



Manual Metodológico

Avaliação da Intersectorialidade no Programa Saúde na Escola

Utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

Manual Metodológico

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola

Utilização da Metodologia de Avaliação Rápida



Izabel do Rocio Costa Ferreira
Samuel Jorge Moysés
Beatriz Helena Sottile França
Simone Tetu Moysés

Manual Metodológico

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola

Utilização da Metodologia de Avaliação Rápida


CHAMPAGNAT
EDITORA • PUCPR

Curitiba | 2014

© 2014, Izabel do Rocio Costa Ferreira e outros
2014, Editora Universitária Champagnat

Este livro, na totalidade ou em parte, não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização expressa por escrito do Editor.

Editora Universitária Champagnat

Direção: Ana Maria de Barros

Editora-chefe: Rosane de Mello Santo Nicola

Capa e projeto gráfico: Rafael da Matta Hasselmann

Diagramação: Rafael da Matta Hasselmann

Revisão de texto e normas: Bruno Pinheiro Ribeiro dos Anjos,
Debora Carvalho Capella e Thaisa Socher

Conselho Editorial

Alceu Souza
Eduardo Biacchi Gomes
Elisângela Ferretti Manfrra
Elizabeth Carvalho Veiga
Lorete Maria da Silva Kotze
Lucia Teresinha Peixe Maziero
Mônica Panis Kaseker
Ruy Inacio Neiva de Carvalho
Sérgio Rogério Azevedo Junqueira

Editora Universitária Champagnat

Rua Imaculada Conceição, 1155 – Prédio da Administração – 6º andar
Câmpus Curitiba – CEP 80215-901 – Curitiba (PR)

Tel.: (41) 3271-1701

editora.champagnat@pucpr.br – www.editorachampagnat.pucpr.br

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde
na Escola : utilização da metodologia de
avaliação rápida / Izabel do Rocio Costa
Ferreira...[et al.]. -- Curitiba : Editora
Champagnat, 2014.

Outros autores: Samuel Jorge Moysés, Beatriz
Helena Sottile França, Simone Tetu Moysés
ISBN 978-85-7292-311-8

1. Escolas - Programas de saúde 2. Escolas -
Serviços de promoção da saúde 3. Saúde - Promoção
4. Saúde escolar - Pesquisa I. Ferreira, Izabel do
Rocio Costa. II. Moysés, Samuel Jorge.
III. França, Beatriz Helena Sottile. IV. Moysés,
Simone Tetu.

14-00035

CDD-371.71

SUMÁRIO

PREFÁCIO | 7

PRÓLOGO | 9

APRESENTAÇÃO | 11

INTRODUÇÃO | 13

O OBJETIVO DA METODOLOGIA | 15

FUNDAMENTOS DA METODOLOGIA | 17

PASSOS METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO RÁPIDA | 19

CONSIDERAÇÕES FINAIS | 57

REFERÊNCIAS | 59

ANEXO | 65

GLOSSÁRIO | 67

SOBRE OS AUTORES | 69



PREFÁCIO

Ações direcionadas a fazer cumprir os princípios e componentes para realizar a estratégia de promoção da saúde são produtos de processos sociais complexos e de longo prazo. Por isso, é necessário obter não só informações sobre os resultados finais da intervenção, mas também informações que permitam identificar e compreender o processo social que conseguiu produzir tais resultados.

Embora grandes esforços tenham sido feitos para fortalecer a teoria e a prática da avaliação, ainda existem lacunas teóricas e metodológicas, bem como desafios estratégicos para articular a pesquisa avaliativa com a tomada de decisão. Garantir a validade, a utilidade, a relevância e a viabilidade da realização da avaliação dessas iniciativas não é necessariamente uma tarefa fácil; ao contrário, tornou-se um desafio perante restrições motivadas por diversas variáveis, algumas fora do controle do avaliador. Esse desafio é ainda maior em situações que muitas vezes surgem quando do planejamento da avaliação, tais como: a diversidade e a incompatibilidade dos interesses dos usuários da informação; as limitações de recursos; o horizonte de tempo e oportunidades da informação; correspondência destes últimos a situação política (tomada de decisão) e as abordagens metodológicas para atender às demandas de partes interessadas (complexidade).

Diversas variáveis interagem no desenvolvimento de avaliações de intervenções em saúde pública e promoção da saúde, especialmente quando se trata de intervenções sociais complexas, destacando-se as seguintes: a capacidade dos avaliadores de aplicar abordagens metodológicas consistentes com a complexidade dessas intervenções; influência de variáveis estruturais políticas, sociais e culturais que influenciam não só os resultados, mas também a implementação da avaliação.

Outro aspecto que aumenta a complexidade desse tipo de avaliação diz respeito à articulação da pesquisa avaliativa com a tomada de decisão, ou seja, aproximar a ciência da política e da prática, confrontando diferentes perspectivas e abordagens metodológicas para estudar a realidade e estimar a efetividade da resposta. No entanto, qualquer que seja a perspectiva, sempre haverá uma necessidade de se produzir informações cientificamente válidas e socialmente relevantes e úteis.

Por isso, a avaliação dessas iniciativas exige a aplicação de abordagens metodológicas apropriadas para identificar e compreender as interações entre essas variáveis e sua influência sobre a implementação e os resultados, tanto da intervenção quanto da avaliação. Por essa razão, a avaliação da efetividade e do impacto dessas intervenções é um desafio que se deve enfrentar urgentemente. Deve-se ter em conta, também, que articular a avaliação com processos de tomada de decisão não é fácil. No entanto, ter clareza sobre a natureza da intervenção, seu alcance e os fatores contextuais que poderiam influenciá-la facilita esse processo e, sobretudo, contribui para analisar e interpretar as informações.

