela amizade durante todo o período da graduação e enquanto docentes da Pós-graduação em Enfermagem da UFC.

Ao PET-Enfermagem-UFC por ser uma escola de vida e por ter sido essencial para minha formação profissional e pessoal.

Aos Enfermeiros Sujeitos do Estudo pela atenção e disponibilidade, permitindo que esta pesquisa fosse realizada.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para elaboração deste trabalho. Muito obrigada!

Porque eu, o Senhor, teu Deus, te tomo pela tua mão direita e te digo: Não temas, que eu te ajudo. Isaías 41:13



## RESUMO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST), o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) constituem significativos problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Qualquer pessoa sexualmente ativa pode adquirir DST/HIV/Aids. Entretanto, o adolescente é considerado sujeito bastante vulnerável. O estudo apresenta como objetivo geral avaliar a atuação de enfermeiros na prevenção de DST/Aids com adolescentes no Programa Saúde na Escola. Pesquisa de avaliação com abordagem quanti-qualitativa, realizada de janeiro a novembro de 2013. Os sujeitos do estudo foram setenta e oito enfermeiros que atuavam no Programa Saúde na Escola (PSE) de Fortaleza, Ceará, Brasil. Para coleta de dados, foi adotada a entrevista semiestruturada e o *checklist*. Para organização e análise dos dados, foi tomado por referência o Método de Interpretação dos Sentidos e a análise estatística descritiva por meio do *software Excel*. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer de nº 209.337 de 28/02/2013. Os resultados apresentam que a grande maioria dos sujeitos da pesquisa não realizou satisfatoriamente as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o PSE e, por conseguinte, não alcançaram os resultados esperados na linha de ação Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais. Assim, por meio do *checklist*, a maioria afirma que não foram realizados e alcançados as seguintes ações e resultados: não houve, de forma contínua, encontros de mobilização e sensibilização na área; atividades que utilizassem metodologias participativas; formação de estudantes nos temas; envolvimento dos educandos no planejamento, execução e avaliação das atividades; debates com a comunidade escolar sobre a importância da participação juvenil; inclusão das temáticas nos projetos político-pedagógicos das escolas; ações educativas e participativas sobre os temas; adesão dos educandos e da comunidade escolar às atividades desenvolvidas e disponibilização de preservativos nas escolas. Contudo, é oportuno destacar que alguns sujeitos do estudo afirmaram por meio de depoimentos que tais ações foram desenvolvidas com a periodicidade devida, utilizando-se de estratégias apropriadas. Todavia, importantes obstáculos foram encontrados para a não efetivação dessas ações pela maioria dos profissionais, que perpassam por aspectos profissionais (habilidades e competências), administrativos e gerenciais (papel das instâncias gestoras envolvidas no programa) e do público envolvido (adolescentes e famílias). Neste sentido, o estudo obteve informações fundamentais que sugerem a necessidade de modificações urgentes no programa, a fim de que a atuação do enfermeiro venha ser capaz de colaborar, de fato, na promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes assistidos pelo PSE. E, não somente isso, mas para que estes e os demais atores envolvidos consigam cumprir o objetivo central do programa de promover formação e atenção integral a estudantes, levando a uma melhoria da qualidade de vida e saúde destes sujeitos.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Saúde Escolar; Avaliação em Saúde.

## ABSTRACT

Sexually transmitted diseases (STDs), human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (Aids) represent significant public health problems in Brazil and the whole world. Any sexually active person is susceptible to contract STD/HIV/AIDS. Nonetheless, adolescents are considered very vulnerable subjects. The main objective of this study is to assess the performance of nurses in the prevention of STD/AIDS with adolescents in the School Health Program. This is an evaluation research with quantitative and qualitative approach, conducted from January to November 2013. The subjects in study were 78 nurses working in the School Health Program (SHP) in Fortaleza, Ceará, Brazil. For data collection, we applied the semi-structured interview and the checklist. For data organization and analysis, we used the Method of Meanings Interpretation as reference and the descriptive statistical analysis through the Excel software. The Research Ethics Committee of the Universidade Federal do Ceará, under protocol No. 209.337 of February 28, 2013, approved the study. The results show that the vast majority of the subjects in study did not satisfactorily perform the actions recommended by the Ministry of Health for the SHP and therefore did not achieve the expected results in the course of action on Education for Sexual Health, Reproductive Health, and Prevention of STD/AIDS and Viral Hepatitis. Thus, through the checklist, most people reported they did not perform nor achieve the following actions and results: continuous mobilization and sensitization meetings in the area; activities that used participatory methodologies; students training on the themes; students involvement in planning, implementation and evaluation of activities; discussions with the school community about the importance of adolescents participation; inclusion of themes in the political-educational school projects; educational and participatory activities on the themes; adherence of students and school community to the activities developed; and the provision of condoms in schools. However, it is worth mentioning that some subjects in study, through the interviews, reported that such actions happened with the proper periodicity, using appropriate strategies. Nevertheless, we identified several barriers for the non-implementation of these actions by most professionals, involving professional aspects (skills and competencies), administrative and managerial aspects (role of management levels involved in the program), and aspects of the public in question (adolescents and families). In this sense, the study obtained essential information that point to the need for urgent modifications in the program, so that the nurses' performance collaborates effectively to the promotion of sexual and reproductive health of adolescents assisted by the SHP. Also, for these and the other actors involved fulfill the main objective of the program, which is promoting education and comprehensive care for students, thus leading to an improved quality of life and health of these subjects.

**Keywords:** Nursing. Sexually Transmitted Diseases. School Health; Health Evaluation.

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Distribuição de equipes da ESF que atuavam no PSE e de equipes da ESF que atuavam no PSE com enfermeiro nas SR de Fortaleza. Fortaleza, 2013.....	37
Tabela 2 - Ações desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF que atuavam no PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais. Fortaleza, 2013.....	41
Tabela 3 - Resultados alcançados segundo os enfermeiros da ESF que atuavam no PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais. Fortaleza, 2013.....	44
Figura 1 - Ações desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF que atuavam no PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais. Fortaleza, 2013.....	83
Figura 2 - Resultados alcançados segundo os enfermeiros da ESF que atuavam no PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais. Fortaleza, 2013.....	84
Figura 3 - Fatores dificultadores segundos os enfermeiros da ESF que atuavam no PSE para efetivação de ações que visam a prevenção de DST/Aids com adolescentes. Fortaleza, 2013.....	85
Figura 4 - Grupos de interesse diretamente ligados ao processo avaliativo do estudo.....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSF	Centros de Saúde da Família
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMEPE	Família, Ensino, Pesquisa e Extensão
GTI	Grupos de Trabalho Intersetoriais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
SER	Secretaria Executiva Regional
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SR	Secretarias Regionais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1	Imersão da pesquisadora na temática.....	13
1.2	Objeto de estudo e delimitação da problemática.....	14
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	18
3	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
3.1	Ação de prevenção de doenças e promoção da saúde realizada pelos enfermeiros no âmbito escolar.....	19
3.2	Resgate histórico do contexto do Programa Saúde na Escola.....	24
4	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	32
5	<b>METODOLOGIA</b> .....	36
5.1	Tipo de estudo.....	36
5.2	Local e período do estudo.....	36
5.3	Sujeitos do estudo.....	37
5.4	Instrumentos e procedimentos para coleta dos dados.....	38
5.5	Análise dos dados.....	39
5.6	Procedimentos éticos.....	40
6	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	41
7	<b>ANÁLISE AVALIATIVA</b> .....	82
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	89
9	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	91
10	<b>SUGESTÕES PARA OUTROS ESTUDOS</b> .....	92
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	93
	<b>APÊNDICES</b> .....	102
	<b>ANEXO</b> .....	105

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Imersão da pesquisadora na temática

A motivação em estudar a atuação do enfermeiro na prevenção de doenças e agravos vem desde a época da graduação em enfermagem, período em que fui descobrindo a forte contribuição do enfermeiro para o desenvolvimento da Promoção da Saúde, efetivada, sobretudo, através da Educação em Saúde, ferramenta, por excelência, transformadora de comportamentos e atitudes.

Destaco a oportunidade que tive de ser bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) da Universidade Federal do Ceará (UFC), entre os anos de 2002 e 2005, o que muito contribuiu para elevação da qualidade da minha formação acadêmica e profissional, através da realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão, levando ao aprendizado e ao exercício do espírito crítico.

Enfatizo que a aproximação com a realidade de trabalhar a prevenção de doenças e agravos na adolescência, por meio da Educação em Saúde, no âmbito das escolas, ocorreu, também, em virtude das experiências adquiridas como integrante dos projetos de pesquisa e extensão do Departamento de Enfermagem da UFC: *Família, Ensino, Pesquisa e Extensão* (FAMEPE) e *O contexto familiar e escolar influenciando no processo saúde-doença da criança na primeira infância*, entre os anos de 2004 e 2005.

A minha inserção neste campo de pesquisa se enriqueceu ainda mais através da participação, desde o início do ano de 2011, como integrante do projeto *AIDS: Educação e Prevenção*, do Departamento de Enfermagem da UFC, no qual pude observar a importante atuação do projeto junto aos adolescentes, principalmente no cenário escolar. Atuei como facilitadora em diversas oficinas e grupos de Educação em Saúde realizados nas escolas, verificando a grande adesão dos alunos e a empolgante participação dos mesmos nesse processo de ensino e aprendizagem.

Nesse sentido, observei a perceptível demanda por ações de saúde no espaço escolar. Constatei que as parcerias entre saúde e educação podem ser importantes estratégias para o desenvolvimento da Promoção da Saúde, conforme preconizado na Carta de Otawa de 1986, documento fundador do movimento atual da Promoção da Saúde (BUSS, 2009), e que a escola, espaço de aprendizado e desenvolvimento contínuo, é um local privilegiado para colocar em prática os preceitos da Promoção da Saúde, através da incorporação da Educação em Saúde como estratégia (CATRIB et al., 2003).

Ressalto, ainda, que ao iniciar minha experiência profissional, atuando como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) no interior do Estado do Ceará, entre os anos de 2005 e 2009, sempre procurei trabalhar a prevenção de doenças e agravos na adolescência por meio da Educação em Saúde, desenvolvendo, nesse período, um projeto com adolescentes da própria comunidade, intitulado: *Educação em saúde através da dança*.

No referido projeto, por meio de encontros quinzenais, adolescentes e enfermeira se reuniam na própria unidade de saúde, quando eram realizados ensaios de números de dança, para posteriores apresentações nos eventos da cidade, mesmo momento em que acontecia a discussão de temas pertinentes a eles, como prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), da gravidez na adolescência, do uso e abuso do álcool, cigarro e drogas, entre outros, representando rico espaço de educação popular em saúde.

A aproximação com a temática da atuação do enfermeiro na prevenção de DST/Aids com adolescentes no Programa Saúde na Escola (PSE) se consolidou com o trabalho que desenvolvi no Distrito de Saúde da então Secretaria Executiva Regional (SER) VI, na cidade de Fortaleza, Ceará, em 2011, quando ocupei a gerência da Célula de Atenção Básica, responsável pela coordenação de 64 equipes da ESF, compostas por médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde que atuavam em 20 Unidades Básicas de Saúde, denominadas, nesse período, de Centros de Saúde da Família (CSF), espaços onde se desenvolvem os programas considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde, como o PSE, que deve ser desenvolvido pelas equipes da ESF, em parceria com escolas situadas no território, com objetivo de oferecer ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico da rede pública.

Diante da realidade da experiência obtida durante os últimos anos, percebi a necessidade de realizar estudos sobre a atuação do enfermeiro na prevenção de DST/Aids com adolescentes no contexto do PSE, a fim de fortalecer essa importante estratégia, capaz de promover mudanças positivas na qualidade de vida e saúde das pessoas.

## **1.2 Objeto de estudo e delimitação da problemática**

As DST, o HIV e a Aids constituem significativos problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. De acordo com o relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids, estima-se que existam, no mundo, aproximadamente 34 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids (UNAIDS, 2011).

No Brasil, a estimativa é de que 630 mil indivíduos de 15 a 49 anos vivem com o HIV/Aids, sendo que de 1980 a junho de 2011, 608.230 casos de Aids foram notificados (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012a). Somando-se a isso, diferenças regionais são observadas, como o declínio da taxa de incidência na região Sudeste e o aumento nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul, no período de 1998 a 2010 (BRASIL, 2012a). No Estado do Ceará, 95% dos municípios possuem pelo menos uma pessoa portadora do HIV (MOTA, 2010). Em Fortaleza, até 01/10/2009, foram notificados 5.640 casos de Aids, sendo o maior número presente na faixa etária de 20 a 39 anos (FORTALEZA, 2009).

Martini e Bandeira (2003) destacam a vulnerabilidade de jovens e adolescentes às DST/HIV/Aids, ressaltando ainda que o aumento desta incidência entre os jovens vem crescendo significativamente em nosso país. No Brasil, a cada ano, quatro milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos e estima-se que ocorra cerca de 12 milhões de DST ao ano, das quais um terço ocorre em indivíduos com menos de 25 anos (BRASIL, 2006a).

Adolescentes e jovens estão sendo infectados e afetados pelo HIV mais do que qualquer outro grupo populacional, sendo que mais da metade das novas infecções que ocorrem na atualidade afeta jovens de 15 a 24 anos de idade (BRASIL, 2006a). Desde o início da epidemia, a taxa de incidência de casos de Aids em jovens de 15 a 24 anos tem aumentado progressivamente, sendo 66.698 dos casos de Aids identificados entre jovens na faixa etária entre 15 e 24 anos até junho de 2011 (BRASIL, 2012a).

Qualquer pessoa sexualmente ativa pode adquirir DST/Aids. Entretanto, o adolescente é considerado sujeito bastante vulnerável, tendo em vista que a adolescência é uma etapa da vida repleta de conflitos, pessoais e interpessoais, e em que influências culturais, de familiares, da mídia, dos amigos e da sociedade repercutem diretamente nos comportamentos e atitudes, influenciando e determinando a saúde presente e futura (TORRES; BESERRA; BARROSO, 2007).

Estudos demonstram que a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros, a não adesão a métodos contraceptivos e as medidas de prevenção para a não aquisição das DST, influenciados por um sistema de gênero que se pauta na dominação masculina, pela curiosidade pelas drogas, bem como pela necessidade de afirmação grupal, tornam os adolescentes susceptíveis à aquisição de DST/Aids, sendo imprescindível que a prevenção, neste grupo, mereça enfoque prioritário (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004; SOUZA et al., 2007; DIAS et al., 2010).

Ao considerar tal problemática e população, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, lançou, em 2003, o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas



(SPE), tendo como objetivo central a promoção da saúde sexual e reprodutiva, visando reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST, à infecção pelo HIV, à Aids e à gravidez não planejada, por meio do desenvolvimento articulado de ações no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde.

Hoje, o SPE encontra-se inserido no Programa Saúde na Escola (PSE). Criado em 2007, através do Decreto Nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, é uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, com objetivo de oferecer um leque de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público, com o fortalecimento e a sustentação da articulação entre as escolas públicas e as equipes da ESF, por meio da realização de ações dirigidas aos alunos (BRASIL, 2009a).

A enfermagem tem papel fundamental na promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Pela sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade de controle, as DST/Aids devem ser priorizadas enquanto agravos em saúde pública, devendo os profissionais atuarem, sobretudo, na interrupção da cadeia de transmissão e na prevenção de novos casos, por meio de atividades educativas que priorizem a percepção de risco, as mudanças no comportamento sexual e a promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada do preservativo (BRASIL, 2005a).

É imprescindível, deste modo, que o enfermeiro utilize o espaço privilegiado do PSE para realizar ações que visem à prevenção de DST/Aids em adolescentes, principalmente através de ações de Educação em Saúde, buscando promover a sensibilização destes a respeito dos riscos de manter relações sexuais inseguras, ou seja, sem o uso da camisinha, reduzindo vulnerabilidades e constituindo, assim, uma oportunidade excepcional para promoção da reflexão e sensibilização sobre riscos e proteção à saúde.

Com base no exposto, este estudo parte do seguinte questionamento: quais as ações realizadas pelos enfermeiros para prevenção de DST/Aids com adolescentes no contexto do PSE e as dificuldades para efetivação dessas ações?

A justificativa para efetuar uma investigação que tem como objeto de estudo a atuação do enfermeiro na prevenção de DST/Aids com adolescentes no contexto do PSE reside no fato de que consideramos necessária a atuação do enfermeiro nesse campo, por acreditar que as ações desenvolvidas pelos mesmos, sobretudo por meio da Educação em Saúde, no cenário escolar, são capazes de colaborar na redução da vulnerabilidade de jovens e adolescentes às DST/Aids, reduzindo, portanto, o surgimento de novos casos dessas doenças (DIAS et al., 2010; BESERRA; ARAÚJO; BARROSO, 2006).

Pretendemos, portanto, realizar avaliação da atuação do enfermeiro na prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE, já que as práticas avaliativas em saúde são consideradas fundamentais para melhoria do sistema de saúde, sendo úteis para o desvelamento das necessidades em saúde, expressando a atenção à saúde prestada à população, assim como as práticas assistenciais realizadas (PINTO; GERHARDT, 2013; CRUZ; REIS, 2011; PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008).

A realização deste estudo será relevante para a Enfermagem, pois ao avaliar a atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE, haverá maiores condições para se propor ações de saúde mais efetivas no espaço escolar, importante cenário para Promoção da Saúde do adolescente, fortalecendo a atuação do enfermeiro no processo de cuidar por meio da Educação em Saúde, dentro do importante programa que é o PSE, colaborando para melhoria da prática de enfermagem.

## **2 OBJETIVOS**

### **Geral**

- Avaliar a atuação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção de DST/Aids com adolescentes no Programa Saúde na Escola.

### **Específicos**

- Identificar as ações realizadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para a prevenção de DST/Aids com adolescentes no Programa Saúde na Escola;
- Analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para a realização das ações voltadas para a prevenção DST/Aids com adolescentes no Programa Saúde na Escola.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Ação de prevenção de doenças e promoção da saúde realizada por enfermeiros no âmbito escolar

O conceito de promoção e prevenção, bem como sua prática, nem sempre são tão fáceis de se distinguir, sendo utilizados, muitas vezes, como termos semelhantes, gerando distorções, já que ambos possuem enfoques e abordagens diferentes. Buss (2009) afirma que o enfoque da promoção da saúde é mais amplo e mais abrangente, procurando identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença, e buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde, enquanto a prevenção das doenças busca que os indivíduos fiquem isentos das mesmas.

Czeresnia (2009) corrobora esta ideia ao explicar que as ações preventivas são intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência na população.

A ideia da promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde. Entretanto, promoção e prevenção podem ser usadas de maneira complementar e não excludentes e a população pode se beneficiar com as ações propostas em ambos os campos (BUSS, 2009).

Segundo a Carta de Ottawa (1986), termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de Promoção da Saúde em todo o mundo, Promoção da Saúde pode ser definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (SILVA et al., 2011) e está associada a um conjunto de valores, como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2001a).

Referimos também a uma combinação de estratégias, isto é, a ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais, trabalhando com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas ou pelas soluções (BUSS, 2009).

Para Lapa et al. (2008), a ação intersetorial, na qual o setor de saúde e os demais setores sociais, como educação e meio ambiente, colaboram para o alcance de uma meta comum, surge como uma nova possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre uma população, em um determinado território, sendo preciso superar as propostas centradas no setor da saúde, abrindo perspectivas com novas práticas que contenham verdadeiras ações

de interdisciplinaridade e intersetorialidade, permitindo a transformação da realidade local, com melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas.

Promoção da Saúde, portanto, tem representado uma nova estratégia dentro da saúde e do campo social, envolvendo e fomentando a responsabilidade dos diferentes setores de governo, na condução de processos voltados para o “empoderamento” e a autonomia das comunidades e dos indivíduos e a atuação sobre os determinantes sociais da saúde (ARANTES et al., 2008).

Nesse contexto, durante os anos de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o conceito e iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde. Gomes (2009) destaca que uma Escola Promotora de Saúde é caracterizada como uma instituição que procura constantemente um estilo de vida, de aprendizagem e trabalho propício ao desenvolvimento da saúde, sendo que sua principal finalidade é contribuir para o desenvolvimento da saúde e da educação dos alunos e da comunidade onde se inserem.

A iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde, portanto, procura fortalecer a capacidade do setor saúde e de educação para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de meninos, meninas, adolescentes, pais, professores e outros membros da comunidade, por meio de suas atividades, incentivando o compromisso dos membros da comunidade com ações dirigidas para melhorar a saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento local (BRASIL, 2006b).

Conforme Goulart (2006), a constituição da Escola Promotora de Saúde foi uma das mais significativas consequências da introdução do conceito de Promoção da Saúde na saúde coletiva, entendendo-se que é a escola que tem uma visão integral do ser humano, que considera as pessoas, em especial as crianças e adolescentes, dentro dos seus ambientes familiares, comunitários e sociais, promovendo a autonomia, a criatividade e a participação dos alunos, bem como de toda a comunidade escolar.

Assim, as políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas de doenças/agravos e de educação para saúde de crianças, adolescentes e jovens (BRASIL, 2009a).

Por mais de um século, as escolas têm provado que são um cenário adequado para o desenvolvimento de iniciativas de promoção da saúde e prevenção de doenças, uma vez que existe uma interdependência entre saúde e aprendizagem. Os alunos necessitam de saúde para beneficiar-se amplamente da escola, enquanto a aprendizagem é importante para manutenção da saúde dos mesmos (STEWART-BROWN, 2007).

Lopes et al. (2007) corroboram este pensamento ao afirmarem que a escola é um território privilegiado para incorporação de conhecimentos sobre saúde, pois permite uma educação para saúde consciente, regular e sistemática, e uma preparação para a vida. Não é somente um lugar de aprendizagem teórica, como também um espaço de vivências emocionais e sociais, sendo um celeiro de muitas possibilidades.

A escola é espaço de grande relevância para Promoção da Saúde, pois exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, com opção por atitudes mais saudáveis. Distinguimos das demais instituições por ser aquela que oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes: aqueles contidos nos conhecimentos científicos repassados nas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados e desconexos, mas que devem ser considerados por exercerem considerável influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência e resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e se expressando em atitudes e comportamentos (BRASIL, 2009a).

Catrib et al. (2003) colocam que a escola é um espaço de interação social, sendo muitas vezes o maior referencial da comunidade, no qual poderão ser utilizados os preceitos da Promoção da Saúde, por meio da Educação em Saúde, garantindo a manutenção da saúde, desenvolvendo a consciência crítica e despertando o exercício da cidadania.

Educação em Saúde, conceito associado ao de Promoção da Saúde, assume, então, o aspecto de uma educação crítica e transformadora, cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e promoção do homem, entendendo a pessoa como agente promotor desse tipo de aprendizagem, proporcionado por uma abordagem socioeducativa que assegure conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para tomar uma decisão pessoal com responsabilidade social (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2003).

Assim, o trabalho a ser realizado com os adolescentes no âmbito escolar precisa ser baseado em uma nova perspectiva da Educação em Saúde, substituindo o enfoque repressor pelo de orientação aos jovens e, ainda, criando espaços para discussões que envolva os pais, bem como todo o pessoal da escola, a fim de que escola e família, juntas, encontrem meios para ajudar as crianças e os adolescentes (LOPES et al., 2007; STEWART-BROWN, 2007).

Nesse sentido, a promoção para a saúde em meio escolar deve ser entendida como um processo em permanente desenvolvimento, e para que as intervenções preventivas sejam eficazes, estas devem ser baseadas em evidência científica, aferidas para o contexto a que se destinam e desenvolvidas por profissionais com conhecimento e domínio na área (BARROSO; MENDES; BARBOSA, 2009), utilizando-se estratégias que integrem saberes interdisciplinares, bem como da cultura popular (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2003).

Assim, vários são os estudos que demonstram a importância e o êxito da realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no âmbito escolar. Diante do grande consumo de álcool nos países da União Europeia e das graves consequências que este traz para saúde pública nesses países, Barroso, Mendes e Barbosa (2009) realizaram estudo sobre a avaliação do fenômeno do consumo de álcool em adolescentes de 12 a 18 anos de escolas públicas da cidade de Coimbra. Os resultados apontaram que a maioria dos adolescentes já consumiu bebidas alcoólicas, reforçando a necessidade de desenvolver precocemente programas de prevenção, sobretudo, no próprio ambiente escolar. Para as autoras, a prevenção pode se desenvolver em diversos contextos e com grupos específicos. Entretanto, no contexto escolar, é possível aceder de forma organizada a um grande número de crianças e adolescentes, nas idades de máximo risco para o início do consumo dessas substâncias, o que favoreceu a implementação de um programa de prevenção de uso/abuso de álcool, que posteriormente foi integrado no currículo escolar.

Borges, Nichiata e Schor (2006), em pesquisa realizada com 383 adolescentes de 15 a 19 anos de idade, com objetivo de identificar com quem compartilhavam informações e diálogos sobre sexualidade, identificaram que a presença da escola como promotora de educação sexual foi evidenciada por meio do relato de 85,9% dos adolescentes que já haviam participado alguma vez de grupos com atividades educativas voltadas à sexualidade na escola, ratificando a importância do ambiente escolar para promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

Barbosa, Costa e Vieira (2008), ao pesquisarem sobre o estágio de mudança do comportamento dos pais em relação à comunicação com os filhos adolescentes sobre sexo/sexualidade e medidas preventivas de HIV/Aids, identificaram que os pais estavam em distintos estágios de mudança frente à sua participação na prevenção para HIV/Aids dos filhos adolescentes, ressaltando a dificuldade de abordar sexo/sexualidade, a falta de interesse de buscar informações sobre os temas ou mesmo o desconhecimento como obstáculos que impediram aos pais um papel mais proativo na prevenção dessa epidemia. Com isso, reforçam

a importância da criação de estratégias junto às escolas, famílias e unidades de saúde, a fim de lhes favorecer uma vida sexual e reprodutiva mais saudável.

Lapa et al. (2008) relatam o êxito de uma programa de atenção integral à saúde ocular desenvolvido com 600 professores e 22.118 pré-escolares, constituído por ações educativas, de prevenção, assistência e reabilitação, o que pôde contribuir na detecção precoce das alterações visuais das crianças, por meio da prevenção e da promoção da saúde ocular no âmbito escolar.

Assim, a promoção da saúde escolar, baseada em pesquisas e práticas, tem evoluído durante as últimas décadas, acompanhando as iniciativas de Promoção da Saúde mundo afora (BRASIL, 2009a).

Dias et al. (2010), em estudo sobre riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência, destaca a relevância da união de ações e ideias de profissionais de saúde e da escola. Para estes, a escola é um ambiente favorável para prática de Educação em Saúde com adolescentes e a parceria entre escola e profissionais de saúde, notadamente o enfermeiro, pode contribuir para o “empoderamento” desses indivíduos na realização de medidas preventivas e, conseqüentemente, na efetivação de ações que possibilitem a redução da vulnerabilidade desses adolescentes às DST e à gravidez não planejada.

Sousa et al. (2010) salientam que o processo pedagógico da enfermagem, com ênfase na Educação em Saúde, encontra-se em evidência, já que atualmente é reconhecido como estratégia promissora no enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações e seus contextos sociais, tendo o enfermeiro destaque, já que é o principal atuante no processo de cuidar por meio da Educação em Saúde, ao estabelecer uma relação dialógico-reflexiva enfermeiro/cliente, em que este último busque conscientizar-se sobre sua situação de saúde-doença e perceba-se como sujeito de transformação de sua própria vida.

Com isso, a atuação do enfermeiro enquanto agente promotor de ações de saúde no cenário escolar assume papel preponderante, já que a enfermagem, cujo campo de ação vem sendo ampliado dia após dia, historicamente tem desenvolvido ações de Promoção da Saúde, de prevenção de riscos, de educação, de reabilitação social, tanto nas instituições de saúde, de educação, e na própria comunidade (LOPES et al., 2007).

De acordo com Lopes et al. (2007), o trabalho do enfermeiro na escola se reveste da maior importância, uma vez que a parceria da escola com os enfermeiros, por meio de métodos diversificados, interativos e construtivos, pode auxiliar na identificação precoce de fatores de risco, minimizar repercussões negativas na qualidade de vida dos estudantes, bem



como promover o desenvolvimento saudável destes, traduzindo-se em resultados promissores para este grupo.

Sousa et al. (2007), em relato de experiência acerca de programa educativo sobre sexualidade e DST realizado com um grupo de adolescentes, destacam como ponto facilitador para a operacionalização das oficinas realizadas com este grupo e o alcance dos objetivos propostos o fato do envolvimento contínuo de educadoras e enfermeiros, além do conhecimento sobre os temas específicos, gerando credibilidade por parte dos adolescentes ao trabalho realizado por estas.

Monteiro et al. (2011), em estudo com adolescentes, também enfatizam a importância do trabalho do enfermeiro na promoção da saúde, com ênfase nas ações de Educação em Saúde, destacando que este é capaz de propiciar ações para o “empoderamento” dos sujeitos, bem como para o exercício de uma cidadania solidária.

Maciel et al. (2010), ao avaliarem as estratégias realizadas pelo enfermeiro no ambiente escolar de um Centro Municipal de Educação Infantil, através do Projeto de Extensão Aprendendo Saúde na Escola, concluem a importância da inserção do enfermeiro nesse cenário, contribuindo para proteção e promoção da saúde do escolar. Por meio da atuação deste, através de atividades individuais e coletivas, assistenciais e educativas, os enfermeiros contribuíram na diminuição da violência infantil, durante os três anos de atuação na escola.

Fica evidente, portanto, que o enfermeiro desenvolve importante papel para o fortalecimento da Promoção da Saúde, ao realizar ações intersetoriais, sobretudo através da parceria entre saúde e educação. Logo, é notória a relevância deste profissional no desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos e de Educação em Saúde com crianças, adolescentes e jovens no contexto escolar, reduzindo riscos e vulnerabilidades o mais precocemente possível, gerando bem-estar individual e coletivo e promovendo a qualidade de vida e saúde deste grupo.

### **3.2 Resgate histórico do contexto do Programa Saúde na Escola**

A criação do PSE esteve baseada em diversas iniciativas, projetos, programas e políticas elaboradas para os adolescentes em nosso país. Realizando-se a análise nas publicações do Ministério da Saúde e tendo como referência o ano de 1988, verifica-se que o primeiro programa instituído pelo Ministério da Saúde estando voltado para Promoção da Saúde do adolescente, norteado pelos princípios do SUS, foi o Programa de Saúde do

Adolescente (PROSAD), oficializado em 1988 e tendo suas bases programáticas publicadas ao final de 1989, pela Portaria nº 980/GM de 21/12/1989.

O PROSAD estabeleceu como missão: a promoção da saúde, a identificação de grupos de risco, a detecção precoce dos agravos, o tratamento adequado e a reabilitação para adolescentes (10 - 19 anos) e jovens (20 - 24 anos) de ambos os sexos, tendo por eixo central as ações com caráter de integralidade, enfoque preventivo e educativo, ou seja, estratégias preventivas e curativas de forma articulada, realizadas por meio de equipe multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, através de sistema de referência e contrarreferência nas várias instâncias operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA, 2005).

Desse modo, considerando a frequência e gravidade dos problemas que surgem na adolescência, o PROSAD priorizou um conjunto de ações de promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação nas seguintes áreas básicas: crescimento e desenvolvimento; saúde bucal; saúde mental; sexualidade e saúde reprodutiva, incluindo prevenção de gravidez e de DST; saúde do escolar adolescente; prevenção de acidentes; abordagem da violência e maus tratos; trabalho, cultura, esporte e lazer (SILVA, 2005).

Horta e Sena (2010) consideram tais propostas como ações simplistas e reducionistas, ao estarem estruturadas nos tradicionais “pacotes de saúde” ofertados à população, levando, com isso, aos adolescentes e jovens permanecem à margem da atenção à saúde.

Para Corrêa e Ferriani (2005), torna-se claro a importante contribuição que a Constituição Federal (1988) e o PROSAD (1989), alicerçado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990) trouxeram para a atenção à saúde deste grupo, oferecendo subsídios para melhoria da assistência à saúde prestada a esta parcela da população, sendo uma evolução em termos de implementação de políticas de proteção e assistência a crianças e adolescentes no nosso país.

De fato, o ECA (Lei nº 8.069/1990) é reconhecido internacionalmente como um dos mais avançados Diplomas Legais dedicados à garantia dos direitos da população infanto-juvenil, trazendo como um dos seus principais deveres, o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à proteção integral da saúde de crianças e adolescentes, em regime de absoluta prioridade (DIGIÁCOMO, 2010).

Entretanto, vale a pena ressaltar que o PROSAD enfrentou/enfrenta inúmeros desafios, quais sejam: a garantia da prioridade para o atendimento dos adolescentes nas unidades de saúde; a adequação dos serviços de saúde para favorecer a captação e adesão dos

adolescentes, priorizando as atividades de grupo e a promoção de saúde; o fortalecimento e a integração entre os profissionais dos diferentes programas e setores das unidades; o estabelecimento de parcerias com outros setores e a implantação de projetos integrados; o incentivo à participação dos adolescentes nos serviços e nas atividades de promoção de saúde na comunidade, e da parceria com grupos organizados de jovens na comunidade; a provisão de treinamento e educação continuada para os profissionais e a implementação de avaliação permanente (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005).

Com a implementação do PROSAD, publicações do Ministério da Saúde foram sendo lançadas, a fim de subsidiar as ações nessa área, como a publicação: *Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional* (1999), que trouxe a discussão de temas importantes, como: os direitos assegurados no ECA; o desafio da proteção da saúde sexual e reprodutiva, da prevenção do tabagismo, álcool e outras drogas e da prevenção de homicídios e suicídios, bem como enfatizando a importância da participação e do envolvimento de adolescentes e jovens para o sucesso dessas iniciativas, e da construção de uma agenda nacional em prol da saúde e do desenvolvimento da juventude, da qual deveriam participar o governo e toda a sociedade.

Outro aspecto importante das políticas públicas voltadas para a Promoção da Saúde do adolescente desenvolvidas em nosso país é a orientação dos programas e projetos para redução dos comportamentos de risco desta população, considerando que a adolescência é uma fase de transformações profundas no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo, e que estas mudanças, próprias desse período, podem incorrer em comportamentos de risco por muitos jovens e adolescentes (BRASIL, 2000).

Para tanto, o Ministério da Saúde demonstra o entendimento de que para que esse período da vida possa ser saudável, faz-se necessária ação do Estado, visando à redução de riscos aos quais esse segmento populacional encontra-se mais exposto, como a gravidez precoce, as DST, a Aids, o uso de drogas, os acidentes e as diferentes formas de violência. Também corrobora o entendimento de que nenhuma organização é capaz de, isoladamente, realizar todas as intervenções necessárias para promover a saúde e o desenvolvimento de adolescentes e jovens.

Logo, o Ministério da Saúde lançou os projetos dos *Adolescentes Promotores de Saúde e Protagonismo Juvenil*, ao buscar formar jovens e adolescentes para atuarem como agentes multiplicadores em prol da melhoria das condições sociais de suas comunidades, bem como de sua própria vida.

Por intermédio da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, da Secretaria de Políticas de Saúde, em trabalho conjunto com a Secretaria de Estado da Assistência Social, no âmbito do Programa "Agentes Jovens de Desenvolvimento Social e Humano", buscou-se formar/capacitar jovens de todo o país para atuarem como agentes transformadores de suas realidades em suas comunidades, contribuindo para a promoção da qualidade de vida deles e o próprio desenvolvimento do país (BRASIL, 2000).

Em seguida, fomentou a discussão sobre o *Protagonismo Juvenil*, por meio de oficinas de capacitação de equipes multiprofissionais, estimulando e incentivando a proposta da atuação construtiva e proativa de adolescentes e jovens no seu território, ao envolver-se com as questões da própria adolescência/juventude, assim como com as questões sociais do mundo, da comunidade, do planeta, atuando localmente, seja em casa, na escola, na comunidade, contribuindo para assegurar os seus direitos e a resolução de problemas da sua comunidade, da sua escola (BRASIL, 2001b).

Horta e Sena (2010) trazem uma importante reflexão, que tal política pública baseada no protagonismo juvenil e na formação de adolescentes promotores de saúde não tem capacitado jovens e adolescentes para serem multiplicadores de ações classificadas como de promoção da saúde, mas de ações que estão centradas na prevenção dos agravos prevalentes nessa população. Além disso, destacam que tais ações muitas vezes não são implementadas pelos profissionais de saúde, sendo então transferidas aos adolescentes como responsáveis por elas.

Por conseguinte, baseado nas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, iniciada em 2004, a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde priorizou ações voltadas à estruturação e ao aprimoramento da rede de saúde, como a organização de serviços de atenção à saúde de adolescentes e jovens nos estados e municípios, intensificando a importância de um serviço de saúde organizado, a fim de garantir o acesso de adolescentes e jovens a ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do SUS (BRASIL, 2005b).

Raposo (2009) considera que a introdução da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens em nosso país traz uma nova linha de reflexão da atenção à saúde do adolescente, principalmente por evidenciar a integralidade da atenção em consonância com os princípios do SUS, o que pressupõe o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a organização de serviços para execução dessas práticas de saúde, destacando a importância da

promoção da saúde e a necessidade de estabelecer processos de trabalho intersetoriais e interdisciplinares.

Amarantes e Soares (2009) também destacam a importância da implantação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens no Brasil, afirmando que tal política rompe com a constituição de um programa específico para a atenção à saúde dos adolescentes, inserindo, assim, os adolescentes e jovens nas ações de rotina dos serviços de saúde.

Nesse contexto, em 2005, o manual *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde* foi lançado, tendo como objetivo fornecer orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa, trazendo importantes orientações quanto aos princípios e às diretrizes do atendimento a adolescentes e jovens, o diagnóstico e planejamento das atividades de promoção e atenção à saúde, além dos recursos humanos, estrutura física, equipamentos, instrumentos, insumos básicos, acolhimento e captação de adolescentes e jovens para as unidades de saúde.

Outras publicações relevantes para o desenvolvimento do trabalho com adolescentes e jovens foram lançadas pelo Ministério da Saúde. Estas enfatizaram, sobretudo, os direitos assegurados de adolescentes e jovens a uma atenção integral à saúde, levantando importantes discussões sobre as questões legais e éticas no atendimento destes, bem como a importância de profissionais e gestores desenvolverem e possuírem competências e habilidades para o trabalho com esse grupo (BRASIL, 2007a; 2008a).

Assim, ao longo dos últimos anos, a fim de consolidar as políticas públicas na área da saúde do adolescente, continuou-se a focalizar ações voltadas para a atenção integral à saúde dos adolescentes em eixos considerados estruturantes, como: saúde sexual e reprodutiva, prevenção de violências e promoção da cultura de paz, participação juvenil, acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, imunizações, atividades educativas, identificação e tratamento de agravos e doenças prevalentes.

Especificamente na área da imunização, vale a pena ressaltar que se priorizou a vacinação contra a hepatite B para este público, ao lançar a campanha de vacinação contra a hepatite B para crianças e adolescentes menores de 20 anos com o *slogan*: *Vacine-se. Não deixe a hepatite B invadir sua vida.*

Com relação à saúde sexual e reprodutiva, o Ministério da Saúde lançou, em 2006, uma importante publicação denominada: *Marco teórico e referencial: saúde sexual e*

*saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*, documento que agrega e discute os marcos legais nacionais e internacionais sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, bem como a garantia dos direitos de jovens e adolescentes. O objetivo do documento é oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos que orientem a implementação de ações voltadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva para esse público (BRASIL, 2006c).

Também nessa área, em parceria com o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, o projeto SPE, tendo como objetivo central a promoção da saúde sexual e reprodutiva, visando reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST, à infecção pelo HIV, à Aids e à gravidez não planejada, por meio do desenvolvimento articulado de ações no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006d).

Entretanto, em 2007, o Ministério da Saúde inseriu o SPE em um novo e importante programa, o PSE. Este foi instituído pelo presidente da República, por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007b), sendo resultante do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o da Educação, com a 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 (BRASIL, 2008b).

Seus principais objetivos são:

- I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;
- II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, 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;
- VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2009a).

É importante ressaltar que o programa prevê ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, estando em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Além disso, está estruturado em quatro blocos, sendo o tempo de execução de cada um planejado pela

equipe da ESF, ponderando o ano letivo e o Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola. São estes:

I- Avaliação das condições de saúde: atendimentos nutricionais, odontológicos, oftalmológicos, auditivos, clínicos e psicossociais, com enfoque na prevenção de doenças virais e cardíacas, além do adequado tratamento, quando necessário;

II- Promoção da saúde e prevenção: informação de qualidade e incentivo à adoção de práticas de alimentação saudável e de atividades físicas, conscientização da responsabilidade e das consequências do uso de álcool e outras drogas, e do uso da violência, além da educação para a saúde sexual e reprodutiva, com enfoque à prevenção da Aids, hepatites virais e outras DST;

III- Educação permanente dos profissionais da área: cursos de saúde voltados para profissionais da educação e treinamento das equipes de saúde, além da qualificação dos jovens para disseminar as informações entre outros jovens e crianças;

IV- Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes: atenção às estatísticas do estado de saúde dos jovens beneficiados com o encarte Saúde no Censo Escolar, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, o Sistema de Monitoramento do Projeto SPE e a Pesquisa Nacional do Perfil Nutricional e Consumo Alimentar dos Escolares (BRASIL, 2009a).

Desse modo, as equipes da ESF deverão atuar nas escolas de sua área territorial adscrita, a fim de promover as ações propostas pelo programa, avaliando as condições de saúde dos educandos, bem como proporcionando o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

Assim, o PSE apresenta-se como estratégia de integração das políticas setoriais, propondo novo desenho da política de educação e saúde que busca: tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; permitir a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde; e promover a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e no controle social da política (BRASIL, 2009a).

Por fim, é importante destacar que em 2009, o Ministério da Saúde lançou a Caderneta de Saúde do Adolescente com o objetivo de monitorar a saúde destes e de facilitar as ações educativas voltadas para este segmento, sendo implantada, prioritariamente nos municípios inseridos no PSE. Esta aborda de forma lúdica e com linguagem acessível temas variados, como direitos e deveres do jovem com incentivo à cidadania, aspectos em relação ao

autocuidado nas áreas de odontologia, higiene pessoal e DST, além da abordagem sobre o crescimento e desenvolvimento e vacinação (BRASIL, 2009b).



## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O campo da avaliação expandiu-se consideravelmente no final do século XX, tanto em produção científica quanto no que diz respeito a sua institucionalização (SILVA, 2005). No Brasil, desde a criação do SUS, a preocupação com as ações de monitoramento e avaliação tem se tornado crescente e marcada por diferentes iniciativas de institucionalização destas ações nas três esferas de governo (CRUZ; REIS, 2011).

Avaliar é uma ação inerente ao ser humano, realizada cotidianamente através de sentidos, intelecto e subjetividade, podendo ser considerada como um dos componentes das práticas presentes em diversos âmbitos e campos dos espaços sociais (SILVA, 2005; FURTADO, 2006).

Champagne et al. (2011), ao estudar os principais autores da literatura especializada sobre avaliação e ao reunir os elementos que são consensuais entre eles, afirma que avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, fornecendo informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, oportunizando aos diferentes atores envolvidos se posicionarem sobre a intervenção, construindo individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Assim, a avaliação é uma prática social que norteia as práticas de saúde e a gestão na tomada de decisão, com base em critérios e padrões pactuados, constituindo ferramenta de mensuração, descrição e julgamento, bem como de negociação permanente, por não poder dispensar o envolvimento dos potenciais atores sociais interessados (CRUZ; REIS, 2011).

A avaliação permite identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, devendo ser realizada de forma sistemática, retroalimentando o processo de planejamento e contribuindo com a transformação da gestão. Com isso, a cultura avaliativa deve ser implementada junto aos sistemas, programas e serviços de forma ampliada, produzindo informação e conhecimento que servirá como fator orientador de decisão (BRASIL, 2005c).

A avaliação tem como principais objetivos:

- Contribuir para o progresso dos conhecimentos e a elaboração teórica;
- Colaborar no planejamento e na elaboração de uma intervenção;
- Fornecer informação para melhorar a intervenção no seu decorrer;
- Determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se esta deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (BRASIL, 2007c).

Importante destacar que uma intervenção, qualquer que seja, pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a normativa ou a pesquisa avaliativa. A primeira, busca apreciar cada um dos componentes da intervenção, aplicando-se critérios e normas, verificando-se a conformidade dos componentes da intervenção em relação às referências existentes. A segunda, consiste na explicação das relações entre os componentes da intervenção e seus efeitos, buscando compreender como e o porquê dos resultados, atendendo a procedimentos científicos, com rigor metodológico (CHAMPAGNE et al., 2011; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Champagne et al. (2011) acrescentam que a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análises: a estratégica, que permite apreciar a pertinência da intervenção; a lógica, que examina a coerência (o mérito e a validade operacional); a da produção, que se interessa pela produtividade e pelos determinantes da qualidade dos processos; a dos efeitos, que verifica a eficácia da intervenção; a da eficiência, que atesta a eficiência global da intervenção; e, por fim, a análise da implantação, que observa as interações entre a intervenção e o contexto de implantação na produção dos efeitos.

Avaliação em saúde, portanto, ao associar paradigmas quantitativos e qualitativos gera uma diversidade tecnológica de conceitos que podem ser usados, cabendo ao pesquisador, muitas vezes, definir conceitos, critérios, parâmetros, instrumentos e indicadores que permitam uma análise profunda do fenômeno em estudo (MORAIS, 2010).

Silva (2005) corrobora a afirmação acima ao assegurar que cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na melhor estratégia, seleção da abordagem, definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critérios e padrões. Deste modo, faz-se importante delimitar o objeto a ser avaliado, bem como definir os níveis de realidade que se deseja estudar. Para estes, os níveis de avaliação estariam divididos em:

- Avaliação de ações: diz respeito às ações de promoção, prevenção e cura desenvolvidas pelos agentes;
- Avaliação de serviços: corresponde a um grau de maior complexidade de organização das ações, em que diversos agentes se articulam para desenvolver atividades voltadas para um grupo etário ou problema de saúde;
- Avaliação de estabelecimentos: correspondem a unidades sanitárias de diferentes níveis de complexidade como centros de saúde, hospitais, policlínicas;

- Avaliação de sistema: corresponde ao nível mais complexo de organização das práticas que envolveria os outros e sua coordenação, podendo ser um sistema municipal, estadual ou nacional.

Outro aspecto relevante destacado por estes mesmos autores, diz respeito à seleção pelo avaliador das características ou dos atributos a serem avaliados que, para estes, podem ser agrupados da seguinte forma:

- Disponibilidade e distribuição social dos recursos: cobertura, acessibilidade, equidade;
- Efeitos das ações: eficácia, efetividade, impacto;
- Custos e produtividade das ações: eficiência;
- Adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente: qualidade técnico-científica;
- Adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde: direcionalidade e consistência;
- Processo de implantação das ações: avaliação do grau de implantação e/ou avaliação de processo e análise de implantação;
- Características de relacionamento entre os agentes das ações: usuário x profissional, profissional x profissional e gestor x profissional (SILVA, 2005).

Vários autores apresentam trilhas a serem percorridas para condução de um processo avaliativo, ou seja, os passos para operacionalização de uma avaliação. Furtado (2006) propõe um roteiro geral ou sugestão de sete passos a serem dados para realização de uma avaliação que são:

1. Identificar os grupos de interesse: identificar as pessoas ou grupos que de alguma forma são afetados por um processo avaliativo, incluindo a equipe do programa ou serviço, financiadores, usuários, líderes, instituições parceiras, vizinhos etc.;
2. Definir os propósitos da avaliação: tornar claras as principais motivações que impulsionam o trabalho;
3. Descrever o programa: tornar claro para todos os grupos de interesse e para os avaliadores os aspectos centrais do programa ou serviço;
4. Definir as questões da avaliação: formular perguntas que respondam em profundidade às indagações levantadas, bem como contribuam para a tomada de decisão;
5. Coleta e análise dos dados: definir as informações necessárias, como e onde estas informações podem ser obtidas, atentando-se para a adequação e pertinência do método de pesquisa proposto. Em seguida, a informação deverá ser descrita, analisada e interpretada,

seguindo-se um julgamento sobre o significado dos achados relativos ao programa ou serviço;

6. Comunicação dos resultados: fornecer visibilidade aos resultados obtidos, tornando-os acessível a todos os interessados, salientando os pontos fortes e fracos do programa ou serviço;
7. Utilização dos resultados: garantir a utilização dos resultados para as tomadas de decisão que se fizerem necessárias.

Desse modo, seguindo a proposta de Furtado (2006), utilizamos tais passos para nortear nosso processo avaliativo. O passo de número 1 (identificação dos grupos de interesse) encontra-se descrito ao final da análise avaliativa. Os itens 2 e 4 (definição dos propósitos da avaliação e definição das questões da avaliação) encontram-se expostos na primeira etapa da pesquisa, ou seja, na introdução. A descrição do programa (item 3), por sua vez, foi realizada na etapa da revisão de literatura. No passo de número 5 (coleta e análise dos dados), encontram-se descritos o decorrer da metodologia, dos resultados e da discussão, bem como o capítulo de análise avaliativa. Por fim, os itens 6 e 7 (comunicação dos resultados e utilização dos resultados) deverão ser realizados após a conclusão da pesquisa.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de pesquisa de avaliação, com abordagem quanti-qualitativa. O foco essencial deste tipo de investigação reside em avaliar um programa, uma prática ou intervenção presente no contexto de uma organização ou de uma política pública, obtendo informações fundamentais para decisão pela adoção, pela modificação ou pelo abandono da prática ou programa. Avaliações são realizadas para responder a uma série de questões, e em função da sua complexidade, muitas delas, utilizam-se de métodos mistos, ou seja, da abordagem quanti-qualitativa (POLIT; BECK, 2011). Esta, por sua vez, utiliza-se de dados e análises quantitativas e qualitativas, no caso em que o problema sugira a necessidade de ser esclarecido parte na perspectiva quantitativa e outra parte na perspectiva qualitativa (LEOPARDI et al., 2001).

### **5.2 Local e período do estudo**

A investigação foi conduzida no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, quarta maior metrópole do Brasil, possuindo vasta extensão geográfica, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.7860 - classificado como médio - e uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2009, de 2.550.342 habitantes, distribuída em 118 bairros (FORTALEZA, 2008).

No início da pesquisa, de acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde, o município possuía um total de 260 equipes da ESF, distribuídas em 92 CSF, hoje denominados Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), sendo que 151 equipes estavam vinculadas ao PSE. A Prefeitura de Fortaleza implantou a ESF em 1997, tendo como principal atribuição o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. O PSE foi implantado em Fortaleza em 2010, com o objetivo de desenvolver ou fortalecer as ações de saúde pelas equipes da ESF nas escolas municipais para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes.

A coleta de dados ocorreu nas UAPS localizadas nas seis diferentes Secretarias Regionais (SR), sendo que estas foram selecionadas baseados nos seguintes critérios de

inclusão: possuem o PSE implantado, contarem com a atuação direta de enfermeiros no desenvolvimento das ações propostas pelo PSE, segundo informações fornecidas pelas SR.

Para tanto, foi realizado contato com a Coordenadoria de Saúde em cada SR, por meio das Assessorias Técnicas responsáveis pela coordenação local do PSE, para identificação do número de equipes da ESF que atuavam no PSE, bem como aquelas equipes que possuíam atuação direta do enfermeiro (Tabela 1).

Vale a pena destacar a dificuldade que tivemos em obter esses dados, visto que em algumas SR não havia técnicos responsáveis pelo programa, pois devido ao período de transição entre governos, alguns deixaram suas funções. Entretanto, já em outras SR existiam técnicos responsáveis pelo PSE, porém estes não sabiam ao certo quem eram as equipes e os enfermeiros que desenvolviam o programa. Deste modo, para início da coleta dos dados, não encontramos dados totalmente fidedignos com relação ao número de equipes de PSE presentes no território, assim como o número de enfermeiros que atuavam no PSE em cada UAPS, mostrando a fragilidade de organização que o PSE possuía no município.

Tabela 1 - Distribuição de equipes da ESF que atuavam no PSE e de equipes da ESF que atuavam no PSE com enfermeiro nas SR de Fortaleza. Fortaleza, 2013.

<b>SER</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>	<b>VI</b>	<b>Total</b>
Nº de equipes da ESF com PSE	16	14	07	16	31	36	124
Nº de equipes da ESF com PSE com enfermeiro	10	11	05	13	31	34	108

Fonte: Secretarias Regionais - SR. Fortaleza, 2013

O presente estudo foi desenvolvido de janeiro a novembro de 2013, cuja coleta de dados foi realizada a partir de março de 2013.

### **5.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros, tendo em vista a sua relevância nesta área de atuação, conforme descrito no capítulo de prevenção de doenças e promoção da saúde por enfermeiros no âmbito escolar. Estes atenderam aos seguintes critérios de inclusão: servidores públicos pertencentes à ESF, atuantes na ESF da UAPS, vinculados à escola do PSE há mais de um ano e a apenas uma escola para realização das atividades do PSE. O critério de atuarem na ESF da UAPS, bem como estarem vinculados à escola do PSE por um período mínimo de um ano foi definido por entendermos que, durante este período, o

profissional já tenha tido a oportunidade de realizar um ciclo de atividades de planejamento, execução e avaliação das ações realizadas na escola selecionada.

Os critérios de exclusão para os enfermeiros foram: recusa em participar do estudo, não comparecimento ao local da pesquisa, no caso de terem sido previamente acordado entre pesquisador e pesquisado, e afastamento das suas atividades por motivo de férias ou licenças.

Nesse sentido, cento e oito enfermeiros atenderam aos critérios de inclusão. Todavia, devido aos critérios de exclusão, setenta e oito participaram do estudo.

#### **5.4 Instrumentos e procedimentos para coleta dos dados**

Como instrumentos de coleta de dados, foram adotados a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) e o *checklist* (APÊNDICE B), que foram aplicados com os enfermeiros nas UAPS, por ser este o espaço em que atuavam na maior parte do tempo.

A escolha pela entrevista semiestruturada se deu por esta oferecer ao pesquisador flexibilidade na obtenção de informações (POLIT; BECK, 2011), além de proporcionar maior interação do pesquisador com os informantes (MINAYO, 2010). Além disso, por poderem ser conduzidas em uma estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada (BRITTEN, 2005).

A entrevista esteve baseada em duas perguntas centrais: quais são as ações que você realiza ou já realizou para prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE? Quais as barreiras, impasses ou dificuldades para efetivação dessas ações com adolescentes no PSE.

O *checklist* é uma lista de verificação que varia conforme o setor no qual é utilizada, podendo ser elaborada para verificar as atividades já efetuadas ou ainda a serem feitas, permitindo avaliar e registrar o desempenho global da competência ou atividade (BOSSEMEYER; MOURA, 2006).

Desse modo, o *checklist* continha uma lista de questões fechadas, que foi preenchido pelos pesquisados, com respostas do tipo SIM ou NÃO, tratando das ações que foram realizadas, bem como dos resultados que foram alcançados na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais, conforme estabelece o Ministério da Saúde na publicação Instrutivo PSE – Passo a Passo PSE (BRASIL, 2011a).

Os participantes responderam questionamentos do tipo: houve realização de encontros de mobilização sobre a importância de implementar, de forma contínua, atividades

sobre as temáticas de sexualidade e desconstrução de mitos e prevenção das DST/Aids e/ou hepatites virais; existiu desenvolvimento de atividades que utilizassem metodologias participativas, como oficinas temáticas, vídeos de debates, gincanas, rodas de conversa, debates a partir de expressões artísticas e intervenção na comunidade; houve adesão dos educandos e da comunidade escolar às atividades desenvolvidas, dentre outros.

Importante destacar que os enfermeiros foram contatados no local de trabalho e a eles foram apresentados a finalidade e os objetivos da pesquisa. A aplicação da entrevista e do *checklist*, em maioria, foi previamente agendada, de acordo com as disponibilidades dos profissionais e da pesquisadora, sendo todos eles realizados individualmente e em local privado, ou seja, em uma sala da unidade de saúde.

## **5.5 Análise dos dados**

Para organização dos dados qualitativos, foi tomado por referência o Método de Interpretação dos Sentidos, caminho de análise de sentidos atribuídos dentro de uma perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais que analisa palavras, ações, conjunto de inter-relações, grupos, instituições, conjunturas, dentre outros corpos analíticos.

Em um primeiro momento realizamos a leitura compreensiva do material selecionado, visando impregnar-se pelo conteúdo do material, bem como ter uma visão de conjunto e apreender as particularidades presentes na totalidade parcial (GOMES, 2011).

Em seguida, buscamos as ideias que estavam por trás dos textos por meio da construção de inferências. O objetivo foi proceder à identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas no texto, além da busca de sentidos mais amplos atribuídos às ideias e do diálogo entre as ideias problematizadoras, as informações de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico da pesquisa (GOMES, 2011).

Por fim, realizamos a interpretação propriamente dita ou reinterpretação, trabalhando-se com o desvelamento de modelos subjacentes às ideias, procurando-se dar conta dos conflitos relacionados ao próprio processo de interpretação, por meio de uma síntese entre dimensão teórica e dados empíricos e textos e contextos (GOMES, 2011).

Com relação aos dados quantitativos, estes foram tabulados e submetidos à análise estatística descritiva por meio do *software Excel*, sendo organizados na forma de tabelas, por meio de frequências absolutas e percentuais e dos seus respectivos intervalos de confiança.



## 5.6 Procedimentos éticos

Aspectos legais e éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram respeitados, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 1996). Os enfermeiros que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C), garantindo-se sigilo e anonimato aos participantes.

Para apreender melhor as informações desejadas, foi utilizado gravador para o registro das entrevistas, a fim de obter maior fidedignidade na transcrição dos dados. O gravador somente foi utilizado após a autorização dos participantes.

Cada um dos participantes da pesquisa recebeu um símbolo diferenciado para preservar o anonimato. Assim, os enfermeiros foram designados de Enf. PSE 1, Enf. PSE 2, Enf. PSE 3, e assim por diante.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), sendo a pesquisa iniciada após o deferimento deste, por meio do Parecer Consubstanciado de Nº 209.337 de 28/02/2013.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciamos esta seção apresentando os resultados da aplicação do *checklist* com os enfermeiros acerca das ações realizadas, assim como dos resultados alcançados com os adolescentes no PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais.

Tabela 2 - Ações desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF que atuavam no PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais. Fortaleza, 2013.

Ações	SIM		IC		NÃO		IC	
	n	%	Inf	Sup	n	%	Inf	Sup
1. Realização de encontros de mobilização e sensibilização sobre a importância de implementar, de forma contínua, atividades nos temas:								
-sexualidade e a desconstrução de mitos	25	32,1	26,8	37,3	53	67,9	62,7	73,2
-apresentação de dados epidemiológicos sobre DST/HIV/Aids e/ou hepatites virais	22	28,2	23,1	33,3	56	71,8	66,7	76,9
-apresentação de dados sobre gravidez na adolescência	24	30,8	25,5	36,0	54	69,2	64,0	74,5
-discussão sobre os marcos legais sobre direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens	10	12,8	9,0	16,6	68	87,2	83,4	91,0
2. Desenvolvimento de atividades que utilizassem metodologias participativas, como:								
-oficinas temáticas	26	33,3	28,0	38,7	52	66,7	61,3	72,0
-vídeo de debates	25	32,1	26,8	37,3	53	67,9	62,7	73,2
-gincanas	4	5,1	2,6	7,6	74	94,9	92,4	97,4
-rodas de conversa	35	44,9	39,2	50,5	43	55,1	49,5	60,8
-debates a partir de expressões artísticas	7	9,0	5,7	12,2	71	91,0	87,8	94,3
-intervenção na comunidade	10	12,8	9,0	16,6	68	87,2	83,4	91,0
3. Realização de processos de formação de estudantes nos temas:								
-sexualidade	16	20,5	15,9	25,1	62	79,5	74,9	84,1
-promoção da saúde	28	35,9	30,5	41,3	50	64,1	58,7	69,5
-prevenção das DST/HIV/Aids e/ou hepatites virais	27	34,6	29,2	40,0	51	65,4	60,0	70,8
-saúde sexual e saúde reprodutiva para atuarem na perspectiva da educação entre pares	11	14,1	10,2	18,0	67	85,9	82,0	89,8
4. Realização de atividades que envolvessem os educandos nos processos de planejamento, execução e avaliação das atividades	23	29,5	24,3	34,7	55	70,5	65,3	75,7
5. Realização de debates com toda a comunidade escolar sobre a importância da participação juvenil	13	16,7	12,4	20,9	65	83,3	79,1	86,7

Fonte: *Checklist* aplicado com enfermeiros participantes do estudo. Fortaleza, 2013

De acordo com a tabela 2, que versa sobre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros com adolescentes assistidos pelo PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais, verificamos que a maioria dos pesquisados afirmou não ter realizado encontros de mobilização e

sensibilização sobre a importância de implementar, de forma contínua, atividades nessa área temática.

Assim, 67,9% (IC Inferior = 62,7 e IC Superior = 73,2) não realizaram encontros de mobilização e sensibilização, de forma contínua, acerca dos temas sexualidade e desconstrução de mitos, 71,8% (IC Inferior = 66,7 e IC Superior = 76,9) não realizaram com a apresentação de dados epidemiológicos sobre DST/HIV/Aids e/ou hepatites virais, 69,2% (IC Inferior = 64,0 e IC Superior = 74,5) sem apresentação de dados sobre gravidez na adolescência e 87,2% (IC Inferior = 83,4 e IC Superior = 91,0) sem os marcos legais sobre direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens.

Tal achado é preocupante, uma vez que desde o ano de 2003, com a implantação do projeto SPE, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação estabeleceram que devem ser realizadas, de forma contínua, atividades abordando as temáticas de saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids e hepatites virais no cotidiano das escolas (BRASIL, 2011a).

Com relação ao desenvolvimento de atividades por meio de metodologias participativas com os adolescentes no PSE, nesta mesma linha de ação, apenas 33,3% em suas atividades (IC Inferior = 28,0 e IC Superior = 38,7) realizaram oficinas temáticas, 32,1% (IC Inferior = 26,8 e IC Superior = 37,3) vídeos de debates, 5,1% (IC Inferior = 2,6 e IC Superior = 7,6) gincanas, 44,9% (IC Inferior = 39,2 e IC Superior = 50,5) rodas de conversa, 9% (IC Inferior = 5,7 e IC Superior = 12,2) debates a partir de expressões artísticas e 12,8% (IC Inferior = 9,0 e IC Superior = 16,6) alguma intervenção na comunidade.

É notório que os enfermeiros, de um modo geral, não têm utilizado abordagens diferenciadas para o trabalho a ser desenvolvido com adolescentes. Destacamos que em manual confeccionado com o objetivo de capacitar profissionais na área da saúde e da educação sobre novas estratégias a serem utilizadas na área da prevenção de DST/Aids no projeto SPE, o Ministério da Saúde adverte sobre a necessidade dos profissionais reavaliarem constantemente as potencialidades e os limites da educação preventiva, questionando profundamente seus objetivos e buscando referenciais mais eficazes e éticos para realizar a prevenção e a Educação em Saúde (BRASIL, 2006e).

Para tanto, incentiva a adoção de metodologias participativas e inclusivas entre todos os sujeitos envolvidos nas ações, a fim de que educandos possam realizar escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2011a).

Quanto à realização de processo de formação de estudantes, a fim de que estes atuassem na perspectiva da educação entre pares, a maioria dos sujeitos do estudo também informou não ter sido realizado esta ação. Deste modo, 79,5% (IC Inferior = 74,9 e IC Superior = 84,1) dos enfermeiros expressaram não ter sido realizado processo de formação de adolescentes/jovens em sexualidade, 64,1% (IC Inferior = 58,7 e IC Superior = 69,5) em promoção da saúde, 65,4% (IC Inferior = 60,0 e IC Superior = 70,8) em prevenção das DST/HIV/AIDS e/ou hepatites virais e 85,9% (IC Inferior = 82,0 e IC Superior = 89,8) em saúde sexual e reprodutiva.

Todavia, a formação diz respeito ao componente III do PSE e estabelece que todos os envolvidos com o programa devem receber formação permanente e contínua. No caso de jovens e adolescentes, estes devem receber a Formação de Jovens Protagonistas para o PSE/SPE, por meio da metodologia de educação de pares, buscando-se a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde (BRASIL, 2011a).

No tocante ao desenvolvimento de ações que envolvessem os educandos nos processos de planejamento, execução e avaliação das atividades sobre promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/Aids e hepatites virais, 70,5% (IC Inferior = 65,3 e IC Superior = 75,7) afirmaram que não realizaram este tipo de ação.

Oportuno considerar que para o alcance de resultados positivos nesse campo, faz-se necessário diminuir a verticalização e imposição unilateral das ações, sendo imprescindível a participação dos envolvidos na construção de todas as etapas das atividades.

Assim, segundo o Ministério da Saúde, o planejamento e a realização das atividades devem considerar uma diversidade de abordagens pedagógicas que respeitem os adolescentes e jovens, favorecendo a participação destes e o exercício da cidadania em todas as etapas de implantação e implementação do projeto (BRASIL, 2006d).

Ampla maioria dos enfermeiros, ou seja, 83,3% (IC Inferior = 79,1 e IC Superior = 86,7) também relataram a não realização de debates com a comunidade escolar sobre a importância da participação juvenil nas questões sobre a prevenção das DST/Aids e hepatites virais e sobre a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Oportunizar a participação ativa de diversos interlocutores/sujeitos nas práticas cotidianas escolares significa vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade (BRASIL, 2011a).

Com isso, construir espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade é, comprovadamente, um importante dispositivo para

construir resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade às DST, à infecção pelo HIV, à Aids e à gravidez não planejada (BRASIL, 2006d).

A participação juvenil, portanto, torna-se fundamental para que adolescentes e jovens venham a atuar como sujeitos transformadores da realidade, sendo uma estratégia eficaz de promoção do desenvolvimento, uma vez que fortalece a auto-estima, a assertividade e a construção de projetos de vida por este público (BRASIL, 2005b).

**Tabela 3** - Resultados alcançados segundo os enfermeiros da ESF que atuavam no PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais. Fortaleza, 2013.

Resultados	SIM		IC		NÃO		IC	
	n	%	Inf	Sup	n	%	Inf	Sup
1. Inclusão das seguintes temáticas nos projetos político-pedagógicos (PPP):								
-saúde sexual e saúde reprodutiva	25	32,1	26,8	37,3	53	67,9	62,7	73,2
-prevenção das DST/Aids e/ou hepatites virais	31	39,7	34,2	45,3	47	60,3	54,7	65,8
2. Realização, de forma contínua, na escola, de ações educativas e participativas sobre as seguintes temáticas:								
-saúde sexual e saúde reprodutiva	20	25,6	20,7	30,6	58	74,4	69,4	79,3
- prevenção das DST/Aids e/ou hepatites virais	25	32,1	26,8	37,3	53	67,9	62,7	73,2
3. Adesão dos educandos e da comunidade escolar às atividades desenvolvidas	36	46,2	40,5	51,8	42	53,8	48,2	59,5
4. Disponibilização de preservativos nas escolas	21	26,9	21,9	31,9	57	73,1	68,1	78,1
5. Existência de casos de adolescentes grávidas na escola	44	56,4	50,8	62,0	34	43,6	38,0	49,2
6. Adolescentes grávidas foram encaminhadas para Unidade Básica de Saúde de referência	42	53,8	48,2	59,5	36	46,2	40,5	51,8
7. Adolescentes grávidas foram acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde de referência e/ou equipe de saúde de referência durante o pré-natal e pós-parto	42	53,8	48,2	59,5	36	46,2	40,5	51,8

Fonte: *Checklist* aplicado com enfermeiros participantes do estudo. Fortaleza, 2013

Segundo a tabela 3, que trata dos resultados alcançados segundo os enfermeiros da ESF que atuavam no PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/AIDS e de Hepatites Virais, 67,9% (IC Inferior = 62,7 e IC Superior = 73,2) afirmaram que não houve inclusão nos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) da escola da temática de saúde sexual e saúde reprodutiva e 60,3% (IC Inferior = 54,7 e IC Superior = 65,8) da temática de prevenção das DST/Aids e/ou hepatites virais.

Para tanto, as ações do PSE, em todas as suas dimensões, devem estar inseridas no PPP, tendo em vista que este é o retrato do que a escola pretende desenvolver no seu cotidiano e que é por meio dele que a comunidade escolar terá a oportunidade de participar das decisões, sendo que a inclusão das temáticas, diretrizes e estratégias do PSE no PPP

favorecerão a incorporação destas ao currículo escolar, bem como o desenvolvimento da cultura de prevenção e promoção à saúde na experiência escolar cotidiana (BRASIL, 2006d).

Quanto à realização, de forma contínua, na escola, de ações educativas e participativas na temática, a maioria referiu que não realizou. Deste modo, 74,4% (IC Inferior = 69,4 e IC Superior = 79,3) não realizaram tais atividades na temática de saúde sexual e saúde reprodutiva e 67,9% (IC Inferior = 62,7 e IC Superior = 73,2) na temática de prevenção das DST/Aids e/ou hepatites virais.

Tal resultado mais uma vez é inquietante e evidenciado por Camargo e Botelho (2007) que relatam em estudo sobre Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV que os profissionais de saúde têm pouca participação no fornecimento de informações sobre a Aids para adolescentes no ambiente escolar. Contudo, este mesmo público acredita que esses profissionais seriam as melhores pessoas para tratar do tema na escola.

Mais da metade, ou seja, 53,8% dos pesquisados (IC Inferior = 48,2 e IC Superior = 59,5) também considerou que não houve adesão dos educandos e da comunidade escolar àquelas atividades desenvolvidas na temática de saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/AIDS e hepatites virais juntos aos adolescentes assistidos pelo PSE, além do que grande parte dos pesquisados, 73,1% (IC Inferior = 68,1 e IC Superior = 78,1) asseguraram não ter tido a disponibilização de preservativos nas escolas.

A promoção e disponibilização de preservativos deve ser função de todos os serviços, por se constituir em um momento privilegiado de prevenção (BRASIL, 2005a), sendo corroborado por Paiva, Aranha e Bastos (2008), ao demonstrar que ampla maioria dos entrevistados de pesquisa foi favorável à facilitação do acesso ao preservativo tanto nos serviços de saúde, quanto nas escolas. O Ministério da Saúde, ainda, destaca que um dos pontos-chave e inovadores na construção e consolidação do projeto SPE é justamente a disponibilização de preservativos no cenário escolar (BRASIL, 2006d).

Por fim, 56,4% dos enfermeiros (IC Inferior = 50,8 e IC Superior = 62,0) relataram que existiram casos de adolescentes grávidas na escola, sendo que 53,8% (IC Inferior = 48,2 e IC Superior = 59,5) destas foram encaminhadas e acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde de referência e/ou equipe de saúde de referência durante o pré-natal e pós-parto.

A gravidez na adolescência é abordada como um problema de saúde pública, sendo que a maternidade na adolescência tem merecido atenção especial nos últimos tempos, em razão do número expressivo desta ocorrência em nossa sociedade (SILVA et al., 2009).

Assim, a finalidade do projeto SPE de contribuir para redução da incidência de gravidez não planejada na população adolescente e jovem (BRASIL, 2006d) tem demonstrado que é, ainda, um grande desafio a ser alcançado em nosso país.

A seguir, apresentamos os resultados das entrevistas com os profissionais acerca das ações realizadas com adolescentes do PSE visando à prevenção de DST/Aids, assim como os fatores dificultadores para efetivação dessas ações. A partir da leitura compreensiva dos depoimentos, foi realizada síntese interpretativa do material, por meio da análise de sentido das narrativas, buscando-se as ideias que estavam por trás destas, realizando diálogo entre as ideias problematizadoras e as informações contidas em estudos sobre o assunto.

#### ✓ **Ações realizadas pelos enfermeiros para a prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE**

Diferentes realidades foram encontradas quanto às ações realizadas para prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE. Nos relatos dos profissionais, foram encontradas evidências de que não vem sendo realizadas ações nessa área temática, bem como nas outras preconizadas pelo programa, sendo justificadas pela presença de inúmeros problemas, que serão melhores relatados no tópico sobre os fatores dificultadores para efetivação das ações pelos enfermeiros para prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE.

Contudo, existiram depoimentos que apresentaram que ações nessa área temática eram realizadas pelos enfermeiros ou por outros profissionais da equipe multiprofissional, apesar de algumas terem sido feitas de forma pontual e fragmentada, utilizando para isso a palestra.

Mesmo diante das dificuldades presentes no programa, depoimentos também demonstraram que existiam ações sendo realizadas pelos enfermeiros de forma contínua, utilizando-se de metodologias participativas e inclusivas de jovens e adolescentes nesse processo.

Destarte, os autores de muitas narrativas apresentaram que não foram, em nenhum momento, desenvolvidas ações visando à prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE. Tal constatação preocupa, já que prevenir a transmissão do HIV é um dos mais importantes desafios para sobrevivência e saúde de adolescentes e jovens na atualidade (UNICEF, 2011). Com isso, investir na prevenção, ou seja, melhorar o atendimento e os conhecimentos relacionados ao HIV é essencial para intensificar a capacidade dos adolescentes de fazerem

escolhas mais saudáveis e adotarem comportamentos seguros, revertendo, com isso, a disseminação do HIV na adolescência (UNICEF, 2011).

O PSE traz essa oportunidade, visto que a escola é um ambiente propício para realização das ações preventivas, sobretudo por meio da Educação em Saúde. O encontro entre os saberes das áreas de educação e de saúde é capaz de potencializar o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente, gerando efeitos no desenvolvimento saudável e no protagonismo do educando e da comunidade onde vivem, permitindo que este realize opções que melhorem sua qualidade de vida (BRASIL, 2013).

A escola, espaço que contribui para construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, torna-se lugar privilegiado para promoção da saúde, visto que tem potencial singular para formar sujeitos autônomos e críticos, capazes de compreender a realidade e modificá-la a partir do lugar que ocupam, aptos a fazer uma reflexão acerca dos problemas da comunidade e a propor ações para resolvê-los, a partir de suas perspectivas (BRASIL, 2011a). Portanto, é fundamental que profissionais de saúde realizem ações preventivas de DST/Aids no contexto do PSE.

*Não foi realizada nenhuma atividade abordando essa temática (Enf. PSE 23).*

*Não foi realizada atividade abordando essa temática (Enf. PSE 24).*

*Eu não vou mentir, não! Não realizei nenhuma atividade abordando o tema DST/Aids (Enf. PSE 25).*

*Não foi realizada nenhuma atividade nessa área (Enf. PSE 28).*

*Não. Nenhuma atividade na área de DST/Aids. Eu fiz agora esse ano a palestra da hanseníase, que eu fiz na escola com os pais e também a palestra com a entrega do albendazol (Enf. PSE 29).*

*Realizada, nunca. Nenhuma ação (...) Nenhuma atividade com relação a isso (Enf. PSE 32).*

*O que a gente fez até agora na minha escola foi pensar e uma caminhada aí contra a dengue. De DST e prevenção não (Enf. PSE 42).*

*Na verdade, nenhuma. A unidade iniciou o PSE muito recente. Não foram feitas ações na abordagem desse tema (...) (Enf. PSE 52).*

*DST/Aids, ainda nenhuma. A gente só está mesmo na avaliação física e essa temática DST/Aids não (Enf. PSE 60).*

*Nenhuma. A única coisa que eu ainda fiz, foi distribuir a caderneta (Enf. PSE 72).*

Por conseguinte, por meio dos depoimentos, é possível apreender que não foram executadas atividades, de forma contínua, não apenas visando a prevenção de DST/Aids, mas em todas as outras dimensões do programa.

O PSE, com o intuito de facilitar a dinâmica de trabalho das equipes de saúde e de educação, trabalha com três componentes que precisam ser desenvolvidos de maneira contínua e permanente, para que possam ser construídos processos de educação em saúde



integrais: avaliação das condições de saúde dos estudantes; prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde; e formação (BRASIL, 2013).

As atividades a serem desenvolvidas durante todo o ano letivo com os estudantes são:

- 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 morbidade e mortalidade por acidentes e violências;
- X – Prevenção e redução do consumo do álcool;
- XI – Prevenção do uso de drogas;
- XII – Promoção da saúde sexual e 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;
- XVII – Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007b).

Todavia, as ações listadas acima não vem sendo realizadas a contento, conformem sugerem os depoimentos. Assim, é possível perceber que o PSE não encontra-se inserido no cotidiano dos profissionais da ESF, ou seja, não sendo desenvolvido, assim como os demais programas preconizados e executados no âmbito da ESF.

*“Ave Maria”, vai ser uma tristeza isso aqui. A gente está começando a trabalhar mais com o PSE de fato de um tempo para cá (Enf. PSE 5).*

*Na verdade a nossa situação está um pouco restrita ainda no PSE. Nós não abraçamos do jeito que deveria ser por uma série de questões (Enf. PSE 16).*

*Quer que eu seja bem sincera? Praticamente nada. O PSE praticamente aqui não funciona (...) Então não foi feito. Em relação aos enfermeiros, eu posso falar por mim e pela outra colega, nada foi feito (...) (Enf. PSE 56).*

*Pronto, assim lá no colégio, a gente vai toda terça-feira. A gente ia pelo menos está parado agora (...) (Enf. PSE 66).*

Inferimos, também, pelas declarações de alguns, a pouca importância atribuída às ações que deveriam ser executadas pelo profissionais no âmbito do PSE, bem como

desinteresse e descompromisso em realizar o programa, transmitindo o sentido de que este vem sendo negligenciado, desvalorizado e desacreditado por alguns profissionais.

Apesar de estarem inseridos na ESF, estratégia que prevê ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde junto aos territórios, além de ações intersetoriais, nem todos os profissionais concordam em realizar tais ações junto ao programa.

É oportuno destacar que o êxito das ações, bem como a consolidação de políticas públicas de prevenção de doenças e promoção à saúde nas escolas, dependem do compromisso de gestores, profissionais de saúde e da educação e da participação ativa dos estudantes e de toda comunidade escolar (BRASIL, 2006e). Além disso, sendo a ESF, a estratégia essencial para reorganização da Atenção Básica, esta deve investir em ações coletivas e na reconstrução das práticas de saúde a partir da interdisciplinaridade e da gestão intersetorial do território (BRASIL, 2011b).

*Não sei como está nos outros postos, mas aqui desde que o novo gestor entrou que não foi cobrado nada e eu não estou fazendo nada (Enf. PSE 14).*

*Na área de DST/Aids não foi feito nada (...) O que é que era que eu fazia lá, era mais a parte de imunização. A médica fez alguns atendimentos relacionados à verminose. Um atendimentozinho geral. De DST nunca. Não tenho nem muito o que dizer em relação ao PSE (Enf. PSE 38).*

*Não realizei nenhuma atividade na minha escola. Primeiro que eu não sei nem quem é o responsável pela escola. Nunca teve nenhum contato da escola comigo. E aí eu, sinceramente, eu não gosto do programa. É um programa que eu não tenho interesse de fazer. O maior beneficiado não vem atrás e eu também não vou (Enf. PSE 31).*

*Nunca foi feita nenhuma atividade sobre DST/Aids. Não tem nada do PSE. Daqui não sai nada de PSE (Enf. PSE 37).*

*Não foi feita nenhuma atividade nessa área. Olhe, primeiramente assim, esse programa ele já faz um bom tempo que ele está tentando se instalar nos dois setores, saúde andar junto, saúde e educação. Na parte de educação sexual, ficou mais a cargo da escola, porque eu lembro que quando foi para passar para o Ministério algumas atividades que tinham sido feitas, ficou a cargo da escola, junto com o pessoal da residência e do NASF. Eu mesma não participei de nenhuma atividade envolvendo essa temática com jovens, nesse campo não, de DST (Enf. PSE 50).*

Por outro lado, há dificuldade em desenvolver as ações previstas para o programa, visto que segundo as narrativas este se apresenta desorganizado. Percebemos, claramente, a nível local e central, uma fragmentação nas ações realizadas, além de uma comunicação e parceria não efetiva entre os setores (saúde e educação), transmitindo a fragilidade do trabalho intersetorial desenvolvido.

A intersetorialidade das políticas públicas é uma dimensão que veio a ser valorizada à medida que não se observa a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, sobretudo no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para execução das mesmas. Nesta

perspectiva, a intersetorialidade pode trazer ganhos para população, organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios (NASCIMENTO, 2010).

Entretanto, evidenciamos alguns problemas para atingir o desafio da intersetorialidade, como o despreparo político e técnico de gestores e profissionais da saúde para assumir tais ações e questões de ordem administrativa que dificultam a execução integrada de ações. Além disso, permanecem em muitas das agendas políticas, decisões centralizadas que impedem a participação da comunidade, além do surgimento de problemas a serem ajustados às realidades locais (AZEVEDO; PELICIONE; WESTPHAL, 2012).

Aprendemos, também, que desde o início do PSE, não houve planejamento das ações, bem como o monitoramento e a avaliação daquelas que iam sendo executadas. Os profissionais desenvolviam o programa sem conhecimento real do mesmo, sem objetivos e sem metas pré-definidas e concretas.

Para tanto, o Ministério da Saúde reforça que antes do início de cada ação, seja realizado um diagnóstico local, além de um levantamento das necessidades a serem trabalhadas com a participação de toda a comunidade escolar, ou seja, com a participação dos professores, direção, coordenação pedagógica, estudantes e famílias (BRASIL, 2011a). Com isso, este diagnóstico local poderá auxiliar no planejamento das ações que se faz essencial para o alcance de resultados satisfatórios.

O monitoramento e a avaliação devem ser realizados no decorrer e após o encerramento de cada ação desempenhada. Estes se constituem em importantes funções gestoras do SUS, visto que auxiliam nas tomadas de decisão, possibilitando, por sua vez, o aprimoramento da qualidade da gestão em saúde (CRUZ; REIS, 2011).

Inferimos, todavia, por meio das narrativas que a gestão do programa, a nível central e regional, apresentava-se distante dos profissionais, sendo que não havia um acompanhamento próximo, assim como uma comunicação efetiva e suporte apropriado aos profissionais para desempenharem as atividades. Estes não eram orientados adequadamente a respeito dos seus papéis e das suas responsabilidades dentro do programa.

De acordo com Shimizu e Carvalho Júnior (2012), as dificuldades nas relações sócio profissionais nas equipes da ESF apresentam-se como a situação mais grave no contexto do trabalho destas, transparecidas na dificuldade existente na comunicação entre chefia e subordinados, na falta de integração no ambiente de trabalho, na deficiência da comunicação entre os funcionários, assim como na falta de apoio das chefias para o desenvolvimento profissional.

O Ministério da Saúde alerta que o compromisso dos gestores, responsáveis pelas políticas governamentais nas três esferas de governo - federal, estadual e municipal - é fundamental para implementação do projeto, bem como para consolidação de uma política pública de prevenção e promoção à saúde nas escolas (BRASIL, 2006d).

*Na verdade, a gente teve até agora em maio essa semana de saúde na escola. (...) a gente fez na verdade uma palestra. Eu queria até ter tido a oportunidade de fazer, preparar melhor uma oficina, mas, como assim, aqui na prefeitura tudo também é jogado tudo de última hora para você fazer uma porção de coisas ao mesmo tempo, ficou até mais assim difícil a gente elaborar uma coisa mais trabalhada e tudo (...) A gente muitas vezes tem que improvisar (...) (Enf. PSE 19).*

*Nenhuma. Assim, porque o PSE ele é um programa que é desorganizado. Então começa uma série de processos, a gente tem que fazer anamnese com todas as crianças e acaba o ano e a gente não consegue fazer (Enf. PSE 71).*

*Eu acho um absurdo a desorganização e a falta de conhecimento que as pessoas responsáveis por esse programa tem. Porque esse PSE poderia ser uma estrela. Infelizmente, não é. A única coisa que se faz nesse PSE é dois dias antes de ter que fazer qualquer coisa, qualquer dado, aí a regional vai e pede. Aí tem que cancelar a agenda, uma coisa impossível de fazer, coisas horrendas e que a gente acaba fazendo, para no final das contas não dá em nada. A gente gera uma expectativa sem tamanho nas pessoas e a gente sabe que não vai ter resolutividade de nada (...) (Enf. PSE 78).*

Segundo a narrativa dos autores, as atividades de Educação em Saúde, bem como as demais preconizadas pelo programa também não foram realizadas, uma vez que durante longo período de tempo, a principal atividade desempenhada pelos profissionais no PSE, foi o preenchimento de fichas de cadastros das crianças e dos adolescentes (questionário), sem resultado algum para os mesmos. Afirmaram os pesquisados que perderam muito tempo nessa ação e que em dado momento foram avisados pela gestão que o preenchimento dos questionários deveria parar, pois o formulário ora entregue estava incorreto.

Mais uma vez a ingerência do programa é revelada, causando desmotivação nos profissionais e a completa incredulidade por parte dos mesmos no PSE. Os depoimentos manifestaram, também, a cobrança da gestão apenas por produtividade em números e em prazos e a descontinuidade destas ações, corroborado por Shimizu e Carvalho Júnior (2012) em estudo.

Segundo os autores acima, os fatores críticos na avaliação do contexto e desempenho do trabalho da ESF perpassam desde o ritmo intenso de trabalho até a pressão em termos de prazos para conclusão das tarefas, a cobrança por resultados, a falta de pessoal para realização dos serviços, a fiscalização de desempenho no trabalho, os resultados desejados não condizentes com a realidade, a rigidez das normas para execução das tarefas, a divisão de trabalho entre planejadores e executores e a ocorrência de descontinuidade na execução das atividades (SHIMIZU; CARVALHO JÚNIOR, 2012).

*(...) A gente já fez palestra, já teve o pessoal do NASF (...) E aí depois começou a vir aquela papelada para preencher, que até hoje não terminei de preencher. A gente foi mil vezes na escola para preencher aqueles papéis e acabou que a parte educativa ficou meio de lado, porque tinha que preencher essa papelada (...) (Enf. PSE 14).*

*Não. Na área de DST/Aids não foi feito nada. Eu fiz o preenchimento de umas fichas, fichas de cadastro. Foi eu e o médico. Fomos duas vezes na escola e fizemos o preenchimento dessa ficha (...) Ninguém foi mais lá. Só foi isso (Enf. PSE 30).*

*Nenhuma. Não chegou o momento. A gente ainda estava fazendo uma aplicação de um questionário. Nem a aplicação do questionário terminou. De repente disseram que o questionário que veio era errado, tinha que fazer só duas perguntas. Era assim, lá de cima disseram que era urgente, até novembro tinha que está tudo pronto. Aí quê que aconteceu, nem hoje está tudo pronto. De novembro para cá ninguém fez mais nada (Enf. PSE 70).*

*No PSE, a gente ficou numa fase de cadastro. Muito tempo se arrasta (...) Então, tem um monte de coisa que acaba interrompendo. Mas assim, nós ficamos um longo período nessa fase de cadastrado (Enf. PSE 76).*

Como parte das consequências de um planejamento ineficiente, vemos que alguns enfermeiros relataram não desenvolverem atividades, tendo em vista que a escola cadastrada no programa não pertence a sua área de adscrição, tornando, assim, inviável o desenvolvimento das ações em território não pertencente à equipe.

Os depoimentos estiveram ancorados nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece que a Atenção Básica deva ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais se assume a responsabilidade sanitária. Deste modo, a ESF tem como um de seus fundamentos e diretrizes adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde, bem como a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011b).

*Na minha equipe não. Não foi realizada atividade nesse tema, porque a escola não é na minha área adscrita. É porque a área é de uma enfermeira da Estratégia Agentes Comunitários de Saúde - EACS. Não tem médico. (...) Aí cadastraram a nossa equipe porque a gente tem médico, mas a gente não desenvolveu atividades (...) (Enf. PSE 34).*

*Nenhuma, pois a escola assistida é de outra área. Eu participo do PSE, mas foi um verdadeiro equívoco. Na minha área não tem escola. A escola que eu faço o trabalho do PSE é do território de outro posto (...) (Enf. PSE 78).*

Outra questão evidenciada nas falas, é que as atividades que envolvem a prevenção de DST/Aids não são desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa, tendo em vista a faixa etária do público-alvo, considerada muita pequena para a abordagem dessa temática. Percebemos, portanto, a falta de conhecimento dos profissionais sobre de fato o que seja a adolescência e suas nuances, além do despreparo em trabalhar este tema com os mesmos, uma vez que existem diferentes formas de abordar este assunto com este público.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (1965), a adolescência é o período compreendido entre os 10 e 19 anos de idade. Corresponde a segunda década de vida e possui dois momentos distintos – fase inicial da adolescência (dos 10 aos 14 anos de idade) e fase final da adolescência (dos 15 aos 19 anos de idade) (UNICEF, 2011).

Tendo em vista os tabus sociais que frequentemente envolvem a puberdade, é particularmente importante fornecer aos adolescentes, nessa fase inicial, as informações de que necessitam para sua proteção contra o HIV, as outras DST, a gravidez precoce, a violência e a exploração sexuais, uma vez que para um número muito grande de crianças, esses conhecimentos, se chegam, chegam tarde demais, quando sua trajetória de vida já foi afetada e seu desenvolvimento e bem-estar já foram prejudicados (UNICEF, 2011).

*A gente teve agora há pouco tempo, se eu não me engano há uns dois meses atrás, uma atividade na escola. (...) a gente priorizou os adolescentes com relação a determinadas palestras. Tipo, alimentação saudável, a gente podia falar com os menores, mas já com os maiorezinhos, a gente foi falando também de alimentação saudável e um pouquinho de sexualidade, de DST (Enf. PSE 6).*

*Não realizo atividades sobre DST na escola por conta da idade deles. A escola só vai até a 5ª série, então eles são muito novos, só fazemos grupos com a temática de bullying, alimentação, crescimento e desenvolvimento (...) (Enf. PSE 10).*

*Nenhuma, porque os meus alunos ainda são muito pequenos, e sinceramente, eu não sei como abordar esse tipo de assunto com adolescentes (Enf. PSE 20).*

*Essa questão da prevenção de DST/Aids não é muito enfocada porque essa escola é de nível primário, não tem muito adolescente. Então, praticamente a gente trabalha outras atividades de saúde, como prevenção de obesidade, alimentação saudável. DST a gente não enfoca muito porque as crianças são muito pequenas. A faixa etária no máximo de treze anos (...) Até para tratar desse assunto, é meio complicado por causa da faixa etária do público. Nunca foi realizada atividade abordando esse tema (Enf. PSE 26).*

*Eu entrei no PSE e o barco já estava meio que andando (...) pouca coisa se falou em relação sexual, até pela questão da idade deles. Na minha escola só vai até 12 anos. Então é um público difícil da gente abordar. Não dá muito para gente conversar com eles sobre isso (Enf. PSE 58).*

Algumas ações que visam a prevenção de DST/Aids no PSE foram destacadas pelos enfermeiros como tendo sido realizadas exclusivamente por outros profissionais da equipe multiprofissional que compõe a ESF. Foram citados os agentes comunitários de saúde, bem como os profissionais que compõe o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como únicos executores das atividades.

De acordo com o proposto no Caderno de Atenção Básica sobre Saúde na Escola, cabe ao Agente Comunitário de Saúde: acompanhar os demais profissionais da equipe de Saúde da Família nas atividades e ações direcionadas aos escolares; ser articulador da comunidade junto às instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e educação, visando sensibilizar a comunidade na busca de respostas aos problemas mais frequentes apresentados pela população escolar; contribuir em atividades de mobilização

social e participar de censos escolares; e exercer as atribuições que lhes são conferidas na PNAB (BRASIL, 2009a).

Com relação aos profissionais do NASF, cabe a estes: apoiar os profissionais das equipes de Saúde da Família a exercerem a coordenação do cuidado do escolar em todas as ações previstas para o PSE; participar da construção de planos e abordagens terapêuticas em comum com os profissionais das equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades evidenciadas pelas equipes; realizar com as equipes de Saúde da Família discussões e condutas terapêuticas integrativas e complementares; estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de saúde; identificar e articular juntamente com as equipes de Saúde da Família e professores uma rede de proteção social com foco nos escolares; discutir e refletir permanentemente com as equipes de Saúde da Família a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com as adversidades e potencialidades; e exercer as atribuições que lhes são conferidas na Portaria/GM nº 154, que cria os NASF (BRASIL, 2009a).

É evidente, portanto, que os profissionais participantes devem atuar, no âmbito do PSE, em ações que valorizem a participação conjunta da equipe multiprofissional que compõe a ESF, e não de forma isolada como os autores das narrativas relatam.

*Não, como enfermeira não. A equipe fez com a participação dos agentes de saúde (Enf. PSE 4).*

*Assim (...) eu comecei a ficar responsável pela escola já praticamente em 2011, porque quem cuidava mesmo era o NASF. As meninas mesmo que iam lá e faziam as atividades (...) (Enf. PSE 41).*

*Não, eu nunca fiz. Quem fez foi o NASF. Quem ia era o psicólogo e a nutricionista. Elas que faziam um trabalho mais direto lá na escola com os adolescentes (...) (Enf. PSE 43).*

*Eu não. Foi realizado pela equipe NASF na semana de saúde na escola (...) Eu mesma nunca realizei (Enf. PSE 62).*

*Assim, desde que começou o PSE, só os Agentes de Saúde foram à escola fazer palestra. Eu mesma nunca fui (Enf. PSE 68).*

Apesar de a maioria dos pesquisados ter declarado não realizar ações que visem à prevenção de DST/Aids no PSE, ou realização apenas por outros profissionais, número expressivo de enfermeiros relataram o desenvolvimento destas, sendo que de um modo geral, as atividades chegaram a atingir de vinte até quatrocentos adolescentes, em atividades e momentos distintos.

Todavia, algo que incomoda, é que tais ações foram desenvolvidas há bastante tempo ou então eram desenvolvidas com pouca periodicidade, tornando-as pontuais e descontínuas. Por meio das narrativas, foi possível perceber que em vários casos tais iniciativas não tiveram a importância devida no contexto do trabalho destes profissionais.

Contudo, sabe-se que para obtenção de resultados satisfatórios na área da prevenção de doenças e agravos, existe a necessidade de que as ações sejam desempenhadas de forma permanente, assim como desenvolvidas a médio e longo prazo.

Camargo e Ferrari (2009), em pesquisa realizada sobre o conhecimento acerca da sexualidade de adolescentes antes e após a realização de uma oficina educativa, atestaram que não houve acréscimo de conhecimento sobre as atitudes de risco e os métodos de transmissão das DST/Aids após a intervenção, concluindo ser necessário um trabalho preventivo/educativo sistemático, a médio e longo prazo para alcance de resultados positivos nessa área com os adolescentes.

Vargas et al. (2011), em estudo realizado sobre avaliação de um programa de prevenção de obesidade em adolescentes de escolas públicas, relatam que após a implantação do programa, mudanças favoráveis nas práticas alimentares dos adolescentes foram encontradas, comprovando, com isso, a importância da implantação de programas educativos dessa natureza. No entanto, afirmam que as intervenções precisam ser realizadas em períodos mais prolongados, de forma contínua, pois não se sabe se as práticas saudáveis tomadas pelos adolescentes serão mantidas na ausência do programa. Se as mudanças observadas forem mantidas em longo prazo, poderão contribuir para saúde dos jovens avaliados e prevenção de doenças crônicas na vida adulta.

Além disso, por meio das falas, inferimos que as ações no contexto do PSE vem sendo desenvolvidas tão somente nos períodos estabelecidos pelo Ministério da Saúde como *Semana Saúde na Escola*, em que são escolhidos temas e datas pré-definidos pelo próprio Ministério da Saúde para realização de atividades pela ESF nas escolas.

Entretanto, as equipes de Saúde da Família devem realizar visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar atendimento integral à saúde deste público ao longo do ano letivo (BRASIL, 2007b).

*(...) Fizemos palestra, mas já faz tanto tempo (...)* (Enf. PSE 22).

*Fiz, mas faz muito tempo. Faz mais de um ano (...)* *Eu não lembro nem a data* (Enf. PSE 35).

*Só foi feito ano passado que teve aquela programação da obesidade, mas a gente incluiu nos dias uma ação falando da sexualidade e falando sobre DST/Aids. Só teve essa. Única vez* (Enf. PSE 36).

*(...) Eu nunca fiz nada com relação à DST/Aids, lá não. Para não dizer que eu nunca fiz, fiz vacina de hepatite. Pronto, só isso!* (Enf. PSE 41).

*Faz tempo que eu não faço o PSE. A gente trabalhou com o vídeo lá na escola e também levamos daqui alguns preservativos, tanto masculino quanto feminino para serem apresentados aos alunos (...)* (Enf. PSE 44).

*Eu fiz assim, ano passado, eu fui para fazer a avaliação de peso, altura e eu dei a palestra sobre DST/Aids, sobre vacina, sobre hepatite (...)* (Enf. PSE 45).



*Sim. No final agora do mês de maio teve aquela semana de ação do Programa Saúde nas Escolas e a gente fez. A gente deu uma palestra na escola para alguns adolescentes, pra algumas turmas (Enf. PSE 46).*

*Houve assim algumas palestras, sabe, mas assim muito limitadas (...) (Enf. PSE 55)  
O que foi feito, foi logo que eu entrei nessa história do PSE (...) Então eu fui para aquela semana da obesidade, sobre alimentação e para explicar a cartilha do adolescente (...) (Enf. PSE 59).*

*Não específico. Quando a gente fez aquela atividade que foi a semana de prevenção de obesidade na criança, eu fui pra lá, para gente entregar as cadernetas do adolescente e eu fiz uma explicação em relação à DST/Aids, entendeu? A gente fez uma palestra nas turmas manhã e tarde (Enf. PSE 63)*

*Foi feito. Foi feito uma vez, no começo do ano passado. Depois não teve mais (...) (Enf. PSE 77).*

Oportuno salientar que entre os enfermeiros que realizaram atividades para prevenção de DST/Aids no PSE, a palestra é a principal atividade citada nessa área, sendo, inclusive, verbalizada pelos entrevistados como uma estratégia de Educação em Saúde.

Percebemos, aqui, que a educação em saúde é vista, ainda, pelos profissionais como uma ação que valoriza as práticas de saúde hegemônicas, pautadas exclusivamente na transmissão de conhecimentos técnico-científicos (PINAFO et al., 2011).

O Ministério da Saúde alerta sobre o cuidado destas práticas educativas em saúde que estão usualmente voltadas para prescrição de comportamentos tecnicamente justificados, já que esta visão gerou modelos educativos que visam convencer, tão somente, cada indivíduo a mudar seus comportamentos a partir de alertas sobre os riscos à saúde e a partir da transmissão de informações técnico-científicas, deixando em segundo plano, a sabedoria prática dos indivíduos e das comunidades, suas experiências prévias e sua situação social (BRASIL, 2006e).

Nesse sentido, Suárez-Mutis et al. (2011) enfocam a necessidade de substituição do enfoque prescritivo das palestras por práticas mais participativas que sejam capazes de agregar o conhecimento científico e popular, gerando maior relação entre o saber e as práticas e maior apropriação crítica da realidade.

*Nós realizamos duas palestras sobre DST/Aids. Foi isso que foi feito e ainda teve a participação dos agentes de saúde (Enf. PSE 3).*

*Eu já realizei palestras sobre preservativos, sobre hepatite B (Enf. PSE 12).*

*Sim. Nós costumamos fazer atividades como educação em saúde mesmo, como palestra mesmo nas turmas do 4º e do 5º ano que já é formada por adolescentes, a partir de 13 anos (...) (Enf. PSE 15).*

*Quando nós íamos fazer, fazíamos palestra e falávamos das outras DST, mas mais específico sobre hepatite B (Enf. PSE 16).*

*Nós fizemos uma atividade com os estudantes de 5ª e 6ª série, uma palestra falando sobre o corpo humano, as suas mudanças, principalmente a questão da puberdade e a diferenciação entre o homem e a mulher (...) (Enf. PSE 21).*

*Por enquanto nos limita a palestras educativas (Enf. PSE 27).*

*Já. A gente já fez uma palestra lá na escola (Enf. PSE 64).*

*(...) a gente já fez, já fez algumas palestras lá de DST/Aids (Enf. PSE 66).*

No entanto, o desenvolvimento de estratégias educativas que utilizam metodologias participativas também foi citado pelos enfermeiros que desenvolviam atividades voltadas à prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE, tais como rodas de conversa, dinâmicas, oficinas, vídeos, jogos, debates, na tentativa de promover maior participação dos adolescentes no processo de ensino-aprendizagem sobre o tema.

Estratégias como as citadas são oportunas e condizentes com resultados positivos no que se refere à prevenção de DST/Aids com adolescentes, sendo necessário o desenvolvimento de tais ações, ou seja, de atividades que utilizam metodologias ativas de aprendizagem, a fim de se superar e romper com as tradicionais ações de tão somente repasse de informações (BRASIL, 2013).

Com isso, o Ministério da Saúde, em suas publicações sobre o PSE, incentiva o desenvolvimento de ações na temática de Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais, por meio de metodologias participativas, como oficinas temáticas, vídeo de debates, gincanas, rodas de conversa, debates a partir de expressões artísticas e intervenções na comunidade (BRASIL, 2011a).

*Eu realizo estratégias de educação e saúde, algumas rodas de conversas explicativas sobre essa temática (...) (Enf. PSE 9).*

*Eu fiz uma palestra ano passado em anime, onde cada personagem de anime era uma doença. Foi bem interessante, porque não fiquei só falando, cheguei até eles, na linguagem deles (Enf. PSE 13).*

*(...) A gente faz mais palestra mesmo, mas levamos álbum seriado, pedimos para que eles desenhem o corpo humano em cartolinas. A gente não vai expondo logo os órgãos sexuais, aí eles desenharam como eles acham que sejam. Deixamos eles expor o que eles entendem. Falamos do uso da camisinha, gravidez, enfim planejamento familiar no geral (...) (Enf. PSE 17).*

*Debate (Enf. 18).*

*(...) Na experiência que a gente teve o ano passado, a gente colocou um vídeo. (...) Mas assim, dessa última experiência foi bastante positiva, porque como foi um jogo de perguntas e eles mesmos viam os questionamentos (Enf. PSE 19).*

*A gente fez palestra, vacinou, a vacina da hepatite B e oficina (...) (Enf. PSE 39).*

*Já. A gente levou vídeo, vídeo de planejamento familiar e também de DST. Já levei também um jogo de mitos e verdades, onde a gente colocava tipo umas pegadinhas, tipo assim, se HIV/Aids você pega pelo beijo. Aquilo que é mito e aquilo que é verdade. Pega também álbum seriado e palestras também (Enf. PSE 67).*

Por fim, mesmo diante de algumas importantes dificuldades em realizar ações no PSE, algumas narrativas expressaram que as atividades educativas voltadas para prevenção de DST/Aids foram realizadas de maneira contínua com os adolescentes, utilizando-se de abordagens diferenciadas e inclusivas, promovendo a construção compartilhada de saberes e conhecimentos sobre o tema.

Para trabalhar a educação em saúde na ESF, é fundamental que os profissionais conheçam a realidade da população, e que diante disso desempenhem seu trabalho de forma ética, criativa, inovadora e acolhedora (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

*Fiz. Foi o que eu mais fiz foi sobre DST/Aids. Eu abordei as próprias doenças sexualmente transmissíveis, a questão do uso do preservativo, a importância do preservativo na prevenção das DST. Fiz também um momento só sobre a Aids, a prevenção, as formas de transmissão, a própria doença, a SIDA realmente, o tratamento. Fiz bastante sobre Aids (Enf. PSE 47).*

*Primeiramente, faço o cadastramento com avaliação do peso e da altura. Posteriormente, realizo retirada de dúvidas sobre o corpo humano, para se conhecerem sexualmente. Passo vídeos sobre sexualidade, homofobia. Distribuição de camisinha após as palestras, discussão em roda de grupos, e também disponibilidade de uma caixinha com camisinha no banheiro feminino. Mostramos e explicamos o álbum seriado das DST, como eles podem ter acesso a pegar a camisinha, a pílula, o atendimento caso desenvolva algum tipo de DST, o exame de prevenção. Estamos tentando ao máximo empoderar a mulher (Enf. PSE 48).*

*A gente faz oficinas com palestra de DST/Aids, com a participação dos alunos em dinâmicas. Usamos dinâmicas dadas pelo PSE através de um livro que orienta o profissional a como fazer dinâmicas com os alunos, porque sabemos que se trabalharmos só dando palestras é muito ruim pros alunos, porque perde o foco deles, pois são muito agitados. A gente faz oficinas participativas, indagando o que eles acham que é uma DST, eles falam e depois pedimos pra eles apresentarem o que eles sabem sobre DSTs, aí a gente fecha com um geralzão sobre o assunto (Enf. PSE 49).*

*(...) a gente trabalhou a questão da importância do uso da camisinha, principalmente (...) trabalhamos o uso da camisinha na prevenção de DST/Aids, levamos álbum seriado para mostrar quais são as DST, como se pega, a questão da transmissão, o contato com outros adolescentes, a questão também da sexualidade precoce. A gente trabalhou também alguns pontos, na questão de alguns dos sintomas que eles podem apresentar que precisam vir para unidade pra poder ser avaliado (...) A gente trabalhava muito com eles era a questão da sexualidade, da puberdade, as manifestações, a mama, o crescimento das mamas, a menarca, a pubarca. A gente gostava muito de trabalhar essa questão, até mesmo a gente começou a fazer do início dessas transformações, porque para eles tudo era novo, apesar da adolescência hoje em dia está muito precoce, mas é uma coisa nova. Inclusive a gente fez uma vez um trabalho com eles, antes da gente falar sobre puberdade, eu e a dentista pegamos umas folhas de papel ofício e colocamos para eles fazerem um desenho ou um nome sobre o que era para eles era sexualidade (...) (Enf. PSE 51).*

*São feitas estratégias de educação em saúde, onde foram realizadas oficinas temáticas, rodas de conversa, debates, vídeos sobre o tema de DST e gravidez na adolescência (Enf. PSE 53).*

*Primeiro a gente conversou com eles (...) A gente abriu um primeiro espaço que a gente deu, foi assim, quais eram as dúvidas que eles tinham, o que é que gente estava ali como saúde e o que é que eles queriam abordar. Então a maioria foi justamente sobre DST e gravidez indesejada na adolescência, planejamento familiar. Aí a gente botou uma caixinha de perguntas. Eles faziam as caixinhas de perguntas e um tirava. Cada um tirava a sua pergunta, do outro, aleatório e a gente ia respondendo. Só que tinha uns que queriam falar com a gente pessoalmente, individualmente, aquela coisa mais reservada. Tem muita grávida, muita adolescente grávida e a gente ia atrás para saber de pré-natal, se estava em dia vacinação, essas coisas. Então a gente começou construindo dessa forma. Dentro das outras oficinas, a gente pegava e colocavam eles na sala, eles desenhavam o corpo humano, para falar um pouco sobre sexualidade e os métodos. Aí a gente levava a cartela dos métodos pra apresentar a eles. No final, a gente deu a cadernetinha do adolescente que tem os dados, aí eles preencheram para ficar. A gente fica fazendo esse intercâmbio (Enf. PSE 69).*

✓ **Dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a realização das ações voltadas para a prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE**

Podemos inferir pelos depoimentos dos enfermeiros participantes que os fatores dificultadores para a realização de ações voltadas à prevenção de DST/Aids no PSE são inúmeros e perpassam desde condições estruturais e físicas até logísticas, organizacionais e gerenciais, bem como de recursos humanos e materiais.

A maioria dos pesquisados citou como uma das principais dificuldades a disponibilidade de tempo dos enfermeiros da ESF para o PSE, além da alta demanda da população, elevado tempo destinado às atividades burocráticas, bem como o número de programas a serem executados pela ESF.

Tais ideias são confirmadas por estudos que tratam sobre a problemática. De acordo com Baratieri e Marcon (2012), uma das principais dificuldades no trabalho do enfermeiro da ESF é a sobrecarga de trabalho, especialmente por estes serem responsáveis pelas questões gerenciais das Unidades Básicas de Saúde. Com o acúmulo de funções que lhe é imposta, o enfermeiro tende a realizar as atividades que requerem respostas mais urgentes, dificultando a prestação de uma assistência de melhor qualidade, trazendo prejuízos ao contato frequente e ao vínculo mantido com os usuários, inviabilizando o cuidado longitudinal (BARATIERI; MARCON, 2012).

Roecker, Budó e Marcon (2012) reforçam esta realidade, apontando que a grande demanda curativa da população nas unidades e a insuficiência de pessoal na equipe e principalmente o trabalho burocrático, de coordenação e de gerência da unidade, além das reuniões, acabam por tomar grande parte do tempo dos enfermeiros da ESF, sobrecarregando, assim, o trabalho diário destes. Bertoncini, Pires e Scherer (2011), ainda, complementam que ao assumirem as tarefas administrativas, o enfermeiro acaba por diminuir o tempo que teria para realizar atividades específicas da profissão.

Os estudos também apontam que os demais profissionais da ESF também sentem tais dificuldades. Kanno, Bellodi e Tess (2012) corroboram a ideia de que estes profissionais operam com sobrecarga de trabalho, o que dificulta uma abordagem adequada dos mesmos sobre as problemáticas presentes no território. Assim, a produtividade exigida destes profissionais, o grande número de famílias a serem atendidas e o tempo escasso são fatores que comprometem a qualidade do trabalho na ESF (ALVES e SILVA et al., 2010).

Nesse sentido, os depoimentos apresentaram a existência de uma grande dificuldade em conciliar o horário disponível dos enfermeiros com o horário dos educadores e

educandos vinculados às escolas, já que além do tempo escasso dos profissionais da ESF, os estudantes e os professores também já possuíam agenda de tarefas a serem cumpridas durante o ano letivo.

*O PSF enfrenta muitas dificuldades (...) Então, ou eu tento dar conta da minha população e segurar o barco, porque eu não posso está me ausentando da unidade. E a minha comunidade é muito carente. Então a população é grande. Assim, é muito difícil fazer Programa Saúde do Escolar quando a gente tem uma demanda muito grande e programa do PSF. Tenho pré-natal, tenho criança, planejamento familiar, hipertenso, diabético, grupo de idosos. É muita atividade (...)* (Enf. PSE 6).

*(...) Porque uma limitação é o horário, é o nosso tempo de dedicação à escola. Por exemplo, eu tenho que cumprir todas as minhas obrigações do PSF e tenho também que cumprir com a minha obrigação na sala de vacina que eu sou responsável. Aí eu só tenho disponibilidade para escola na segunda-feira à tarde. Eu nunca consegui dar assistência aos alunos do horário da manhã (...)* (Enf. PSE 15).

*A nossa maior dificuldade é conseguir sair de dentro da unidade. Existe uma sobrecarga muito grande da parte burocrática para o enfermeiro, a realização de mapas, são os pacientes. O nosso agendamento, o que a gente precisa atender, acaba contemplando a semana toda. Para você tirar um dia, mesmo que seja duas vezes por mês, que eu acho que deveria ser até mais para ir para escola. Então, a maior dificuldade é nosso agendamento mesmo (...)* (Enf. PSE 16).

*O tempo. Quem trabalha com saúde o tempo é muito corrido, muitas atividades para se fazer. Às vezes a gente está disponível, mas o colégio já tem outras atividades, aí tem que encaixar os horários (...)* (Enf. PSE 17).

*(...) O PSF já abrange diabetes, hipertensão, visitas domiciliares e atender uma gama de alunos fica meio complicado (...) Há quase três anos no PSE e ainda não consegui deslançar nessas atividades (...)* (Enf. PSE 25).

*A principal que eu considero é falta de tempo, tanto para o colégio, como para gente. No momento da gente sentar e fazer o cronograma, o enfermeiro está super ocupado, que não bate com o horário do dentista, que o colégio não permite esse dia porque a diretora está viajando e a diretora quando chega já não tem mais o nosso horário, porque a gente tem as outras atividades. Então, a principal é esse tempo, que consiga conciliar todo mundo (...)* (Enf. PSE 63).

*Eu vejo a questão que todo dia aqui no posto a gente tem uma demanda. (...) Mas é tanta demanda aqui dentro, que a gente não consegue sair para essas ações do PSE (...)* Assim, eles também têm todo um calendário a cumprir lá (...)

*(...) Falta de tempo também. A gente acaba ficando sobrecarregado, porque é mapa para fechar, é acolhimento para fazer, é paciente para atender e acaba deixando um pouco de lado a Educação em Saúde. Sempre a gente acaba deixando de lado (...)* (Enf. PSE 77).

Contudo, mesmo diante do tempo exímio para desenvolverem as ações do PSE, alguns enfermeiros evidenciaram a importância de que as ações a serem realizadas no âmbito do programa, deveriam ser executadas de forma contínua, inclusive incluídas no cronograma destes, mostrando ser imprescindível a presença constante do profissional trabalhando junto à escola, para o alcance de resultados mais satisfatórios.

Moretti et al. (2010) confirmam o pensamento acima e ressaltam que ações de promoção de saúde intersetoriais, realizadas de forma pontual e isolada, provocam efeitos positivos apenas temporários e pouco impactantes em melhorias das condições de saúde da população.

*A dificuldade maior é com relação ao tempo, porque o PSF demanda muito do enfermeiro. A gente tem o dia do pré-natal, o dia do hipertenso, o dia da visita. É quase que a semana toda preenchida. Então a gente tirava um turno da semana pra ir à escola. Para funcionar mesmo de verdade, a gente tinha que está lá mais vezes, não só um turno por semana (...) (Enf. PSE 14).*

*Primeiro, porque eu acho que precisava ser uma coisa constante, contínua. Trabalhar com eles como um grupo que funcionasse de 15 em 15 dias, semanal. Mas para isso, a gente como profissional, também teria que ter tempo. Então por conta dos outros afazeres que a gente tem dentro do Programa Saúde na Família, a gente não consegue conciliar isso. Porque a gente tem a nossa demanda para atender e acaba ficando isso aí não como prioridade, mas um fator secundário, uma coisa bem para longe, bem para depois (...) (Enf. PSE 36).*

*Assim, a dificuldade que eu acho assim maior são várias turmas. Então você precisa de tempo, de um cronograma, uma coisa que você deixe já amarrada para fazer sempre aquilo (...) (Enf. PSE 43).*

*(...) Outra dificuldade é a agenda: programa de TB, hanseníase, criança, gestante, planejamento, pré-natal, não cabe... Para colocar o PSE, é realmente é tirar alguma coisa também na marra para deixar o PSE, para ser uma coisa de rotina, uma coisa com frequência. Vamos supor, primeira quinta, ou de 15 em 15, ou então uma vez por mês, para, fecha a agenda, porque é uma questão de agenda, de tempo (...) (Enf. PSE 59).*

*A dificuldade é sair do posto para ir para escola. Por quê? Por causa da rotina que eu tenho no posto. Por exemplo, hoje eu estou sozinha. Se tivesse uma atividade eu não tinha como ir (...) Se a gente dissesse assim: “Eu vou ter aquele período da semana, que eu fecho a minha agenda e eu posso trabalhar só o PSE.” (Enf. PSE 69).*

Como relatado anteriormente, uma importante barreira destacada nos depoimentos dos profissionais para a não efetivação das ações para a prevenção de DST/Aids no PSE é a desorganização que o programa possui, além da carência de apoio e suporte por parte da gestão para os trabalhadores executarem o PSE satisfatoriamente.

Mais uma vez, os depoimentos reforçaram a ideia de que não havia planejamento, monitoramento e avaliação das ações e que estas eram realizadas descontinuamente, sem objetivos e resultados concretos. Os depoentes, ainda, referiram que a qualificação das pessoas que estavam à frente da gestão do programa deixavam a desejar e que, além disso, estes não mantinham uma comunicação efetiva e constante com as equipes.

É reconhecido que a boa gestão local é um recurso importante e necessário para o desenvolvimento de ações intersetoriais (MORETTI et al., 2010). Isto posto, as narrativas foram condizentes com a pesquisa de Lima et al. (2012) acerca da percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família sobre o princípio da integralidade, cuja percepção destes remetia à falta de democratização das informações por parte da gestão e necessidade de mudança nos processos de trabalho, de modo a garantir efetiva comunicação entre todos.

Dentre as dificuldades operacionais existentes na concretização do trabalho da ESF, a questão da gestão apresenta potencial influência sobre a realização do trabalho das

equipes, sendo imprescindível que seja formada por pessoas que tenham visão sobre os serviços de saúde e que conheçam o seu adequado funcionamento (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

Também é oportuno destacar que a proposta do PSE é centrada na gestão compartilhada por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), a nível federal, estadual e municipal, prevendo uma construção em que o planejamento a execução, o monitoramento e a avaliação das ações sejam realizados coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais.

O trabalho no GTI pressupõe, desta forma, interação com troca de saberes, compartilhamento de poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais, a fim de se construir ações integrais entre educação e saúde. Deve ser composto por pelo menos, um representante da Secretaria de Saúde e um da Secretaria de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas públicas e/ou movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental, entre outros), assim como pelos educandos (BRASIL, 2013).

Fazem parte das responsabilidades do GTI municipal:

- I – apoiar a implementação dos princípios e das diretrizes do PSE no planejamento, no monitoramento, na execução, avaliação e gestão dos recursos financeiros;
- II - articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos políticos pedagógicos das escolas;
- III - definir as escolas públicas federais, estaduais e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-se as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Equipes de Atenção Básica e os critérios indicados pelo Governo Federal;
- IV - possibilitar a integração e o planejamento conjunto entre as Equipes das Escolas e as Equipes de Atenção Básica;
- V - subsidiar a assinatura do Termo de Compromisso pelos Secretários Municipais de Educação e Saúde;
- VI – participar do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar sua execução;
- VII – apoiar, qualificar e garantir o preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE;
- VIII - propor estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal e;

IX - garantir que os materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, sejam entregues e utilizados de forma adequada pelas Equipes de Atenção Básica e Equipes das Escolas (BRASIL, 2013).

Com isso, os depoimentos trazem importantes dificuldades para efetivação das ações de prevenção de DST/Aids que estão diretamente relacionados à gestão do programa, levando a uma não integração dos planos de trabalho, a uma descontinuidade nas ações desenvolvidas, a decisões tomadas de forma unilateral e a um distanciamento e comunicação prejudicada entre os sujeitos envolvidos no PSE.

*(...) A prefeitura nos disse que ia nos dar condição, material para gente levar para lá. Também nunca chegou até a gente. Então, o estado não fez a contrapartida dele dentro da escola. A gente chega lá, a gente não tem um espaço dentro da escola. A prefeitura não nos deu espaço também para isso e ficou aquela coisa: quando o Ministério determina uma ação tem que ser feita a ferro e fogo. E aí é feita a ferro e fogo e não sai da forma correta (...)* (Enf. PSE 7).

*Assim, as barreiras é mais por parte da Regional que coloca os temas, mas não dispõe o material, nem recursos para transporte. Seria bom se a regional ajudasse nesse sentido* (Enf. PSE 12).

*(...) Gradativamente, o vínculo com a escola foi se perdendo por não ter uma orientação da regional, onde sem cobrança e preparo, os profissionais foram se acomodando e se desestimulando* (Enf. PSE 28).

*Uma que eu não gosto. Não gosto porque as coisas são jogadas para gente fazer. Você não pergunta se você quer fazer não. As coisas vem jogadas e é desorganizado. Não tem uma continuidade das coisas. A gente foi em uma reunião lá na outra Unidade de Saúde e já faz tanto tempo (...) Às vezes o pessoal da Regional sabe menos do PSE do que a gente, porque para eu ir à escola explicar porque eu estava lá, eu fui assistir ao vídeo na internet: porque estavam lançando a hanseníase no PSE; porque veio a medicação. Porque lá na regional mesmo o que disseram: “Não. Veio do ministério, a gente tem que fazer, tem data até tanto e é assim e pronto.”* (Enf. PSE 29).

*(...) Agora assim, tudo que a gente faz aqui é com nosso carro, não vem carro para levar a gente para as escolas. O material que a gente faz é do nosso bolso que a gente tira. A xérox é a gente quem tira. O posto, nem a regional fornece* (Enf. PSE 39).

*(...) A gente não tem apoio da regional para fazer as atividades. Aí por exemplo, você vai chegar na escola com a cara e a coragem? Sem um panfleto? Sem nada para entregar? Sem nenhuma brincadeira para você fazer, nem nada?* (...) (Enf. PSE 41).

*(...) Se a gente for esperar pela regional, não vai. E tem que fazer tudo do nosso bolso: lanche para eles... Aí a gente cansa, sabe?* (...) (Enf. PSE 42).

*(...) Eu não sei, mas eu acho esse Programa Saúde na Escola tão abandonado. Eu acho uma coisa totalmente abandonada, totalmente solta. Não é uma coisa que é instigada aqui dentro do posto* (Enf. PSE 46).

*Primeiro, porque o PSE não funciona. Aqui na nossa unidade não funciona, nunca funcionou. Foi colocado praticamente na marra* (...) (Enf. PSE 59).

*Era assim, hoje vocês vão lá para pesar e medir e fazer o questionário. Hoje, vocês vão entregar as cadernetas. Quando tinha carro, não tinha questionário. Quando tinha questionário, acontecia algum problema* (Enf. PSE 74).

*(...) É a organização realmente do programa: eu acho muito complicado e trava muitas coisas... Sempre que se precisa ninguém tem uma informação precisa e infelizmente o programa não acontece. Pelo menos aqui eu não vejo (...) Além disso, colocam qualquer pessoa a frente do programa, sem preparação nenhuma, uma pessoa que fala coisas absurdas. Coloque alguém técnico, que conheça, que entenda, que aí funciona. Se você colocar qualquer pessoa vai virar qualquer programa, vai continuar um nada esse programa* (Enf. PSE 78).



Por conseguinte, os autores das narrativas atribuíram, ainda, que era realizada alguma atividade do programa, apenas nos momentos em que a gestão emitia algum tipo de cobrança sobre estes. É possível compreender, portanto, que o programa não era realizado como deveria, pois não existia constância nas ações realizadas. Diante disso, tanto gestão quanto profissionais precisam refletir e promover mudança nos processos de trabalho, a fim de que o programa realmente aconteça conforme preconizado.

*(...) A gente tinha muita dificuldade de dar assistência, deixava de ir... Aí passava um tempo, cobravam, voltava de novo (...)* (Enf. PSE 14).

*(...) Pressionaram lá de cima porque tinha que acontecer o PSE, então se voltou a buscar nas Unidades de Saúde a história do PSE, desceram lá da regional (...)* Então todo mundo deixa correr solto (...) *E enquanto não tiver uma pressão por informações, ninguém se movimenta (...)* (Enf. PSE 50).

*(...) Quando vem de lá a cobrança é que a gente corre, vai lá e faz alguma coisa (...)* (Enf. PSE 64).

O longo tempo destinado ao preenchimento de cadastros (questionários) com os adolescentes no PSE foi relatado como empecilho. A gestão atribui ao profissional a missão de preencher papéis e cobra dos profissionais o trabalho em forma de números.

Contudo, os trabalhadores da saúde demonstraram insatisfação e desmotivação quanto às cobranças que recebiam dos níveis hierárquicos, cuja preocupação se caracterizava por metas quantitativas em detrimento de ações coletivas de caráter multiprofissional (LIMA et al., 2012).

*(...) Primeiramente, tinha que fazer um questionário para gente tomar pé da situação do escolar. Só que nos deram um protótipo de questionário com uma série de perguntas. A gente crente que aquilo ali estava vindo do Ministério da Saúde. Fizemos, já tínhamos até terminado, seria um grupo “x” de alunos, se eu não me engano eram alunos que pertenciam à Educação Mais. Então a gente pegou todos esses alunos, fizemos esse questionário. Depois o que é que acontece, o questionário não era esse. Já foi uma... acabou! Aí praticamente a gente ficou um tempão para poder vir de novo. Foi quase um recomeço, porque a gente teve esse momento que não deu em nada. A gente já estava tabulando os dados, quando: “Não, não! Não é esse questionário.” Aí também não fui mais atrás (...)* (Enf. PSE 50).

*(...) A questão de dados, que tinha que fazer dados, tinha que apresentar dados. Eram números que tinham que se tabular, que tinha que pegar tal dia para prestar conta, aquela coisa... Não funcionou (...)* (Enf. PSE 59).

*Primeiro a gente é cobrado muito na parte de números, em termos de ver peso, avaliação de peso, ainda nessa questão física. A gente ainda está nesse quesito (...)* (Enf. PSE 60).

*(...) Lá só não foi feito ainda porque a gente não terminou ainda a primeira parte, porque a gente está na avaliação, ainda precisando das assinaturas dos pais e tal (...)* (Enf. PSE 61).

*(...) Eu acho que o que barrou, é na parte do cadastramento, porque acabou que a gente ficou só cadastrando, cadastrando (...)* (Enf. PSE 62).

A questão da escola vinculada ao PSE estar fora da área de abrangência da equipe foi citada novamente. Desta vez, foi mencionada como barreira para a efetivação das ações, visto não pertencer à área de responsabilidade sanitária das equipes da ESF.

A Atenção Básica, por sua vez, tem como um de seus fundamentos e diretrizes possuir território definido para sua atuação, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais que promovam impacto nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades de determinado território (BRASIL, 2012b).

*Uma das principais dificuldades foi o fato de a escola não ser da minha área, ou seja, é uma questão geográfica mesmo (...) (Enf. PSE 23).*

*A barreira maior é que o colégio fica fora da nossa área de abrangência. Ele fica aqui numa área e a gente trabalha com outra. Porque a gente dá assistência a outra comunidade e aí incumbiram a gente dessa missão de cuidar, entre aspas, do PSE (...) (Enf. PSE 56).*

*Na minha situação, na área de responsabilidade sanitária da minha equipe nós não temos nenhuma escola. (...) A escola que a gente assiste é de outra área, embora grande parte dos alunos sejam provenientes da minha área, mas a escola fica situada em outro território, então não tem sentido isso acontecer (...) (Enf. PSE 78).*

Outro aspecto evidenciado e desmotivador para o exercício de ações no PSE foi a falta de resolutividade que o sistema de saúde possui, assim como o não alcance do princípio da integralidade. Assim, a não garantia de acesso a outros níveis de assistência e a fragilidade de uma rede de apoio não funcionante foram apontados como entraves para a realização das ações no PSE, bem como para o alcance dos resultados.

Em nosso país, a garantia de acesso à atenção especializada enfrenta uma série de dificuldades (GIOVANELLA et al., 2009). Contudo, é preciso garantir aos usuários do SUS uma rede de cuidados pertinente e acessível, a fim de oferecer uma assistência integral e resolutiva, visando sempre a qualidade de vida da população e a saúde enquanto direito de cidadania (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010). Destarte, é necessária a construção de sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS), articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população (GIOVANELLA et al., 2009).

*(...) Outra dificuldade é o encaminhamento. Do que adianta a detecção de um problema se não tem para onde encaminhar, pois a equipe não tinha médico. A ausência de “feedback” de resolução do problema também é um empecilho, pois a partir do momento que o adolescente se expõe e eu não tenho como resolver o problema, ele não retorna mais (Enf. PSE 27).*

*(...) Não adianta você fazer essa divulgação se você não tem resolutividade para nada. Aí quando eles vêm para consulta, você vê que não tem nada para oferecer, aí você abandona. Você faz todo aquele trabalho de conscientização, aí quando elas vêm não dá em nada (...) (Enf. PSE 42).*

*(...) Se a gente detectar algum problema, por exemplo, a criança está com uma deficiência de crescimento, vamos encaminhar, vai ficar numa lista de espera de no*

*mínimo seis meses. O que que adianta ter um programa tão bonito se a rede está falha, não tem suporte* (Enf. PSE 50).

Segundo as falas, outro impasse para a efetivação das ações no PSE é a quase que completa inexistência de um vínculo entre os profissionais que atuavam na saúde e aqueles que atuavam na educação. Não havia integração e proximidade entre estes atores e, além disso, a comunicação era deficiente, resultando na não realização de atividades conjuntas estabelecidas no programa ou na fragmentação quando da realização destas.

O PSE constitui-se em uma estratégia que procura fomentar uma gestão coletiva das ações de saúde e educação a partir da participação de profissionais da saúde, educação, dos educandos e da comunidade, no território onde convivem. Logo, o trabalho conjunto entre escola e equipe de saúde pode trazer novos sentidos para a produção da saúde, construindo redes de produção de saberes e de solidariedade entre profissionais e comunidade (BRASIL, 2011a).

*(...) Existe ainda um grande abismo, uma grande distância entre um e outro (PSF e PSE), mas falta treinamento, mais envolvimento entre escola e saúde (...)* (Enf. PSE 21).

*(...) o frágil elo de ligação saúde-escola, onde não há uma comunicação efetiva e inclusão de atividades dos profissionais de saúde no cronograma estudantil. Deveria ter dias específicos no cronograma estudantil para realização de atividades com os profissionais do PSE (...)* Mesmo sendo o pátio a separação entre a escola e a unidade de saúde, eu não estou inserida na escola (Enf. PSE 25).

*O não estreitamento com a escola, o vínculo fraco com a escola (...)* (Enf. PSE 28).  
*A questão dessa interação mesmo entre escola e unidade de saúde que a gente não tem (...)* (Enf. PSE 30).

*Eu não sei nem as dificuldades porque eu nunca fui à escola. No momento, a dificuldade é essa: eu não tenho contato com a escola (...)* (Enf. PSE 31).

*(...) É assim, eu acho que teria que ter primeiro um contato maior da equipe com a escola, não só quando fosse exigido da regional. Na verdade, a gente vai mais quando é exigido pela regional, quando a coordenadora vem e pede para gente fazer alguma atividade lá (...)* (Enf. PSE 41).

*(...) A dificuldade é o entrosamento mesmo entre os profissionais da saúde e os profissionais da escola (...)* (Enf. PSE 50).

Contudo, alguns depoimentos demonstraram ser possível diminuir o distanciamento existente entre ambos os setores (saúde e educação). Relatos apresentaram a melhoria do vínculo entre os profissionais da saúde e da educação, e o fortalecimento dessa parceria, fosse a partir de mudanças no quadro dos gestores, fosse a partir de iniciativas tomadas pelos próprios sujeitos, como conversas, reuniões, levando com que as ações fossem executadas de forma mais conjunta e intersetorial.

O achado está ancorado em Alves, Boehs e Heidemann (2012) quando afirmam que há grandes possibilidades de os profissionais de saúde realizarem trabalhos intersetoriais, sendo importante que estes estabeleçam vínculos e reavaliem, constantemente, os ambientes

nos quais os usuários estão inseridos para realização de suas práticas. Portanto, recomendam que as equipes da ESF estejam atentas para a conceituação da promoção da saúde e as estratégias de ação da carta de Ottawa, valorizando os recursos socioculturais de sua área de abrangência para o trabalho intersetorial.

*(...) Na minha escola, a gente já encontrou mais dificuldade no início, de não ser bem recebido, achar que eles vão perder o tempo deles para dar atenção à gente. Isso aconteceu no início. Atualmente, quando a gente vai se conhecendo, vai se chegando, as coisas vão melhorando. Hoje, eu já sou mais bem recebida na escola do que no início do programa. Então, hoje eu digo: “Gente, eu quero a balança em determinado local, porque vai me facilitar, porque eu consigo fazer uma fila maior, pesar todo mundo.” Antes era assim: “Está aí. Se vira!” Hoje com o vínculo um pouco mais fortalecido, eu consigo esse apoio. (...) (Enf. PSE 6).*

*(...) Eu acho que a escola... é 50%, de cada lado, o apoio, 50% do posto e 50% da escola. E essa escola é super receptiva. Todas as nossas intervenções são conjuntas, na mesma escola nós já tivemos muita dificuldade antes. A escola era muito fechada para gente. A gente ia, mas não existia um feedback da escola. Era como se tudo fosse só nossa obrigação, nossa responsabilidade. Eles só nos procuravam quando vinha algum formulário para eles preencherem, alguma cobrança do programa. Mas não sendo isso, as portas da escola eram praticamente fechadas para nós. Aí mudou a direção, então o pessoal tem uma cabeça mais aberta para esse tipo de atividade. Aí, sim, aí a gente conseguiu mais liberdade de horário para buscar as crianças, os adolescentes (...) (Enf. PSE 15).*

*(...) Quando a gente ia a dificuldade era até de abrir esse portão aqui. Porque a escola é aqui vizinho. Quando eu cheguei aqui, achei que seria a coisa mais fácil do mundo, perfeito por ser vizinho, mas esse portão... Existia uma dificuldade tão grande de abrir esse portão aqui. E aí depois a gente tentou algumas reuniões, com os antigos diretores. A primeira reunião que a gente fez, ela não deixou a gente entrar. A gente fez a reunião em pé do lado de fora da direção (...) Como hoje mudou a direção, eu acredito que daqui para frente seja melhor (...) (Enf. PSE 22).*

Vários autores dos relatos também colocaram que além de um vínculo não estabelecido entre saúde e educação, existia a falta de apoio por parte da escola para a concretização do programa. A escola, em alguns depoimentos, mostrava-se desinteressada e desacreditada em implantar o PSE. Há alguns gestores escolares que se mostravam inacessíveis e que ao disponibilizarem o espaço físico da escola, acreditavam terem feito a sua parte. Assim, as falas demonstraram que a escola não “abraçava” como deveria o programa, fosse por desconhecimento, fosse por falta de vontade em desempenhar o seu papel e suas atribuições dentro do PSE.

Tal achado é evidenciado por Moretti et al. (2010) ao explicitarem que as equipes de saúde bucal ao promoverem ações de promoção de saúde intersetoriais, sobretudo no cenário escolar, as realizam de forma isolada, sendo que o envolvimento dos outros setores ocorre tão somente na disponibilização de espaços físicos, sem uma perspectiva de ação conjunta e integrada.

É oportuno destacar que cada um dos setores é corresponsável e corresponsável na execução do programa, já que uma das finalidades do projeto é constituir uma rede integrada

entre saúde-educação para colaborar na redução dos agravos à saúde da população jovem (BRASIL, 2006d).

- (...) *descrédito do colégio em relação ao programa (...)* (Enf. PSE 2).
- (...) *A gente vai para uma reunião, a reunião diz que a escola tem que fazer de “A” a “D” e a gente tem que fazer de “E” a “G”. Quando a gente chega lá, a escola diz que não, que é para gente fazer tudo, porque nós é que somos o PSE (...)* (Enf. PSE 7).
- (...) *a escola até que fica cobrando um pouco, mas também na hora de fazer a parte dela, não faz. Na hora de fazer o consolidado, não fez (...)* (Enf. PSE 29).
- (...) *São várias atividades para desenvolver na escola. Só que a escola não se interessa, pois eu também não vou atrás não. Na verdade, eu acho que a escola fica achando que é um programa da saúde e fica esperando um direcionamento daqui e não é* (Enf. PSE 31).
- (...) *A parceria com a direção é horrível. Ela nem quer a gente lá. (...) Já foi feita uma conversa esse ano da nossa atuação e ela disse que não queria (...)* As temáticas não interessam para ela (Enf. PSE 33).
- (...) *A minha escola é uma escola muito difícil. A diretora ela é bem difícil, entendeu? Ela não dá acesso à gente de fazer atividades lá. Tudo que você vai fazer lá, ela pergunta logo: ‘Quê que tu veio fazer aqui?’ Ela é bem ignorante e não melhora em nada. Então até para gente chegar lá é difícil, entendeu? Apesar de ser bem perto, porque a minha escola é a mais próxima, deveria ser mais fácil, mas não é (...)* (Enf. PSE 41).
- (...) *a gente também não vê muito interesse da escola. Às vezes o diretor não está lá no dia, aí outra pessoa que recebe, aí fala assim: ‘Tá ali os alunos, vão lá!’ (...)* (Enf. PSE 42).
- (...) *Outra dificuldade grande: a escola. A escola às vezes tratava a gente como se fosse um favor que a gente fosse fazer. É tanto que na própria reunião a gente comentava muito: o programa é saúde na escola, é uma parceria da saúde e da educação. E às vezes a gente chegava e a escola dizia: “Está aí! Se virem!” Eles não diziam, mas se comportavam como tal (...)* (Enf. PSE 47).
- (...) *E outra dificuldade realmente é o pessoal, direção, coordenação, não ajuda, não contribui. Sempre que a gente marcava ou desmarcava ou então quando a gente chegava perdia-se muito tempo, não tinha nada organizado* (Enf. PSE 56).
- (...) *Tem um grande problema também da escola. Porque eles não aceitam a gente (...)* Então assim, eu acho que quando eles recebem um telefonema: “Vão ter que fazer o PSE.” É a treva! Eu acho que eles pensam assim que o mundo vai se acabar naquele dia. A coordenadora lá do colégio que eu faço, não dá um bom dia para gente. A gente chega e ela só diz: “Sim, quais são os meninos que vocês vão querer hoje?” Como se tivesse vendendo banana (...) Tu deixa tudo que tu está fazendo aqui para ir fazer isso e ainda tem essa recepção? Quer dizer, vontade de fazer o PSE delas: zero! A gente já não tem essas vontades todas, mas lá, Jesus, é uma tragédia, sinceramente (Enf. PSE 58).
- (...) *Muitas vezes a escola só diz assim: a sala é essa, te vira! Porque o programa é Programa Saúde e Escola, uma parceria, mas na verdade, a escola só dá o espaço entre aspas. A gente que se quiser que se vire, que vá lá dar as palestras (...)* (Enf. PSE 67).
- No primeiro ano, até a recusa da direção tinha. A gente não conseguia de jeito nenhum. É porque depois uma funcionária daqui conseguiu conversar com a direção e ela aceitou, mas nem isso tinha. Eles não aceitavam* (Enf. PSE 73).
- (...) *A escola também não contribui. Eu não sei que nível de incentivo é dado, mas a escola não contribui. A escola, a diretora dizia: “PSE? Minha filha, eu não quero nem ver isso aí. Só me dá dor de cabeça.” (...)* (Enf. PSE 78).

Impasse para efetivação das ações que visam a prevenção de DST/Aids também esteve relacionado à visão errônea que profissionais ligados à escola apresentavam sobre o trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais do setor saúde no programa, revelando que

desconhecimento das linhas e diretrizes do PSE por parte destes, bem como das ações educativas que deveriam ser executadas no âmbito do programa. Revelou, portanto, a resistência ainda presente no nosso cotidiano na aceitação de um novo modelo assistencial que rompa com a relação médico-hegemônica curativista.

Considerando as particularidades da ESF, a educação em saúde é uma das ações imprescindíveis no processo de trabalho das equipes que nela atuam. Assim, pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, nível de participação desejada da comunidade na resolução dos problemas de saúde, compreensão ampliada do processo saúde/doença, humanização das práticas e busca da qualidade da assistência na Atenção Primária à Saúde (APS), o modelo voltado às práticas educativas corresponde ao trabalho mais pertinente para o contexto de atividades da ESF (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

*A escola não nos viu como agente educadores. Ela nos via como agentes de resolução de queixa conduta. Nós chegamos lá, pegamos crianças adoecidas, com adoecimento, tratamos elas para elas ficarem curadas. Então a escola não conseguia nos ver lá como agentes educadores. Na cabeça dela, a gente tinha que ir lá, montar um consultório, atender às demandas de gripe, de verminose, de dor na coluna, “n” demandas (Enf. PSE 7).*

*(...) dificuldade de alguns profissionais da escola em entender como era o processo do PSE, achando que este se tratava de atendimento na escola, levando a uma expectativa que não correspondia à realidade (...) (Enf. PSE 23).*

*(...) Falta de interesse da escola em promover palestras educativas (Enf. PSE 53).*

Como parte, ainda, dos problemas identificados pelos autores das narrativas relacionados à escola, evidenciamos em suas falas a falta de espaço físico adequado para realização das atividades nas escolas. Muitas das atividades, sobretudo aquelas grupais, necessitam de ambiente tranquilo, confortável, livre de ruídos, a fim de que haja interação dos participantes, para que sejam produtivos.

Buscando uma perspectiva de sucesso para o desenvolvimento e a aprendizagem do educando, o espaço físico torna-se elemento indispensável a ser observado, sendo que a organização deste espaço deve ser pensada, tendo como princípio oferecer um lugar acolhedor e prazeroso, em que educandos sintam-se, assim, estimulados a aprender (HANK, 2006).

*(...) Primeiro assim, demorou muito tempo para gente ter uma sala na escola e quando a gente achou que a escola estava com uma sala pronta, a sala estava completamente tomada. Quer dizer, não tem um espaço para gente atuar lá (...) (Enf. PSE 4).*

*Várias, por exemplo: ambiência que não é específica. Faço às vezes no refeitório com um monte de pessoas passando (...) (Enf. PSE 8).*

*(...) Não tem espaço na escola. A gente tinha que ficar esperando o professor terminar a aula de computação para usar a sala. Esse tipo de coisa, estrutura mesmo (Enf. PSE 14).*

*(...) É difícil... a própria escola lá não tem espaço adequado, não tem um auditório lá, uma quadra, um local aonde a gente possa dar uma palestra. Só se for nas salas de aula (...)* (Enf. PSE 46).

*(...) Tem dificuldade na escola. Eu acho que a gente acaba chegando lá, nem sempre, não tem muita estrutura, não tem uma sala para está realizando as atividades (...)* (Enf. PSE 62).

*Tem a questão da barreira física, porque a escola muitas vezes não tem estrutura física, um auditório legal (...)* (Enf. PSE 67).

Outro ponto citado como fator dificultador para o desenvolvimento das ações que visem à prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE, foi a escassez de materiais didáticos, como panfletos, álbum-seriados e recursos audiovisuais, como o projetor de multimídia e até mesmo o preservativo.

A insuficiência de recursos materiais limita as ações educativas em saúde (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012), sendo que de acordo com o Ministério da Saúde, os insumos para a concretização do projeto SPE deverão incluir a produção de materiais didático-pedagógicos e a disponibilização de preservativos em escolas, devendo ser disponibilizados pelos níveis federal e estadual, podendo ser, igualmente, produzidos e/ou adaptados em nível municipal e local, em cada unidade escolar e de saúde (BRASIL, 2006d).

*(...) Eu acho que falta também questão de recursos. A gente tem dificuldade de panfletos, de informes, folders sobre o tema. Na regional tem, mas manda uma quantidade pequena. A gente nunca tem para distribuir para todos os alunos. A gente vive um momento muito visual. A regional tem algum material, mas você tem que agendar com alguma antecedência e às vezes choca com outras unidades (...)* (Enf. PSE 16).

*A primeira dificuldade, como eu falei, é o material educativo, porque como você trabalha com adolescentes, não tem recurso. Então assim, você tem que muitas vezes tirar do bolso, vai da criatividade, porque se tivesse um apoio maior... Até que a escola ainda ajuda com pincel, alguma coisa, com cartaz, alguma coisa que ela possa fornecer naquele momento. Mas seria tão interessante se a gente tivesse mais material educativo (...)* (Enf. PSE 19).

*(...) para trabalhar essa temática, a gente precisa de material, precisa de atlas, precisa de uma série de coisas para está trabalhando essa temática. A gente não dispõe nem no posto, nem na escola. Então com a falta de material, isso atrapalha bastante* (Enf. PSE 34).

*(...) Falta de material didático que a gente também não tem. Falta preservativo até aqui no posto para entregar* (Enf. PSE 35).

*(...) A dificuldade que eu acho também são os recursos. Pelo menos na minha unidade aqui pouco chega um material educativo, panfletos, essas coisas para distribuir para eles. Tem as camisinhas e tudo, que eles deixam disponíveis, mas assim, o material educativo não tem. É tudo feito pela nossa boa vontade e pela nossa iniciativa* (Enf. PSE 36).

*São várias! Vou começar! Primeiro: a gente para ter um material para utilizar tem que ir lá na regional buscar uma semana antes, tem que agendar, buscar e depois tem que devolver. Não tem material na própria unidade (...)* *Às vezes a gente precisa levar preservativo e não tem em quantidade suficiente. Tem época que chegam imensas caixas, na época do carnaval. Depois, pronto! Passou o carnaval, tem época que não tem de jeito nenhum (...)* (Enf. PSE 42).

*A dificuldade que nós temos é assim a questão dos recursos. Então às vezes você tem pouco material assim para entregá-los, para lerem em casa, porque a gente sabe que alguns tem uma dificuldade a mais de expor seus questionamentos, suas dúvidas. Então a gente talvez não contemple as dúvidas de todos os alunos. Então,*

*assim, esse material, esse recurso que a gente pudesse está entregando para em casa eles terem uma leitura com maior privacidade. Ou materiais que tenham imagens, fotos para que eles possam visualizar, captar melhor, absorver melhor o que foi discutido. Então, eu sinto falta do recurso. Às vezes a gente tem que ter a boa vontade de trazer de casa um material, porque não nos é oferecido. Fica a desejar nessa questão (...)* (Enf. PSE 44).

*(...) Recursos audiovisuais, material, recursos tanto de folhas, de impressos, de material educativo que a gente também não tem, álbum seriado... a parte de material educativo e recursos audiovisuais a gente não recebe nada. Vale ressaltar que tudo que eu fiz foi com o material da gente. O que eu fiz, oficinas temáticas, vídeos, foi tudo com o material nosso (...)* (Enf. PSE 47).

*(...) A falta de material didático também que a gente não tem, nem voltado para isso e nem de jeito nenhum. Aqui a gente recebe panfletinho de DST na época do carnaval, quando recebe. Então não tem a questão de material didático, álbum seriado, vídeo com linguagem mais deles, não tem. A questão de material didático também é um problema (...)* (Enf. PSE 58).

*Acho que de dificuldade é essa questão de não vir material para gente utilizar no PSE, que não vem. Ficam sempre dizendo que vem e nunca vem (...)* (Enf. PSE 77).

Os autores das narrativas também apresentaram a dificuldade que possuíam pela falta de transporte que os auxiliam no deslocamento até as escolas para a realização das atividades. Tal manifesto é ressaltado no estudo de Baratieri e Marcon (2012), cuja disponibilidade de carro foi a principal reivindicação nos discursos dos enfermeiros da ESF, sendo este um recurso fundamental para a manutenção do contato frequente entre usuários e equipe, oportunizando que essa consiga ir até os domicílios e as comunidades de sua área de abrangência.

*(...) Tem a dificuldade de transporte porque quando a gente vai, quando eu vou é no meu carro. Não dá para esperar. Ou eu vou no meu carro ou eu não vou. E agora ainda mais que a gente tinha carro várias vezes por semana e agora ficou restrito a duas vezes na semana. Cinco equipes para fazer visita domiciliar... Então agora está quase impossível se fazer visita ou atividade fora do posto de saúde. Então se a gente quiser fazer, faz no nosso carro. Todas às vezes que eu fui para escola foi no meu carro (...)* (Enf. PSE 4).

*Transporte (...)* (Enf. PSE 20).

*(...) Tem vários agravantes! Carro para ir à escola. Essa escola que fica na minha área, fica distante e é perigosa (...)* (Enf. PSE 46).

*Todas. Carro para gente ir não tem (...)* (Enf. PSE 47).

*(...) Muitas vezes não tem carro para gente ir. Eu vou no meu próprio carro (...)* (Enf. PSE 60).

*(...) Não tem transporte. A gente vai a pé ou então, às vezes, eu vou no meu carro (...)* (Enf. PSE 67).

Outra barreira revelada por meio de muitos depoimentos foi a insuficiência de recursos humanos para o desenvolvimento das atividades propostas, tanto em quantidade quanto em qualidade. Os enfermeiros reivindicaram, por meio das falas, a necessidade da atuação dos demais profissionais da equipe multiprofissional para o sucesso das ações, pois, muitas vezes, sentem-se como os únicos responsáveis pela execução das tarefas.



Para tanto, demonstraram a urgência de envolvimento, apoio, compromisso dos demais profissionais da equipe para realização de um trabalho integrado.

De fato, o estudo apresenta que a quantidade e a qualidade da força de trabalho dentro da ESF tem sido insuficiente (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011), acarretando circunstâncias agravantes para o trabalho do profissional enfermeiro, como a sobrecarga de trabalho e, sobretudo, a insatisfação e desmotivação com o ofício (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

Nas ESF, a atuação multiprofissional é fundamental para que as propostas do modelo assistencial sejam efetivadas, e quando ela não ocorre, as ações são prejudicadas, sendo oferecida ao usuário assistência fragmentada, impedindo que este tenha uma relação interpessoal com toda a equipe. Assim, o cuidado longitudinal fica a cargo de poucos profissionais, ou mesmo esse cuidado não acontece (BARATIERI; MARCON, 2012).

Além disso, para que ocorra o desenvolvimento de atividades educativas de forma ampliada e qualificada, estas devem ser realizadas por todos os integrantes da equipe multiprofissional, visto que cada um, baseado no seu *corpus* de conhecimento, poderá colaborar (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

Também foi expressado como forte ponto dificultador a ausência do profissional médico na equipe, dificultando a realização de atividades preconizadas pelo programa, além da não realização de atividades de prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde por estes, mesmo quando estão presentes.

A alta rotatividade do profissional médico é um problema existente em vários municípios brasileiros, sendo considerada uma grande fragilidade na consolidação da ESF (CAMPOS; MALIK, 2008). Além disso, no que tange ao trabalho do médico, por não estar familiarizado com ações de prevenção e promoção à saúde, estes não se dispõem a trabalhar com ações de educação em saúde no território, não colaborando para a mudança do modelo assistencial ora vigente (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012; LIMA et al., 2012).

*Eu tenho a sensação de que eu sou sozinha. Tudo tem que ser feito a partir de mim, por mim, por iniciativa minha, responsabilidade minha, compromisso meu (...) Na hora que foi ventilada algumas ações como o PSE, obrigatório por nível vertical, a única pessoa que executou fui eu. Nunca houve um compromisso dos demais (Enf. PSE 7).*

*A barreira que tinha era o fato de ser só eu. Mal tinha outros profissionais (...) (Enf. PSE 9).*

*(...) Durante muito tempo, a equipe ficou sem o profissional médico. Devido a essa ausência, a avaliação clínica não foi concluída (...) (Enf. PSE 23).*

*Ausência de médico na equipe, deixando a equipe incompleta, fez com que as atividades fossem paralisadas (...) (Enf. PSE 24).*

*Nas barreiras, estão incluídas todas essas questões do não envolvimento dos profissionais quanto a tomar pé de que é uma estratégia que pode dar certo em relação à prevenção de DST/Aids (...) (Enf. PSE 25).*

*(...) Aí outra é que só sou eu e a dentista que me ajuda ainda, porque o médico é em horário diferente e não vai. Fica só nós duas sozinhas (...)* (Enf. PSE 29).

*(...) Outra barreira: esse trabalho ele acontece basicamente com o enfermeiro, entendeu. Existe um mito, alguma entidade aí que eles dizem e estudam chamada equipe saúde da família, certo, que de fato eu nunca consegui em Fortaleza, assim, materializar. Então onde tem programas, onde tem mapas, responsabilidade epidemiológica, ações concretas que não sejam dentro de um consultório é com o enfermeiro. No máximo você consegue um colega dentista que se agrega, mas ele faz o possível. Ele num tem uma parte tão... Como é que eu te falo... Um percentual tão grande numa ação como a DST. Vai fazer uma prevenção bucal e tudo... Então, falta o colega médico. Eu não tenho médico, mas por exemplo, a mesma realidade dessa unidade, tem equipes que tem médicos, mas eles não iriam, eles não fariam (...)* (Enf. PSE 32).

*(...) E outro problema é a falta de profissional, porque o enfermeiro sozinho ele não dá conta. Tem que ter os outros profissionais. NASF a gente não tem mais. O médico para ir é uma revolução para conseguir tirar o médico para ir fazer esse trabalho e o enfermeiro sozinho não dá conta não. Problema sério isso* (Enf. PSE 35).

*As barreiras são da própria unidade: falta de médicos na equipe (...)* (Enf. PSE 52).  
*Tem, assim, a gente precisa organizar a coisa de forma mais multiprofissional. Quem faz o colégio era eu e o médico. Mas a gente sabe que tinha a psicóloga do NASF. O NASF atualmente não está funcionando nessa gestão. Mas aí tinha esse pessoal, ora estava participando com a gente, ora não estava, porque precisava cobrir várias áreas. Então assim... Dava para ser melhor explorado se o conjunto fosse maior. Na verdade, a coisa fica centrada só na gente, só no enfermeiro, metas a cumprir, cadastros pra fazer, muito sobrecarregado. Então assim, você acaba se limitando. Vai fazer o que dá para ir fazendo e pronto. Você acaba ficando mais limitado nessa questão, do apoio de mais profissionais (...)* (Enf. PSE 76).

*(...) E acho que envolvimento também dos profissionais, da equipe mesmo, de se envolver mais. Que às vezes fica tudo em cima do enfermeiro. A equipe não se envolve, o médico diz logo que não vai querer ir, o dentista também não se envolve e acaba que o enfermeiro vai se cansando também de sempre está só e fazer o trabalho sozinho. Então é outra dificuldade, a falta de envolvimento da equipe (...)* (Enf. PSE 77).

Alguns sujeitos do estudo expressaram em suas falas que o mau comportamento dos alunos, bem como a falta de interesse e atenção deles no momento das atividades, constituem-se em barreiras para os profissionais desenvolverem o trabalho no PSE na área de DST/Aids.

Tais depoimentos estão evidenciados na pesquisa de Quirino e Rocha (2013) acerca da prática docente em educação sexual em uma escola pública de Juazeiro do Norte, Ceará. Segundo os docentes, a sala de aula era um ambiente no qual havia sempre muito barulho. Além disso, de um modo geral, durante os momentos destinados ao trabalho sobre educação sexual, não havia colaboração dos estudantes, bem como concentração e atenção por parte destes quanto ao conteúdo ministrado.

Contudo, os autores do estudo alertam que aspectos históricos e socioculturais, além do ensino dessa temática com pouca diversificação de recursos e estratégias didáticas e pedagógicas, podem ser os responsáveis na geração do pouco impacto na clientela estudantil

sobre a temática, bem como podem acarretar a dificuldade de concentração e atenção por parte dos estudantes (QUIRINO; ROCHA, 2013).

*(...) Os adolescentes dessa escola são muito difíceis. Agora mesmo quando eu estava fazendo aquela semana de saúde do escolar, eu nunca tinha estado lá na hora do recreio, com essa parte de alunos maiores. Eu fiquei horrorizada com o comportamento dos alunos. Fiquei chocada e inclusive cheguei a comentar com a diretora, porque assim parece que não tem lei. Parecia que eu estava num filme daqueles americanos de gangues nas escolas, de brigas. Uma coisa totalmente insana entre adolescentes e crianças misturadas. Eu fiquei chocada com o comportamento deles (...)* (Enf. PSE 4).

*Os alunos bagunçam muito quando falamos desse assunto (...)* (Enf. PSE 9).

*(...) eles não se concentram muito, brincam muito* (Enf. PSE 11).

*A questão da educação, do compromisso deles, o envolvimento que é difícil. É fase dos hormônios também. Eles querem é brincar. A dificuldade maior é a questão da concentração e da educação, deles saberem que aquilo é importante (...)* Alguns tem o envolvimento, mas tem a questão da seriedade de alguns e aí se tem muita dificuldade de repassar (Enf. PSE 21).

*Falta de interesse e informação dos adolescentes sobre o tema DST e gravidez na adolescência (...)* (Enf. PSE 53).

*A dificuldade da adolescência em si, da questão da atenção deles (...)* (Enf. PSE 55).

Desse modo, quando questionados sobre o envolvimento dos alunos no decorrer de alguma atividade realizada na área da prevenção de DST/Aids, alguns enfermeiros relataram pouca participação dos mesmos nas atividades, evidenciado pela timidez, pela presença de brincadeiras e pelo desinteresse de alguns.

*Eles não têm muito interesse* (Enf. PSE 35).

*(...) eles levam muito na brincadeira. Uns tem vergonha, outros começam a rir, outros não escutam direito* (Enf. PSE 39).

*(...) tinha turma que eles participavam bem, tem outras que ficavam ainda com aqueles comentáriozinhos, aquelas brincadeiras, aquelas risadas (...)* (Enf. PSE 47). Alguns alunos tem muita vergonha em falar do tema de sexualidade, sexo, DST. Mas outros sabem de muita coisa, outros não falam por proibição das mães, outros ficam reservados (Enf. PSE 49).

*(...) acontece muita brincadeira, muita risada, deboche (...)* (Enf. PSE 55).

*(...) eles são muito dispersos. Então tudo leva na brincadeira, tudo é motivo de risada, de brincadeira (...)* (Enf. PSE 63).

*É muito tímido o envolvimento deles* (Enf. PSE 76).

Entretanto, a maioria dos pesquisados afirmou que quando realizada alguma atividade na área de prevenção de DST/Aids, os adolescentes os recebiam com receptividade e atenção, pois demonstravam interesse e curiosidade. Assim, os adolescentes demonstraram ser participativos e envolvidos, retirando suas dúvidas por meio de perguntas e emitindo suas opiniões acerca do assunto.

Destacaram, também, que adolescentes apresentavam pouco conhecimento sobre o tema, realidade também atestada por Beserra, Araújo e Barroso (2006) que identificaram em estudo que os adolescentes tinham pouco conhecimento sobre os meios de prevenção e os modos de transmissão das DST.

Corroboram também diversos estudos citados que trazem que há sempre um maior envolvimento dos adolescentes, bem como melhores resultados, quando utiliza-se recursos e estratégias diferenciadas para abordagem da temática.

*(...) eles são bastante interessados e tem muita curiosidade (Enf. PSE 1).  
Sinto que eles se envolvem bastante, perguntam, dão opiniões (Enf. PSE 12).  
Essa temática eles tem bastante interesse. Eles perguntam, eles prestam atenção (...)  
É exatamente por isso que é o assunto que a gente mais aborda, porque eles se interessam. Eu acho que tem uma boa receptividade (Enf. PSE 14).  
Eu acho que eles gostaram. Não existe mais a gente chegar lá e só falar. Não existe mais aquilo de levar o meu conhecimento e achar que eles vão está lá obrigatoriamente recebendo, captando aquele conhecimento. Hoje em dia, até pelas coisas que eu tenho lido a respeito, é uma troca que nós temos que fazer. Eles tem o conhecimento deles, da forma deles, que não deixa de ser conhecimento. É conhecimento na forma deles. E é muito interessante ouvi-los porque só ouvindo-os que a gente consegue saber qual é o conhecimento que eles já detêm, aonde é que eles não tem conhecimento. Por exemplo, a questão das DST. Eu às vezes fico impressionada como eles não tem conhecimento sobre DST. No questionário mesmo que a gente preencheu em todas as turmas, com todos os alunos, lá tem uma pergunta que é a respeito de DST: “Você sabe o que é uma DST?” Quando a gente pergunta: “Você sabe o que é uma DST? Você sabe o que é uma doença sexualmente transmissível?” Esses termos eles não conhecem (...) (Enf. PSE 15).  
Eles participaram bastante, porque é um tema também que instiga eles, quando eles estão na adolescência e eles estão passando pela fase de transformação, tem muita curiosidade. Aí é uma coisa que realmente interessa a eles (Enf. PSE 19).  
Eles ficam atentos, pois é um tema do interesse deles. Participam, fazem perguntas, tiram dúvidas (Enf. PSE 27).  
Eles demonstraram muito interesse, procuraram retirar suas dúvidas (...) Então, geralmente, eles estão muito envolvidos nessa temática, tem muita curiosidade a respeito (Enf. PSE 44).  
A adesão é legal. Porque o adolescente tem uma carência de informação direcionada, eles têm carência de tirar as dúvidas (Enf. PSE 48).  
Sempre teve um bom envolvimento dos adolescentes, tanto que alguns sentiram até falta da gente ter se ausentado (Enf. PSE 51).  
Com relação ao envolvimento deles, no início, eles tinham pouco interesse sobre o assunto. Depois, com as palestras, as dinâmicas, rodas de conversa, mostrando os contraceptivos, desde a pílula anticoncepcional, como os preservativos masculino e feminino, eles foram mostrando mais interesse (Enf. PSE 53).  
(...) eu fiquei impressionada com o desconhecimento. Eles não tem conhecimento. Se você perguntar um aluno de 7ª série o que é Aids, eles não sabem lhe dizer, não sabem. “Qual a transmissão da Aids?” – “Não sei.” (...) E no questionário do PSE lá pergunta: “Você sabe o que é gonorreia? Você sabe o que é HIV/Aids?” Poucos sabem responder (Enf. PSE 64).  
É muito tímido o envolvimento deles. Apesar de aplicar dinâmicas. Quando a gente trabalha com esses meios, a gente consegue uma melhor resposta (...) Se você chegar com uma palestrinha limpa e seca, você não consegue o envolvimento deles (Enf. PSE 76).*

Os sujeitos da pesquisa também enfatizaram como dificuldade a falta de envolvimento da família, sobretudo dos pais, no domicílio, na escola, em discutir essa temática com os filhos. Conquanto, uma das finalidades do projeto SPE é justamente promover o diálogo na família e na comunidade e integrá-las no debate sobre a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (BRASIL, 2006d).

Borges, Nichiata e Schor (2006), em pesquisa realizada com 383 adolescentes de 15 a 19 anos de idade, com objetivo de identificar com quem compartilhavam informações e diálogos sobre sexualidade, identificaram que somente 13,4% dos adolescentes do sexo masculino e 18,7% das adolescentes do sexo feminino referiram conversar frequentemente com os pais sobre sexo, ressaltando que nas estratégias de educação voltadas para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, é preciso considerar e envolver com maior ênfase os pais, as mães e os outros membros da família dos adolescentes como fontes de informação e diálogo nessa área.

Do mesmo modo, em aplicação da Escala de Comunicação de Pais e Adolescentes na versão brasileira, Gubert et al. (2013) apontaram que o assunto menos abordado entre pais e adolescentes foi o de DST, ou seja, apenas 5% dos pais conversavam frequentemente com suas filhas sobre este tema.

Nesse sentido, os adolescentes encontram-se em situação de vulnerabilidade social face ao pouco ou limitado suporte familiar no que diz respeito aos comportamentos preventivos quanto às DST/HIV/Aids (BARBOSA; COSTA; VIEIRA, 2008), devendo a família, como fonte de informação sobre riscos trazidos pela Aids, ser mais bem utilizada por parte da escola (CAMARGO; BOTELHO, 2007).

*A problemática, eu vejo mais na falta de apoio deles em casa com os pais e na escola (...)* (Enf. PSE 13).

*(...) Eu acho que também teria que passar pelo envolvimento dos pais, da família, para que também pudesse ter uma discussão em domicílio, não só na escola. Porque aqui a gente ver muito o resultado disso: gravidez nas adolescentes. Elas estão saindo muito cedo de casa para se envolver e as doenças (...)* (Enf. PSE 21).

*A questão da educação familiar. Porque a gente faz nossa parte, orientamos, mas, infelizmente, tem o lado da família. A questão cultural, educacional dos adolescentes (...)* (Enf. PSE 27).

*Esclarecimento da família sobre as oficinas que serão feitas. Antes de realizar as oficinas foi realizada uma reunião, mas pouquíssimos pais compareceram (...)* (Enf. PSE 49).

Outro problema apreendido nas falas para o desenvolvimento de ações que visem à prevenção de DST/Aids com adolescentes, é a não aceitação do trabalho dessa temática no PSE por parte dos pais dos adolescentes, dos profissionais que fazem a escola e até mesmo dos próprios enfermeiros. Referiram os sujeitos do estudo ser uma temática difícil de abordar e declararam sentimentos de vergonha, pudor, receio e cuidado maior ao se trabalhar com esse tema com os estudantes.

Isso pode ser justificado pelo fato de que a sexualidade, apesar do período de transição em que vivemos, ainda é um evento permeado por mitos, tabus, proibições e

silêncios. Assim, os pais acabam por apresentar dificuldades em dialogar sobre sexualidade com os filhos (RESSEL et al., 2011).

Quirino e Rocha (2013) também comprovaram esse conflito junto aos professores de uma escola pública, pois mesmo sendo o assunto suscitado por parte dos estudantes, alguns professores se omitiram em realizar intervenção na temática. Além disso, quando, em algum momento, o conteúdo trabalhado no material didático, fornecido pelo próprio Governo do Estado, permitia a introdução ou discussão mais aprofundada do assunto, esta era realizada com os educandos de forma superficial e permeada de valores morais e pessoais.

Além disso, um das narrativas expressou que existiam interferências religiosas que impedia de trabalhar com o tema de DST/Aids com os adolescentes. No entanto, estudos afirmam que a religião pode ser uma parceira na adoção de comportamentos sexuais saudáveis e na superação de situações de vulnerabilidade às DST/Aids pelos adolescentes, apresentando, ainda, experiências bem sucedidas de atividades com essa abordagem no cenário religioso (FERREIRA et al., 2011; FERREIRA et al., 2012).

*(...) Uma vez eu distribui camisinha na escola e orientei quanto ao uso, o diretor e os professores não gostaram da ideia (Enf. PSE 13).*

*(...) Eu acho eu é mais do meu pudor mesmo, meu receio de falar demais. Minha dificuldade é essa, é eu tentar chegar de uma forma que eu nem seja muito superficial para aquela que já está engravidando, para orientá-la que ela não pode engravidar de novo, que ela vai ter que ter um cuidado, fazer planejamento, utilizar um método contraceptivo e aquela que não despertou nem ainda para sexualidade (...) (Enf. PSE 15).*

*(...) Os pais também, nós temos um pouco de dificuldade por conta disso. A gente quer fazer a orientação, a prevenção, mas a gente tem que saber como trabalhar, porque às vezes eles acham que a gente está é incentivando (Enf. PSE 17).*

*(...) Acho que seja uma barreira o fato de eu não concordar em falar desse tipo de coisa para crianças ou até mesmo adolescentes, porque eu sou muito religiosa (Enf. PSE 20).*

*(...) Essa temática eu particularmente acho difícil, porque isso é cultural, a gente tem vergonha. Tem gente que não tem nenhuma, mas eu pelo menos tenho e eles também. A gente fez uma vez, a gente levou uma pessoa para fazer uma palestra e esse rapaz ensinou até a fazer sexo oral usando a camisinha. Eu fiquei um pouco assim e era à noite. Quem mais perguntou foi uma senhora que estava por lá e depois eles disseram tanta coisa, reclamaram muito. Essa mesma senhora que morreu de perguntar, depois foi lá e reclamou. Ai assim, é uma coisa difícil, é um tema difícil de se abordar (Enf. PSE 22).*

*(...) algumas vezes, quando tentamos negociar com a escola, a primeira coisa que foi dita era que se necessitava de uma reunião com os pais, pois estes verbalizavam receio de profissionais irem orientar em relação à orientação sexual dos filhos, pois para os pais trata-se de incentivo e não educação; alguns tabus que os próprios profissionais têm (Enf. PSE 24).*

*A barreira principal são os pais. Na verdade, o tema é muito abordado e até a questão da coordenação e direção de escola também eu senti esse distanciamento, esse preconceito. Porque como nós fomos chamados atenção por estar abordando sexualidade pela direção da escola, então eu acho que houve preconceito por parte da direção (...) (Enf. PSE 33).*

*(...) Outra coisa: a gente tem a caderneta do adolescente aqui, que a gente ia implantar a caderneta (...) Teve uma escola aqui que foi levada e dois pais vieram reclamar que aquilo era uma imoralidade e foi suspenso (...) (Enf. PSE 42).*

*(...) Também tem a questão dos pais. Tem pais que não concordam. Aí fica difícil a gente fazer a cabeça deles (...)* (Enf. PSE. 68).

Alguns depoimentos demonstraram novamente que a pequena faixa etária dos adolescentes tornava-se empecilho para o trabalho dessa temática no âmbito do PSE. Apesar disso, é crucial investir em serviços e conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva para adolescentes o mais precocemente possível, uma vez que alguns se envolvem em relações sexuais já na fase inicial da adolescência (UNICEF, 2011).

*(...) posso dizer que a dificuldade de trabalhar esse tema seria a idade deles* (Enf. PSE 10).

*(...) Outra dificuldade é a faixa etária dos alunos. Existia outra escola que se adequaria mais, de nível técnico, porém esta foi cortada do PSE* (Enf. PSE 26).

*(...) se realmente tivesse a faixa etária para gente abordar (...)* (Enf. PSE 40).

*A questão da idade (...)* (Enf. PSE 58).

Inferimos também por meio dos relatos que a falta de capacitação permanente dos profissionais constituía-se em uma barreira importante para a não efetivação das ações no PSE. Alguns também demonstraram sentimento de insegurança frente ao trabalho a ser desempenhado com adolescentes, afirmando não possuírem habilidade e afinidade com este público, porém com outros. Consideraram, também que para o trabalho com adolescentes, faz-se necessário utilizar metodologias diferenciadas, usando, sobretudo, de criatividade.

A capacitação profissional é um recurso que pode melhorar a assistência realizada pela ESF (BARATIERI; MARCON, 2012). Entretanto, tem se demonstrado que no âmbito da ESF estas têm sido insuficientes para lidar com a complexidade das demandas médico-sociais existentes (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

É oportuno destacar que o processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no PSE é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente. Assim, dentro do componente III do programa (Formação), estão previstas a realização de atividades de educação permanente de diversas naturezas, junto aos professores, merendeiros, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos e outros profissionais das escolas e das equipes de Saúde da Família, em relação aos vários temas objeto de ação do PSE (BRASIL, 2011a).

*(...) eu tenho dificuldade de lidar com adolescente, eu não tenho essa facilidade. Não é uma coisa natural minha, sabe? Eu faço e tudo, mas eu não tenho facilidade* (Enf. PSE 4).

*(...) porque não é fácil trabalhar com adolescentes. O grupo de adolescentes não é como um grupo de idoso. Eu tenho um grupo de idosos que é perfeito, acho lindo, mas adolescente não! (...)* Então, assim, o profissional já não é tão capacitado, eu

*não me sinto tão capacitada. Eu acho que a gente precisava ter quase anual capacitações (...) (Enf. PSE 22).*

*A dificuldade da adolescência em si, da questão da atenção deles e também a questão minha pessoal e profissional. Como eu falei, eu não me sinto preparada, tipo para fazer uma dinâmica, desenvolver uma ação “assim ou assado”, para desenvolver uma oficina e tudo (...) (Enf. PSE 55).*

*(...) a questão da linguagem, porque assim, a gente não tem um preparo para trabalhar com esse público. Eu acho que a gente sempre foi muito preparada para lidar com a sexualidade da mulher, a saúde da mulher, a saúde da criança, mas o adolescente a gente não tem essa vivência. Até a forma de você se dirigir... É como a colega enfermeira disse: “Mulher me dê 50 meninos para me vacinar, mas não me dê 10 adolescentes para eu conversar.” Porque eu não sei, apesar de eu ter um adolescente em casa, eu não sei. E, realmente, é difícil porque a gente num tem muito o nível de percepção deles (...) (Enf. PSE 58).*

*(...) Eu pessoalmente tenho dificuldade de abordar as DST/Aids com eles, sabe? (...) O próprio adolescente, a gente tem que trabalhar de maneira diferente com eles e eu nunca fui envolvida na minha caminhada profissional com adolescente. Fui envolvida na questão do pré-natal, com criança, com TB, mas com adolescente eu nunca fui, nunca rolou. E mesmo eu indo, sem querer, mas eu não me envolvi naquilo ali a ponto de desenvolver. Mas eu nunca fui fazer oficina de como abordar o adolescente, como me relacionar com eles. É diferente de eu está com um grupo de gestantes na minha frente: eu desenrolo! Grupo de mães, eu desenrolo. Mas com o adolescente, eu não tenho aquela identificação com eles. Eu acho eles muito dispersos. Tem que ter muita criatividade para trabalhar com adolescente e eu não sou muito criativa. Tem isso também. Então tem que ter muita criatividade. Tem que ter muito jogo de cintura com eles. Você não pode também impor uma coisa, porque aí quebra logo ali. Tem que ter todo um manejo e eu não tenho muita destreza com eles (Enf. PSE 59).*

*(...) E a própria adolescência, trabalhar com esses adolescentes, eu não sei se eu estou preparada. Eu acho que até aqui no PSF mesmo é um faixa etária, é um grupo que fica muito descoberto, o adolescente, porque a gente trabalha a criança, a mulher, o adulto, o idoso e eu acho que assim a gente precisaria, eu precisaria de mais treinamento para trabalhar com o adolescente (Enf. PSE 62).*

*(...) Mulher, porque assim, primeiramente de enfermeira só tinha eu e eu não tenho muita vontade de trabalhar com adolescente e criança não (...) Aí eu não me identifico com essa parte (Enf. PSE 68).*

*(...) Eu não gosto de trabalhar com isso aqui não: roda, não sei o quê, vídeo, essas coisas. Eu acho que tem que ter uma identificação (...) (Enf. PSE 76).*

Todavia, um dos enfermeiros relatou gostar do trabalho desenvolvido com o público de adolescentes.

*(...) eu gosto muito de trabalhar com os adolescentes. Queria até ter mais tempo de estar podendo me dedicar mais. Se eu pudesse estava lá na escola trabalhando com eles (Enf. PSE 19).*

Diante de tantas dificuldades expostas para a concretização do PSE, alguns dos depoentes afirmaram que as atividades do referido programa vem sendo impostas para eles pela gestão. Estes apresentavam rejeição em executar o programa, pois não se sentiam responsáveis em executar tais tarefas. Além disso, atribuíam o sentido de que faziam parte exclusivamente da ESF, não sendo o PSE um programa pertencente a eles.

Entretanto, o Decreto Nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 que institui o PSE e dá outras providências, estabelece em seu artigo 3º que “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” (BRASIL, 2007b).

*(...) só que sendo bem realista com você, todas as atividades que a gente está fazendo na escola estão sendo impostas. Não é nada programado (...) O Ministério manda uma ação, aí ligam: “Oh, amanhã é para fazer isso”. E (...) tenho que fazer (Enf. PSE 6).*

*(...) E fica uma dicotomia que eu sou PSF realidade e jogaram em cima de mim saúde do escolar. E eu não me sinto saúde do escolar. Eu me sinto PSF (...) Foi algo imposto. Foi algo que disseram que eu tinha que tirar carga horário do PSF para fazer, mas eu não me vejo PSE. Eu me vejo PSF. Dentro da equipe houve a rejeição a ser PSE, minha, do médico, dos demais profissionais (...) E eu não fui contratada para ser PSE. Eu fui contratada para ser PSF. É algo imposto. E nada que é imposto é bem-vindo (...) (Enf. PSE 7).*

*(...) eu sempre dizia isso nas reuniões: “Olha, junta a minha pouca vontade de fazer isso aí, com quase nenhuma da direção.” (...) (Enf. PSE 22).*

*(...) Porque não é um programa que está dentro da Estratégia Saúde da Família. Não está escrito lá que tem que ter. Aí a gente tinha que se organizar para procurar colocar um horário para puder fazer essa atividade lá. É outro problema (Enf. PSE 30).*

Alguns depoimentos sugeriram uma equipe de saúde diferenciada, ou seja, profissionais de saúde que não os da ESF para realização do PSE. A ideia é que outros profissionais estando vinculados somente às atividades que envolvessem a saúde dos escolares, teriam melhores condições de estabelecer vínculos mais efetivos com a comunidade escolar, além do que colheriam melhores resultados com o trabalho contínuo realizado com os educandos.

Todavia, prevalece o entendimento de que o acompanhamento e a assistência ao escolar deve ser tarefa da ESF, uma vez que esta tem como atribuição conhecer sua área de cobertura, ocupando-se em dar assistência integral não somente às famílias no ambiente restrito da moradia, mas dentro da perspectiva da territorialidade, a qual se incorporam os espaços escolares (ANTONIO; MENDES, 2013).

*(...) Porque não tem um médico específico da escola, envolvido só com a escola? (...) (Enf. PSE 3).*

*(...) A gente já chegou até a entrar numa discussão que esse programa (PSE) deveria ter uma equipe só para aquilo. Uma equipe que pudesse ser destinada para fazer só o PSE, fazer a saúde do escolar. Aí sim, poderia dar uma assistência maior, indo com mais frequência na escola, o vínculo seria bem mais fortalecido. Porque uma coisa é você ir com frequência, uma coisa é você ir em um mês e passar dois meses sem você ir. Quando você chega nos dois meses, eles estão quase terminando aquele semestre (...) (Enf. PSE 6).*

*(...) O PSE é importante, faz parte da Estratégia Saúde da Família, mas eu ainda sou a favor de que deveria ter uma equipe a parte como era antigamente. Posso até estar errada, mas dentro da minha realidade hoje, se tivesse uma equipe para fazer isso plenamente, seria melhor (...) (Enf. PSE 16).*

*(...) Eu acho que precisaria de uma equipe para isso. PSF envolvido no PSE de rotina, sequencia, acompanhamento, seguido, eu acho muito complicado, acho muito difícil. Se vier uma pessoa de fora, para caminhar com a gente ou então para*

*trabalhar a saúde do escolar... Precisaria ser gente de fora, eu acho. É meu ponto de vista, porque assim, a gente ter que tomar a iniciativa, fazer valer o negócio, eu acho muito difícil (...)* (Enf. PSE 59).

*(...) Esse PSE, o Programa Saúde na Escola, deveria ter um profissional exclusivo, porque o Programa está lá. Ele diz que vai ter um médico, um enfermeiro engajado, não sei o quê... Mas ele passa a ser uma coisa de cima para baixo, porque ele não tem esse médico e esse enfermeiro na escola. Ele não tem esse profissional, nem o dentista (...)* (Enf. PSE 76).

Por fim, três depoentes não verificaram dificuldade para efetivação das ações de prevenção de DST/Aids juntos aos adolescentes assistidos pelo PSE, embora tenham afirmado que não realizaram tais atividades.

*Não. Não vejo dificuldade. Eu até gosto de fazer, eu só não fiz dessa vez porque eu estava de férias. Mas eu gosto do PSE, gosto de palestra (...)* (Enf. PSE 45).

*(...) Não vejo dificuldade. É só mesmo porque o PSE tem esse critério, precisa da autorização dos pais para que a gente comece a iniciar os trabalhos. Então acho que não vai ter problema não quando a gente fazer lá* (Enf. PSE 61).

*(...) Então não foi nem dificuldade não, foi assim, a reunião que a gente teve com os professores, eles queriam que a gente abordasse mais outros assuntos, entendeu? E que essa parte de DST/Aids, eles já falavam que já era abordado na sala de aula com os professores. Então, foi isso que aconteceu. A gente pode até abordar esse ano, que a gente vai começar agora em maio, semana que vem, incluir esse assunto, mas não tem dificuldade. A gente tem material, tem álbum seriado, a gente não tem dificuldade* (Enf. PSE 65).

Diante dos resultados e das discussões acima, é possível perceber que as dificuldades para efetivação das ações voltadas à prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE são vastas e complexas, necessitando, portanto, de um longo caminho de mudanças a ser percorrido para o alcance de um PSE que realmente promova a saúde integral dos estudantes. A seguir, apresentamos uma análise avaliativa dos achados do estudo.

## 7 ANÁLISE AVALIATIVA

Apresentamos, agora, uma síntese avaliativa dos achados do estudo. Seguindo a proposta de Furtado (2006), após ter sido realizada descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos (capítulo anterior), é necessário avaliar, ou seja, emitir um julgamento sobre o significado dos achados, assim como salientar os pontos fortes e os fracos encontrados por meio da avaliação.

Em síntese, diante do *checklist* aplicado, bem como das entrevistas realizadas, a grande maioria dos sujeitos da pesquisa não realizou satisfatoriamente as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e, por conseguinte, não alcançaram os resultados esperados na linha de ação Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais

De acordo, com o Ministério da Saúde, na publicação Passo a Passo PSE, as seguintes ações devem ser realizadas, com os seguintes resultados na área:

Ações a serem realizadas:

- Encontros de mobilização e sensibilização sobre a importância de implementar, de forma contínua, atividades nos temas que envolvam a sexualidade, a desconstrução de mitos, a apresentação de dados epidemiológicos sobre DST/HIV/Aids e hepatites virais, dados sobre gravidez na adolescência, marcos legais sobre direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens;
- Atividades que utilizem metodologias participativas, como oficinas temáticas, vídeo de debates, gincanas, rodas de conversa, debates a partir de expressões artísticas, intervenção na comunidade;
- Processos de formação de estudantes nos temas de sexualidade, promoção da saúde, prevenção das DST/HIV/Aids e hepatites virais, saúde sexual e saúde reprodutiva para atuarem na perspectiva da educação entre pares;
- Envolver os educandos nos processos de planejamento, execução e avaliação das atividades;
- Debates com toda a comunidade escolar sobre a importância da participação juvenil;

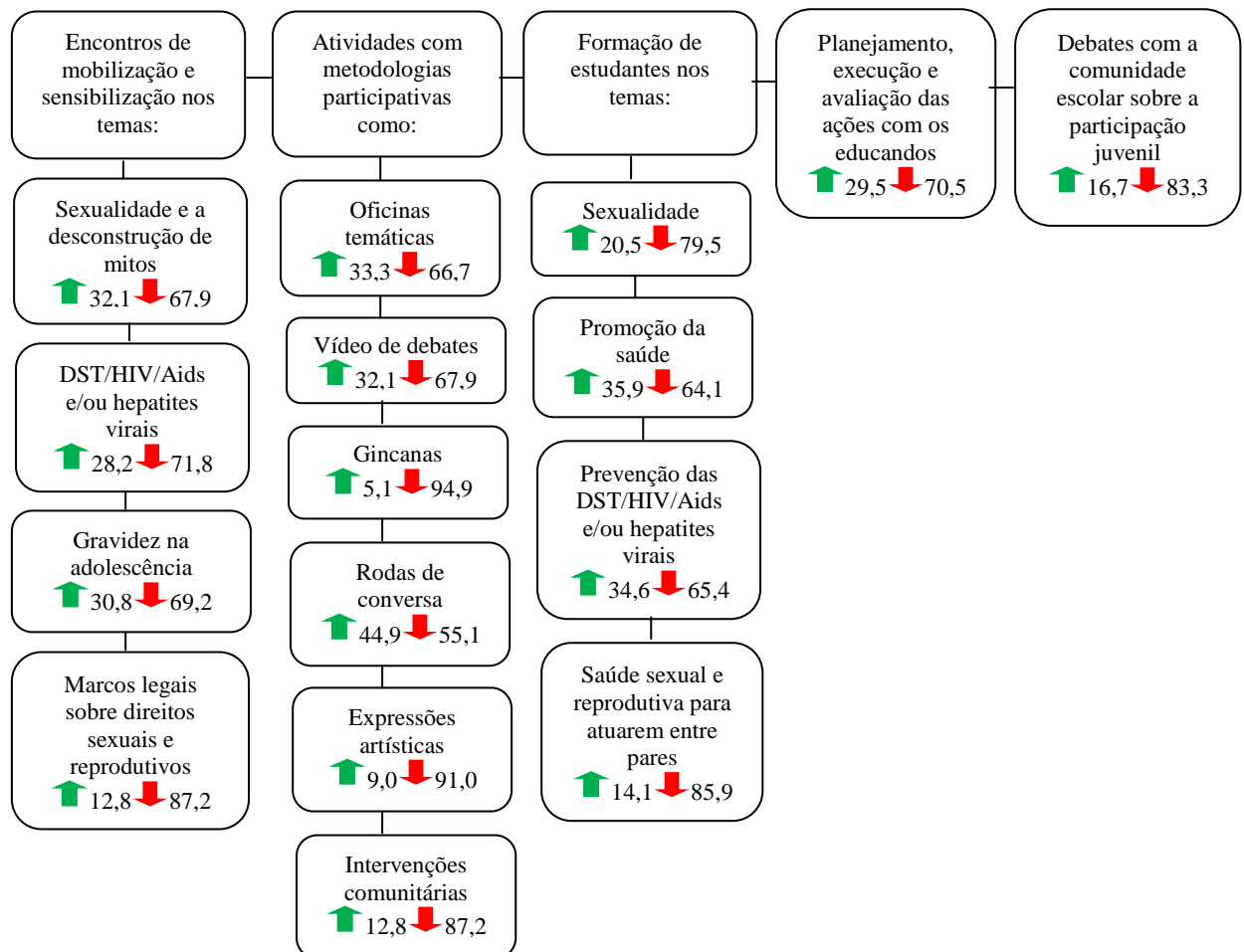
Resultados esperados:

- Inclusão das temáticas de saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids e hepatites virais nos projetos político-pedagógicos (PPP);
- Ações educativas e participativas sobre saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids e hepatites virais acontecendo de forma contínua nas escolas;
- Adesão dos educandos e da comunidade escolar às atividades desenvolvidas;

- Disponibilização de preservativos nas escolas;
- Adolescentes grávidas, se houver, encaminhadas para Unidade Básica de Saúde de referência;
- Adolescentes grávidas, se houver, acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde de referência e/ ou equipe de saúde de referência - pré-natal e pós-parto (BRASIL, 2011).

Entretanto, conforme as figuras abaixo, ações e resultados não foram realizados/alcançados pela maioria dos pesquisados (Figuras 1 e 2). Com isso, é possível afirmar que a atuação do enfermeiro nessa linha de ação do PSE encontrava-se limitada.

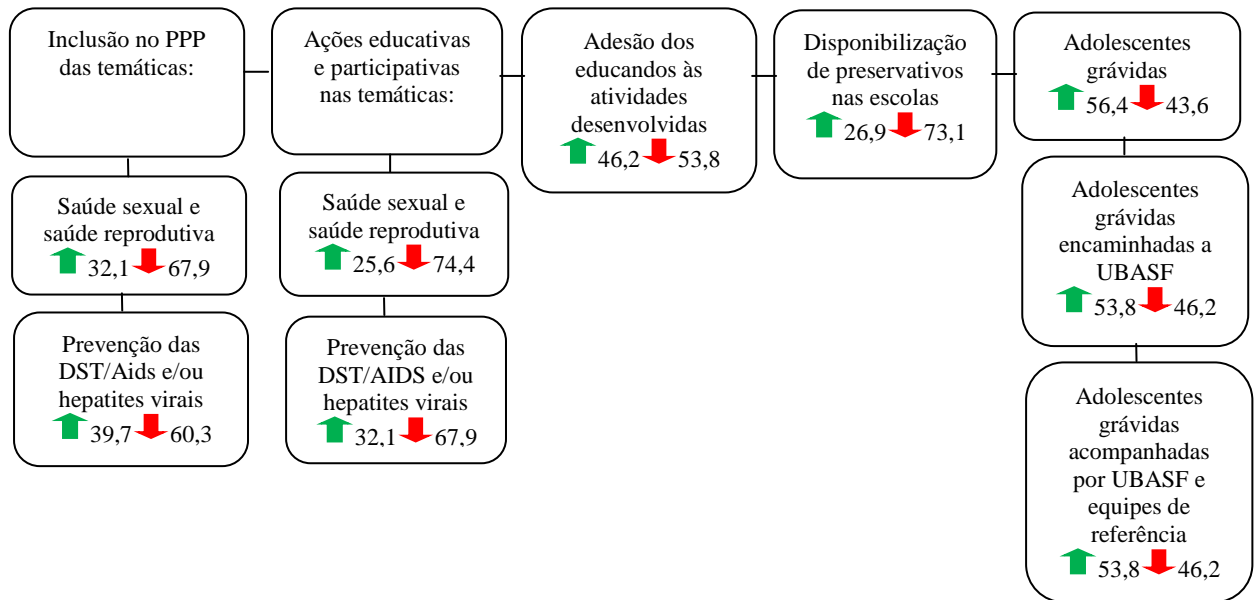
Figura 1 - Ações desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF que atuavam no PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais. Fortaleza, 2013.



Fonte: Checklist aplicado com enfermeiros participantes do estudo. Fortaleza, 2013

\* SIM NÃO

Figura 2 - Resultados alcançados segundo os enfermeiros da ESF que atuavam no PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais. Fortaleza, 2013.

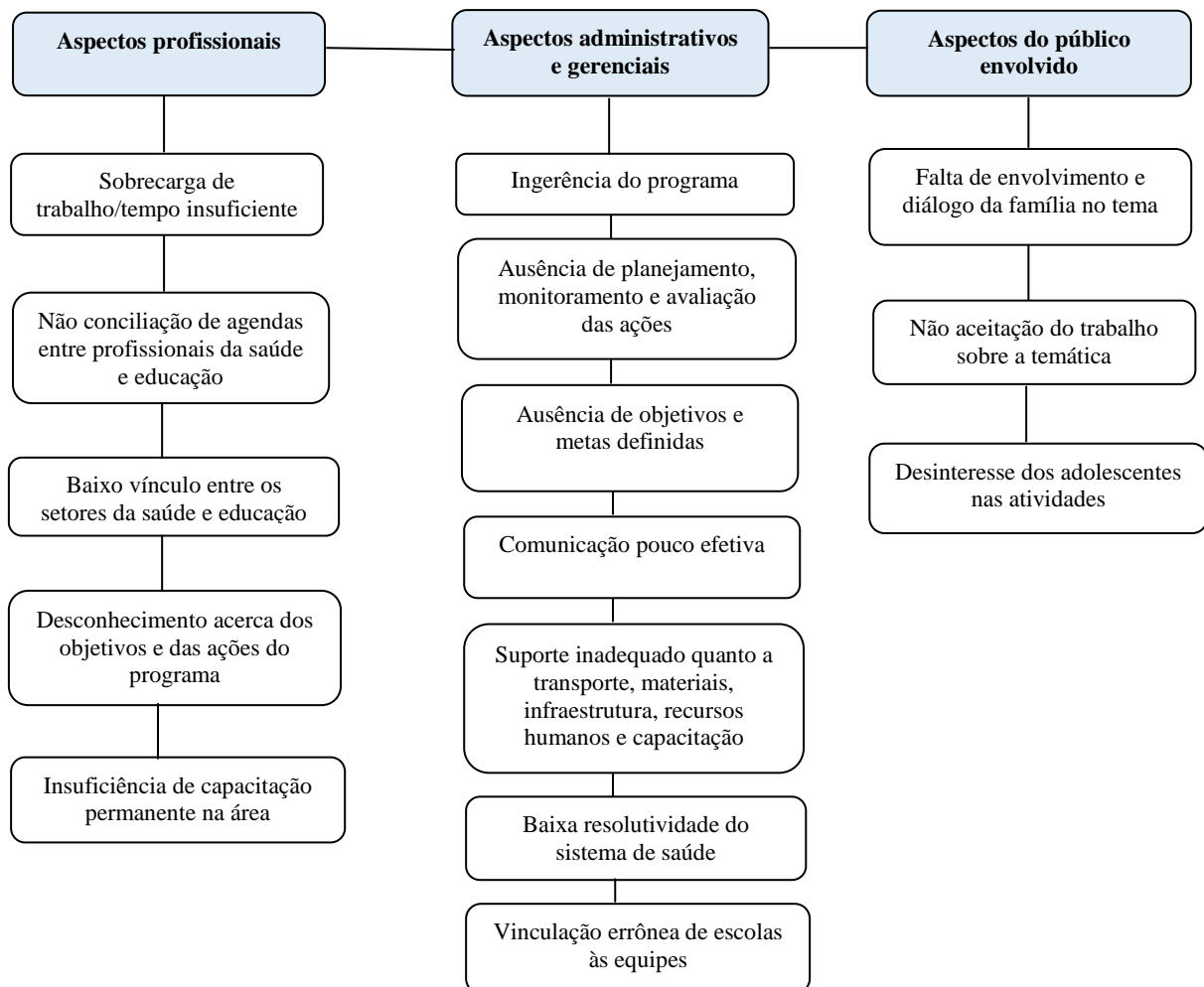


Fonte: Checklist aplicado com enfermeiros participantes do estudo. Fortaleza, 2013

\* ↑ SIM ↓ NÃO

Contudo, muitos obstáculos foram citados para a não efetivação dessas ações e o alcance dos resultados esperados pelos profissionais do estudo, sendo constatado que estes influenciam direta e indiretamente nos achados encontrados. Com isso, vemos que existiu a presença de aspectos profissionais (habilidades e competências), aspectos administrativos e gerenciais (papel das instâncias gestoras envolvidas no programa) e do público envolvido (adolescentes e famílias) que necessitam ser melhores desenvolvidos para que a atuação do enfermeiro nessa área venha acontecer a contento (Figura 3).

Figura 3 - Fatores dificultadores segundo os enfermeiros da ESF que atuavam no PSE para efetivação de ações que visam à prevenção de DST/Aids com adolescentes. Fortaleza, 2013.



Fonte: Entrevista realizada com enfermeiros participantes do estudo. Fortaleza, 2013

Com relação aos aspectos profissionais, a sobrecarga de trabalho dos pesquisados colaboravam para a não realização das ações, uma vez que a gama de atividades destes dentro da ESF era intensa, muitas vezes, não lhes oportunizando tempo suficiente para o PSE. Por sua vez, os profissionais que atuavam na educação também possuíam atividades letivas diárias, sendo dificultoso, por vezes, conciliar o horário disponível entre os profissionais de ambos os setores.

Portanto, faz-se necessário que os profissionais da saúde e da educação realizem programação conjunta das ações a serem executadas, por meio de um planejamento anual, para que tais atividades venham a constar efetivamente nos seus cronogramas, corroborado, inclusive, na fala de alguns depoentes.

Outro aspecto profissional frágil na atuação do enfermeiro nas ações que visam à prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE é o precário vínculo estabelecido entre estes e os profissionais ligados à escola, sendo demonstrado por uma comunicação e uma parceria pouco efetiva entre os mesmos, contribuindo para a não realização do trabalho de forma intersetorial. Todavia, há relatos que apontam que houve melhorias nesse aspecto, quando do esforço dos envolvidos.

Outra questão importante que diz respeito a aspectos profissionais é que grande parte dos trabalhadores desconheciam os objetivos e as diretrizes do PSE, bem como seus papéis e suas responsabilidades dentro do programa. Tal situação precisa ser revista, pois, por vezes, o programa vem sendo negligenciado, desvalorizado e desacreditado, justamente por aqueles que deveriam estar desenvolvendo (trabalhadores da saúde e da educação).

As falas corroboraram ainda mais tal pensamento quando expressaram a falta de apoio por parte da escola para a concretização das atividades e a visão errônea que profissionais ligados à escola apresentavam sobre o trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais do setor saúde no PSE. Como consequência, ainda, do desconhecimento dos profissionais acerca do programa, as falas demonstraram que as ações no contexto do PSE eram desenvolvidas tão somente nos períodos estabelecidos pelo Ministério da Saúde como *Semana Saúde na Escola*.

Um último ponto frágil relacionado aos aspectos profissionais que influenciam negativamente na atuação do enfermeiro na prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE é a insuficiência de capacitação para trabalharem com a temática junto a este público. Os relatos revelaram sentimento de insegurança, pudor, inabilidade, escassez na competência técnica para atuarem nessas ações. Assim, é preciso investir em educação permanente para estes profissionais, para que estes se sintam melhores capacitados e seguros para trabalharem com esse temática junto a este público.

Quanto aos aspectos administrativos e gerenciais, estes demonstraram ter considerável influência na atuação não satisfatória do enfermeiro nas ações que visam à prevenção de DST/Aids no PSE. É possível perceber que existe uma deficiência na gestão do PSE a nível local, regional e municipal, que pode ser constatada pela desorganização do programa, pelo não desenvolvimento junto aos envolvidos dos processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das atividades, pela não definição de objetivos e metas e por uma comunicação pouco efetiva entre gestão e trabalhadores.

Além disso, como parte, ainda, das fragilidades apresentadas pela gestão, esta não vem realizando o seu papel, ou seja, não vem oferecendo o suporte apropriado e devido aos

profissionais para o desenvolvimento das ações no programa, como materiais adequados para as atividades, transporte para deslocamento dos profissionais, estrutura física adequada para realização das atividades, recursos humanos suficientes, seja em quantidade ou em qualidade, e capacitação permanente para os profissionais na área, como citado.

Outro aspecto gerencial que se mostra negativo é a falta de resolutividade que o sistema de saúde possui, gerando transtornos a profissionais e a usuários quando problemas que não são resolvidos a nível de APS são encontrados, além da vinculação errônea de escolas à equipes da ESF que não pertencem a sua área de adscrição, contrapondo o que está preconizado na PNAB.

Destarte, a gestão do PSE em nossa capital precisa ser revista urgentemente, uma vez que tem demonstrado omissão com o programa, não desenvolvendo junto aos trabalhadores processos que motivem a concretização do PSE em escolas e unidades básicas de saúde.

Por fim, existem aspectos relacionados ao público-alvo envolvido, ou seja, adolescentes e famílias, que também influenciam negativamente na atuação do enfermeiro nas ações que visam à prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE. Um deles é a falta de envolvimento e participação da família, sobretudo dos pais, em dialogar sobre essa temática com seus filhos, sejam nos seus domicílios ou ambientes sociais onde estão inseridos. Outro ponto crucial é a não aceitação do trabalho dessa temática por parte de alguns atores envolvidos no processo (pais, profissionais da saúde e profissionais da educação), sendo demonstrado por meio de muitos relatos.

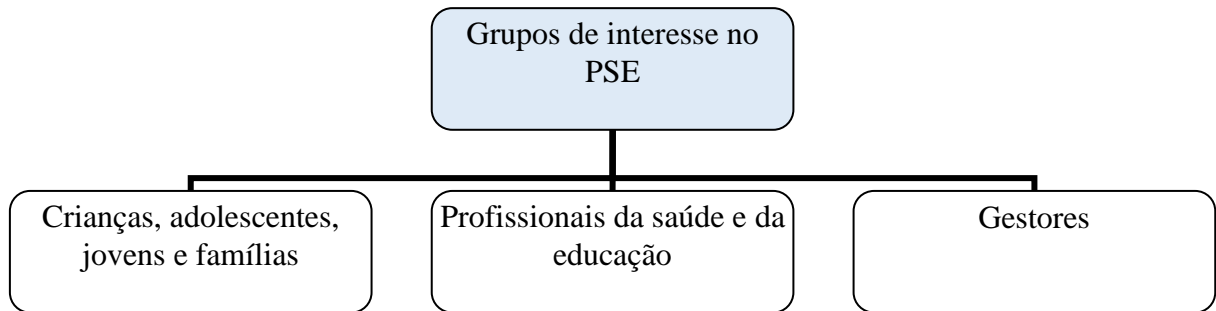
Por fim, os depoimentos também apresentaram como dificuldade o desinteresse, a desatenção, a presença de brincadeiras e a timidez de alguns adolescentes no momento das atividades sobre essa temática. Entretanto, generosa parte dos entrevistados afirmou que os adolescentes têm boa receptividade às atividades que visam à prevenção de DST/Aids, demonstrando interesse, curiosidade, participação e envolvimento destes.

Por conseguinte, é preciso refletir se o desinteresse dos adolescentes, bem como a baixa adesão dos mesmos às atividades realizadas, não estão relacionadas às estratégias adotadas pelos profissionais para abordarem essa temática, tendo em vista que grande parte dos relatos apresentaram a palestra como principal metodologia utilizada.

Por fim, seguindo, ainda, a proposta de Furtado (2006), é necessário identificar os grupos de interesse diretamente ligados a esse processo avaliativo, conforme figura abaixo:



Figura 4 - Grupos de interesse diretamente ligados ao processo avaliativo do estudo.



Após ter sido identificado os grupos de interesse no estudo, ou seja, as crianças, os adolescentes e os jovens cadastrados no PSE, bem como suas famílias, os profissionais da saúde e da educação que estão inseridos no programa (médicos, enfermeiros, dentistas, profissionais do NASF, profissionais de nível médio, ACS, professores, entre outros) e os gestores a nível municipal, estadual e federal (coordenadores, diretores, secretários, entre outros), pretendemos fazer a divulgação destes resultados a estes, visando as tomadas de decisão que se fizerem necessárias.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a avaliação emissão de um juízo de valor a respeito de uma intervenção, é possível afirmar que por meio dos aspectos levantados quantitativo e qualitativamente no estudo, a atuação do enfermeiro na prevenção de DST/Aids no PSE encontra-se limitada, não acontecendo conforme preconiza o Programa.

No entanto, por ser uma pesquisa avaliativa, buscamos também compreender o porquê deste achado, sendo constatado que existem importantes dificuldades no âmbito do PSE que colaboram para o resultado insatisfatório encontrado.

Com isso, obtivemos informações fundamentais que sugerem a necessidade de modificações urgentes no programa em nossa capital. A gestão do PSE a nível local, regional e municipal necessita ser revista. É preciso que as pessoas que a compõe tenham conhecimento adequado acerca do programa, realizem os processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das atividades de forma compartilhada, estabeleçam um canal de comunicação efetivo com os envolvidos nas ações e estimulem nos profissionais a importância da realização do programa de forma responsável e também prazerosa.

Além disso, para que o PSE aconteça a contento, é preciso oferecer espaços físicos adequados, transporte para o deslocamento das equipes, disponibilizar materiais didático-pedagógicos em número suficiente e apropriados, ou seja, tecnologias educacionais criativas e inovadoras que dinamizem e facilitem o ensino-aprendizagem, além de contratar mais profissionais com perfil e competência para as ações de promoção da saúde, promover capacitação permanente para os profissionais e dispor de uma rede de atenção que seja resolutiva aos problemas encontrados.

Por outro lado, os profissionais, sejam do setor da educação, sejam do setor saúde, também necessitam fazer sua parte, se apropriando e se envolvendo com o Programa. Apesar das inúmeras atribuições que ambos possuem, estes precisam organizar suas agendas para que contemplem o PSE como uma atividade tão importante quanto aos outros programas atribuídos à ESF e escola.

Também é importante que o Ministério da Saúde reavalie a estratégia adotada, atualmente, denominada *Semana Saúde na Escola*, em que os profissionais se deslocam das unidades básicas de saúde, sem tempo para um planejamento prévio das ações, para trabalharem com temas específicos elegidos pelo próprio Ministério, que nem sempre estão condizentes com as reais necessidades dos educandos, com datas também fixadas pelo Ministério e com a cobrança de preenchimento de fichas e dados em sistemas.

É preciso repensar se tais ações realmente são capazes de promover o desenvolvimento pleno dos estudantes, conforme estabelece o Programa. Além disso, é preciso repensar tal estratégia, pois tem atribuído nos profissionais a ideia de que as ações voltadas para a saúde do escolar devem ser realizadas tão somente neste momento.

Ademais, tendo em vista a alta magnitude dos casos de DST/HIV em jovens e adolescentes, faz-se necessário que os serviços de saúde ampliem seus esforços para realizarem ações no campo da prevenção. É imprescindível que jovens e adolescentes adquiram conhecimentos sólidos sobre infecções sexualmente transmissíveis, intensificando, assim, a capacidade de fazer escolhas mais saudáveis e adotar comportamentos mais seguros.

Desse modo, mesmo diante dos problemas encontrados no âmbito da PSE, é importante que os profissionais tenham o entendimento acima e com isso priorizem atividades educativas voltadas para a prevenção de DST/Aids de maneira contínua junto aos adolescentes, utilizando-se de abordagens diferenciadas, participativas e inclusivas que sejam capazes de agregar o conhecimento científico e popular, gerando maior relação entre o saber e as práticas e maior apropriação crítica da realidade.

Sugerimos, portanto, a realização de fóruns de discussão entre os envolvidos com o programa, a fim de que aqueles enfermeiros que vem realizando ações, continuamente, por meio de estratégias apropriadas voltadas à prevenção de DST/Aids junto aos adolescentes do PSE, compartilhem seus conhecimentos e experiências, colaborando para que os demais profissionais vislumbrem a possibilidade desta atuação, oportunizando o alcance de melhores resultados nesta área.

Também é imprescindível oportunizar espaços de discussão que envolvam os pais e a família para debater as questões que abrangem a sexualidade e a desconstrução dos mitos nessa área, oportunizando que famílias e adolescentes tenham maior abertura e diálogo para tratar do tema, seja nos domicílios ou nos demais espaços sociais que os adolescentes encontram-se inseridos.

Nesse sentido, acreditamos que com o esforço e o compromisso de todos os envolvidos com o PSE, é possível implementar uma política pública com base em ações intersetoriais entre as unidades de saúde e as escolares, que seja capaz de colaborar, de fato, com a promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. E, não somente isso, mas capaz de promover uma formação e atenção integral dos estudantes, levando a uma melhoria da qualidade de vida e saúde destes sujeitos.

## 9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- ✓ A disponibilização de informações não fidedignas por parte das Secretarias Regionais (SR) sobre a distribuição das equipes do Programa Saúde na Escola (PSE) nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), bem como sobre aquelas que possuíam enfermeiro atuando;
- ✓ A mudança de gestão na administração municipal, provocando mudanças no quadro de pessoal nas SR, sobretudo aqueles que estavam à frente do PSE;
- ✓ Algumas UAPS encontravam-se em reforma, tornando difícil a localização dos novos pontos de atendimento dos profissionais à população, como igrejas e escolas, em que não tínhamos o endereço correto;
- ✓ A não localização de vários enfermeiros via telefone para marcação da entrevista e aplicação do *checklist*, uma vez que não foi disponibilizado o telefone móvel destes e algumas UAPS não possuíam telefone fixo;
- ✓ O deslocamento no momento da coleta de dados para as várias unidades de saúde situadas em pontos distantes nas seis diferentes regionais;
- ✓ A desinformação sobre o trabalho desenvolvido pelo PSE por parte de muitos trabalhadores lotados na parte gerencial das UAPS;
- ✓ Profissionais enfermeiros afastados por licenças ou férias;
- ✓ Algumas UAPS localizadas muito próximas à área de risco para violência;
- ✓ A falta de compreensão de alguns profissionais sobre a importância da realização da pesquisa.

## **10 SUGESTÕES PARA OUTROS ESTUDOS**

- ✓ Sugere-se estudos investigativos/avaliativos em outras capitais do país a fim de averiguar se os resultados quanto a atuação do enfermeiro na prevenção de DST/Aids no Programa Saúde na Escola são semelhantes ou não;
- ✓ Na capital da pesquisa, sugere-se estudos do tipo investigativo/avaliativo junto aos demais grupos de interesse do Programa Saúde na Escola, como outros profissionais da área da saúde, profissionais da educação, adolescentes e famílias assistidas pelo PSE e profissionais que compõe a gestão do programa.
- ✓ Por fim, diante dos resultados da pesquisa, sugere-se a realização de um estudo de intervenção junto ao grupo de enfermeiros participantes da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L. H. S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. A percepção dos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família sobre os grupos de Promoção da Saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 401-408, abr./jun. 2012.
- ALVES e SILVA, A. C. M. et al. A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e Sociedade.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 159-169, 2010.
- AMARANTE, A. G. M.; SOARES, C. B. S. Políticas públicas de saúde voltadas à adolescência e à juventude no Brasil. In: BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E. (Org.). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009. v. 1. p. 42-60.
- ANTONIO, M. A. R. G. M.; MENDES, R. T. **Saúde Escolar e Saúde do Escolar [Internet]**. Disponível em: <[http://www.fef.unicamp.br/fef/qvaf/livros/alimen\\_saudavel\\_ql\\_af/escolares/escolares\\_cap1.pdf](http://www.fef.unicamp.br/fef/qvaf/livros/alimen_saudavel_ql_af/escolares/escolares_cap1.pdf)> Acesso em: 09 nov. 2013.
- ARANTES, R. C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Rev APS.**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 189-198, 2008.
- AZEVEDO, E.; PELICIONE, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-557, 2012.
- BARBOSA, S. M.; COSTA, P. N. P.; VIEIRA, N. F. C. Estágios de mudança dos pais nas conversas com os filhos sobre prevenção HIV/AIDS. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 1019-1024, 2008.
- BARROSO, T.; MENDES, A.; BARBOSA, A. Análise do fenômeno do consumo de álcool em adolescentes: estudo realizado com adolescentes do 3º ciclo de escolas públicas. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 347-353, 2009.
- BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. Educação em saúde no contexto da promoção humana. In: BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (Org.). **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003. p. 15-20.
- BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trab. Educ. Saúde.**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 157-173, 2011.
- BESERRA, E. P.; ARAÚJO, M. F. M.; BARROSO, M. G. T. Promoção da saúde em doenças transmissíveis – uma investigação entre adolescentes. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 402-407, 2006.

BORGES, A. L. V.; NICHATA, L. Y. I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 422-427, 2006.

BOSSEMEYER, D.; MOURA, E. R. F. **Formação de formadores:** manual de referência. Baltimore: JHPIEGO/Johns Hopkins University, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo Programa Saúde na Escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, Ano VIII, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Acesso universal no Brasil:** cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde do Adolescente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente:** competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal:** saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

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

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Rotinas para Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS**. 1ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. (Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, Declaração de Santafé de Bogotá, Rede dos mega-países, Carta de Otawa, Declaração de Sundsvall, Declaração de Jacarta, Declaração do México). Brasília: Ministério da Saúde, DF, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Protagonismo juvenil: caderno de atividades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 100 p.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 404-416, 2005.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev Saúde Pública.**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 61-68, 2007.

CAMARGO, E. A. I.; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 937-946, 2009.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, mar./abr. 2008.

CATRIB, A. M. F. et al. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (Org.). **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003. p. 31-38.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTADRIPOULOS, A. P.; HARTZ, Z (Org). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. 292 p.

CORRÊA, A. C. P.; FERRIANI, M. G. P. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 449-453, 2005.

CRUZ, M. M.; REIS, A. C. Monitoramento & avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W (Org). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. p. 415-426.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 43-57

DIAS, F. L. A. et al. Riscos e vulnerabilidades relacionados na adolescência. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 456-461, 2010.

DIGIÁCOMO, M. J. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado**. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná, 2010.

FERREIRA, A. G. N. et al. Promoção da saúde no cenário religioso: possibilidades para o cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 744-750, 2011.

FERREIRA, A. G. N. et al. Cultura masculina e religiosidade na prevenção das DST/HIV/AIDS em adolescentes. **Revista Mineira de Enfermagem.**, v. 16, n. 4 p. 572-578, 2012.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Org). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1-13

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS, sífilis em gestante e transmissão vertical da sífilis e do HIV**. Fortaleza: SMS, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2006-2009**. Fortaleza: SMS, 2008.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 715-739.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GOMES, J. P. As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. **Educação.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 84-91, 2009.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 79-108.

GOULART, R. M. M. Promoção de saúde e o Programa Escolas Promotoras da Saúde. **Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde.**, São Caetano do Sul, v. 1, n. 1, p. 14-21, 2006.

GUBERT, F. A.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C.; ORIÁ, M. O. B.; ALMEIDA, P. C.; ARAÚJO, T. S. Tradução e validação da escala Parent-adolescent Communication Scale: tecnologia para prevenção de DST/HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2013.

HANK, V. L. C. **O espaço físico e sua relação no desenvolvimento e aprendizagem da criança** [Internet]. 2006. Disponível em: <<http://meuartigo.brasilecola.com/educacao/o-espaco-fisico-sua-relacao-no-desenvolvimento-aprendizagem-.htm>> Acesso em: 09 nov. 2013.

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

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.884-894, 2012.

LAPA, M. C. S. et al. N. Programa Embu Enxergando Melhor: uma proposta de atenção integral à saúde ocular em pré-escolares. **Rev Paul Pediatría**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 113-118, 2008.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palotti, 2001,

LIMA, I. F. S. et al. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 944-952, 2012.

LOPES, G. T. et al. O enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 712-716, dez. 2007.

MACIEL, E. L. N. et al. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-396, 2010.

MARTINI, J. G.; BANDEIRA, A. S. Saberes e práticas dos adolescentes na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 160-163, mar./abr. 2003.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

MONTEIRO, E. M. L. M. et al. Percepção de adolescentes infratoras submetidas à ação socioeducativa sobre assistência à saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 323-330, abr./jun. 2011.

MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 649-656, 2010.

MORAIS, A. P. P. **Saúde mental na Atenção Básica: o desafio da implementação do apoio matricial**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de Promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1827-1834, 2010.

MOTA, R. 95% dos municípios do CE têm casos de aids. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, p. 13, 01 dez. 2010.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Problemas de la salud de la adolescencia**. Informe de un comité de expertos de la O.M.S (Informe técnico n° 308). Ginebra: OMS, 1965.

PAIVA, V.; ARANHA, F.; BASTOS, F. I. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 54-64, jun. 2008.

PINAFO, E. et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2 p. 201-221, 2011.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade em saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Ed.). **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/Uerj; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: Abrasco, 2008. p. 17-41.

PINTO, J. M.; GERHARDT, T. E. Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à Saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). **Rev. Adm. Pública.**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 305-326, 2013.

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

QUIRINO, G. S.; ROCHA, J. B. T. Prática docente em educação sexual em uma escola pública de Juazeiro do Norte, CE, Brasil. **Ciênc. educ. (Bauru)**, Bauru, v. 19, n. 3, p. 677-694, 2013.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 117-138, 2009.

RESSEL, L. B.; JUNGES, C. F.; SEHNEM, G. D.; SANFELICE, C. A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. **Esc Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 245-250, 2011.

ROECKER, S, BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JÚNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

SILVA, J. L. L. **Conhecendo o Programa de Saúde do Adolescente [Internet]**. Junho/2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/disicamep/prosad.htm>> Acesso em: 15 mai. 2012.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

SILVA, L. A. et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 48-56, 2009.

SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-599, 2011.

SOUZA, M. M. et al. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 16, p. 102-105, 2007.

SOUSA, L. B. et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.

STEWART-BROWN, S. Evaluación de la promoción de la salud en las escuelas: reflexiones. In : ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Evaluación de la promoción de la salud: principios y perspectivas**. Washington, D. C: OPS, 2007. p. 263-274.

SUÁREZ-MUTIS, M. C. et al. Efeito de ação educativa participativa no conhecimento de professores do ensino básico sobre malária. **Rev Saúde Pública.**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 931-937, 2011.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 282-290, 2004.

TORRES, C. A.; BEZERRA, E. P.; BARROSO, M. G. T. Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 296-302, 2007.

UNAIDS. **Relatório mundial da epidemia de AIDS 2011 [Internet]**. Genebra, 2011. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/arquivos/FS-Global.pdf>> Acesso em: 20 out. 2012.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2011 [Internet]**. Fevereiro, 2011. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf) > Acesso em: 09 nov. 2013.

VARGAS, I. C. S. et al. Avaliação de programa de prevenção de obesidade em adolescentes de escolas públicas. **Rev Saúde Pública.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 59-68, 2011.

## **APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

1. Eu gostaria de saber quais as ações que você realiza ou já realizou para prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE.
2. Qual a periodicidade dessas ações realizadas?
3. Qual a quantidade de adolescentes que participam dessas ações e qual o tipo de envolvimento deles nessas ações?
4. Quais as barreiras, impasses ou dificuldades para efetivação dessas ações para prevenção de DST/Aids com adolescentes no PSE?

### APÊNDICE B - CHECKLIST – ENFERMEIROS

AÇÕES DESENVOLVIDAS	SIM	NÃO
<b>1.</b> Houve encontros de mobilização e sensibilização sobre a importância de implementar, de forma contínua, atividades nos temas que envolvem:	-	
- a sexualidade e a desconstrução de mitos?		
- apresentação de dados epidemiológicos sobre DST/HIV/Aids e/ou hepatites virais?		
- apresentação de dados sobre gravidez na adolescência?		
- discussão sobre os marcos legais sobre direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens?		
<b>2.</b> Houve desenvolvimento de atividades que utilizassem metodologias participativas, como:	-	
- oficinas temáticas?		
- vídeo de debates?		
- gincanas?		
- rodas de conversa?		
- debates a partir de expressões artísticas?		
- intervenção na comunidade?		
<b>3.</b> Houve processos de formação de estudantes nos temas de:	-	
- sexualidade?		
- promoção da saúde?		
- prevenção das DST/HIV/Aids e/ou hepatites virais?		
- saúde sexual e saúde reprodutiva para atuarem na perspectiva da educação entre pares?		
<b>4.</b> Houve atividade que envolvesse os educandos nos processos de planejamento, execução e avaliação das atividades?		
<b>5.</b> Houve debates com toda a comunidade escolar sobre a importância da participação juvenil?		

RESULTADOS ALCANÇADOS	SIM	NÃO
<b>1.</b> Você considera que houve inclusão das seguintes temáticas nos projetos político-pedagógicos (PPP):	-	
- saúde sexual e saúde reprodutiva?		
- prevenção das DST/Aids e/ou hepatites virais?		
<b>2.</b> Houve a realização de ações educativas e participativas sobre as seguintes temáticas acontecendo de forma contínua na escola:	-	
- saúde sexual e saúde reprodutiva?		
- prevenção das DST/Aids e/ou hepatites virais?		
<b>3.</b> Você considera que houve adesão dos educandos e da comunidade escolar às atividades desenvolvidas?		
<b>4.</b> Houve disponibilização de preservativos nas escolas (requer acordo com os pais, responsáveis e comunidade escolar)?		
<b>5.</b> Houve casos de adolescentes grávidas na escola?		
- Se sim, elas foram encaminhadas para a Unidade Básica de Saúde de referência?		
- E elas foram acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde de referência e/ ou equipe de saúde de referência durante o pré-natal e pós-parto?		



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

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **Avaliação da atuação do enfermeiro na prevenção de DST/Aids com adolescentes no Programa Saúde na Escola**, a qual tem como objetivo avaliar a atuação dos enfermeiros na prevenção de DST/AIDS com adolescentes no Programa Saúde na Escola. Sua participação é importante, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.

Para a coleta dos dados, teremos encontro na unidade de saúde, onde realizaremos uma entrevista com a utilização de um gravador, com a sua devida permissão, para nos auxiliar na coleta de dados, além da aplicação de um *checklist*.

Tendo em vista a importância de sua participação nessa pesquisa, convido-o a participar do estudo, mediante a sua autorização, sendo necessário esclarecer que: a sua participação deverá ser de livre e de espontânea vontade; ao participar da pesquisa, você ficará exposto a riscos mínimos; a sua identidade será mantida em sigilo. Informo, ainda, que:

- ❖ Você tem direito de não participar dessa pesquisa, se assim desejar.
- ❖ Certifico que os participantes do estudo não terão nenhuma despesa de qualquer natureza.
- ❖ Garanto-lhe o anonimato e segredo quanto ao seu nome, e quanto às informações dadas durante a pesquisa. Não divulgarei nenhuma informação que possa identificar você ou seu(s) filho(s) ou que esteja relacionada com a intimidade da sua família.
- ❖ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.
- ❖ Você não receberá nenhum pagamento para participar da pesquisa.
- ❖ Somente após devidamente esclarecida e ter entendido o que foi explicado acima, você deverá assinar este documento em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador.

**Endereço do responsável pela pesquisa:**

**Nome: Adna de Araújo Silva**

**Instituição: Universidade Federal do Ceará**

**Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1266 - Rodolfo Teófilo.**

**Telefones para contatos: 3366.8461**

**Também podemos informá-los diante de qualquer dúvida, através do Comitê de Ética (COMPEPE).  
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo. Fone: 3366-8344**

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

<p style="text-align: center;">Assinatura do voluntário (Enfermeiro)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Testemunha</p>	<p style="text-align: center;">Nome e Assinatura do (S) dos responsável (eis) pelo estudo.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Nome do Profissional que aplicou o TCLE</p>
--	---

**ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Atuação do enfermeiro na prevenção de DST/HIV/AIDS no contexto do Programa Saúde na Escola

**Pesquisador:** Adna de Araújo Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 11090513.7.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 209.337

**Data da Relatoria:** 28/02/2013

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de dissertação baseado nos seguintes questionamentos: quais são as ações que os enfermeiros realizam para a prevenção de DST/HIV/AIDS com adolescentes no contexto do PSE e qual a eficácia destas ações para os adolescentes? Pesquisa de avaliação, com abordagem qualitativa que será desenvolvida em seis escolas localizadas nas seis diferentes Secretarias Executivas Regionais (SER), bem como nos seis centros de saúde da família (CSF) vinculados a estas escolas. As escolas serão selecionadas baseadas nos seguintes critérios de inclusão: possuírem o Programa Saúde na Escola (PSE) implantado e contarem com a atuação direta de enfermeiros no desenvolvimento das ações propostas pelo PSE. Serão sujeitos da pesquisa enfermeiros e adolescentes. Os enfermeiros deverão ser servidores públicos, estar vinculados a apenas uma escola para realização das atividades do PSE, atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF) do CSF pelo período mínimo de 1 ano e desenvolver atividades do PSE junto à escola selecionada pelo período mínimo de 1 ano. Os adolescentes que participarão deste estudo deverão encontrar-se na faixa etária de 10 a 19 anos, estar matriculados na escola selecionada e participar das atividades do PSE a pelo menos 1 ano, período no qual deverão ter participado das atividades propostas pelo Programa. Serão adotadas a entrevista semi-estruturada, que será realizada com os enfermeiros no CSF, e a técnica de grupo focal que será realizada com os adolescentes na escola onde estudam. Para apreender melhor as informações desejadas, será utilizado um gravador para o registro das falas, a fim de que se obtenha maior fidedignidade na

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



transcrição dos dados. A entrevista será guiada por questões referentes a identificação e ações desenvolvidas para a prevenção de DST/HIV/AIDS. Os adolescentes serão constatados na escola onde estudam e a eles serão apresentados a finalidade e objetivos da pesquisa. As sessões grupais serão desenvolvidas na própria escola, em salas que possuam um ambiente tranquilo, confortável, de fácil acesso, livre de ruídos e que possibilite a captação das falas sem muitas interferências, utilizando-se um roteiro para a condução dos grupos focais, que será constituído por questões norteadoras a fim de identificar as ações realizadas para prevenção de DST/HIV/AIDS com os mesmos e de avaliar a eficácia dessas ações. Serão formados seis grupos focais (um em cada escola) com seis a dez participantes. O tempo de duração variará entre uma e duas horas. Haverá uma moderadora e uma observadora. Será utilizado também o diário de campo, a fim de permitir o registro detalhado do conteúdo das observações no campo de pesquisa. Para a organização e análise dos resultados, será tomado por referência o Método de Interpretação dos Sentidos.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Geral:** Avaliar a atuação dos enfermeiros na prevenção de DST/AIDS com adolescentes no Programa Saúde na Escola.

**Específicos:** Identificar as ações realizadas pelos enfermeiros para a prevenção de DST/AIDS com adolescentes no Programa Saúde na Escola; Investigar, por meio dos adolescentes e enfermeiros, a eficácia das ações voltadas para a prevenção de DST/AIDS no Programa Saúde na Escola; Analisar fatores dificultadores e facilitadores para a efetivação das ações pelos enfermeiros para a prevenção de DST/AIDS com adolescentes no Programa Saúde na Escola.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O estudo possui um risco mínimo.

**Benefícios:**

A realização deste estudo será relevante para a Enfermagem, pois ao avaliar a atuação do enfermeiro na prevenção de DST/HIV/AIDS com adolescentes no contexto do PSE, haverá maiores condições para se propor ações de saúde mais efetivas no espaço escolar, importante cenário para a Promoção da Saúde do adolescente, fortalecendo a atuação do enfermeiro no processo de cuidar por meio da Educação em Saúde dentro do PSE. Além disso, ao atuar na prevenção de DST/HIV/AIDS, por meio de ações de Educação em Saúde, o enfermeiro pode colaborar na melhoria da qualidade de vida e saúde dos adolescentes, reduzindo a vulnerabilidade dos mesmos e

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



colaborando, assim para a redução da transmissão destas doenças nesta população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para a área de saúde na escola. Há descrição sucinta das justificativas e objetivos do projeto e detalhamento dos procedimentos metodológicos.

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

O pesquisador apresentou: carta de anuência do Sistema Municipal de Saúde Escola; carta de autorização da Secretaria Municipal de Educação; cronograma com coleta começando em março de 2013; currículo do pesquisador principal; folha de rosto assinada pelo chefe do DENF / UFC; orçamento; carta de encaminhamento ao CEP; declaração de concordância na participação dos envolvidos no estudo; TCLE para enfermeiros e responsáveis; Termo de assentimento para adolescentes.

**Recomendações:**

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

Projeto sem pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 01 de Março de 2013

---

Assinado por:

**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br