Este manual de *metodologia de avaliação rápida* é um claro exemplo da persistência e do esforço dos autores para encontrar abordagens metodológicas para a avaliação de intervenções sociais, sem sacrificar a necessidade imperativa de dar conta dos processos que levaram às mudanças. Os autores fornecem ao leitor não só um instrumento metodológico, mas uma estratégia para tornar a avaliação um meio para criar conhecimento e capacidade local a fim de melhorar a teoria e a prática da promoção da saúde e da saúde pública.

No meu caso, sinto uma grande satisfação com o progresso descrito nesta publicação, que não apenas mostra resultados significativos para a tomada de decisões em torno da estratégia de escolas saudáveis, mas também faz contribuições teóricas e metodológicas no que tange às iniciativas de pesquisa avaliativa cuja natureza não responde necessariamente às regras e aos pressupostos teóricos que fundamentam os estudos epidemiológicos; pelo contrário, são obrigadas a articular conceitual e metodologicamente diversas perspectivas para indagar e explicar a realidade.

Convido-os a ler esta publicação, bem como a continuar na busca por novas propostas metodológicas ou pelo fortalecimento das existentes, por meio das quais podemos articular tanto a pesquisa com a política, quanto elas com a ação social, para concretizar os princípios que regem a promoção da saúde: os direitos humanos, a equidade e a justiça social. A contribuição da pesquisa — e, neste caso, da pesquisa avaliativa — será mais efetiva à medida que esta última se torne um instrumento de mudança na sociedade como um todo. Este e outros trabalhos neste campo são o início de processos sucessivos de melhoria

Lígia de Salazar¹

¹ Ph.D. Diretora da Fundação para o desenvolvimento da Saúde Pública (FUNDESALUD), Cali, Colômbia.

PRÓLOGO

Acciones orientadas a dar cumplimiento a los principios y componentes para operar la estrategia de promoción de la salud son producto de procesos sociales complejos y de largo plazo. De allí que sea necesario no solo obtener información sobre los resultados finales de la intervención, sino adicionalmente sobre información que permita identificar y comprender el proceso social que pudo producir los resultados.

Si bien amplios esfuerzos han sido desplegados para fortalecer la teoría y práctica de la evaluación, todavía persisten vacíos teóricos y metodológicos, de igual modo que desafíos estratégicos para articular la investigación evaluativa a la toma de decisiones. Garantizar la validez, utilidad, relevancia y viabilidad para llevar a cabo la evaluación de estas iniciativas, no necesariamente es una tarea fácil, y por el contrario, se ha convertido en un desafío ante restricciones motivadas por diversas variables, algunas sin control del evaluador. Este desafío es aún mayor ante situaciones que frecuentemente se presentan al momento de planificar la evaluación, tales como: diversidad e incompatibilidad entre intereses de los usuarios de la información; restricción de recursos; horizonte temporal y oportunidades de la información; correspondencia de estos últimos con tiempos políticos (toma de decisiones) y enfoques metodológicos para responder a demandas de los interesados (complejidad).

Diversas variables interactúan en el desarrollo de evaluaciones de intervenciones en salud pública y promoción de la salud, en especial cuando de intervenciones sociales complejas se trata, sobresaliendo las siguientes: la capacidad de evaluadores para aplicar enfoques metodológicos coherentes con la complejidad de estas intervenciones; la influencia de variables estructurales políticas, sociales y culturales, las cuales no solo influyen los resultados sino la implementación de la evaluación.

Otro aspecto que incrementa la complejidad de este tipo de evaluación se refiere a la articulación de la investigación evaluativa con la toma de decisiones, en otras palabras, acercar la ciencia a la política y la práctica, confrontando diferentes perspectivas y enfoques metodológicos para estudiar la realidad y valorar la efectividad de la respuesta. Sin embargo, cualquiera que sea la perspectiva siempre existirá la necesidad de producir información científicamente válida y socialmente relevante y útil.

De allí que la evaluación de estas iniciativas demanda la aplicación de enfoques metodológicos apropiados para identificar y comprender las interacciones entre estas variables y su influencia en la implementación y resultados, tanto de la intervención como de la evaluación. Es por ello que, la evaluación de la efectividad e impacto de estas intervenciones sea un desafío, al cual hay que atender de manera urgente. Es necesario igualmente, tener en cuenta que articular la evaluación a procesos de toma de decisiones no es tarea fácil, sin embargo, el tener claridad sobre la naturaleza de la intervención, su alcance y los factores del contexto que podrían influenciarla, facilita este proceso y sobretodo, brinda insumos para analizar e interpretar la información.

El presente manual sobre *metodología de evaluación rápida* es un claro ejemplo de la persistencia y esfuerzos de los autores por encontrar enfoques metodológicos para evaluar intervenciones sociales, sin renunciar a la imperiosa necesidad de dar cuenta de los procesos que dieron origen a los cambios. Los autores brindan al lector no solo un instrumento metodológico, sino una estrategia para hacer de la evaluación un medio para crear conocimiento y capacidad local, a fin de mejorar la teoría y práctica de la promoción de la salud y la salud pública.

En mi caso particular siento una gran satisfacción por los avances reseñados en esta publicación, los cuales no solo muestran resultados importantes para la toma de decisiones alrededor de la estrategia de escuelas saludables, sino que hacen aportes teóricos y metodológicos alrededor de la investigación evaluativa de iniciativas cuya naturaleza no necesariamente responde a las reglas y supuestos teóricos que fundamentan los estudios epidemiológicos; y por el contrario, están obligados a articular conceptual y metodológicamente diversas perspectivas para indagar y explicar la realidad.

Los invito a leer esta publicación al igual que a continuar con la búsqueda de nuevas propuestas metodológicas o fortalecimiento de las existentes, mediante las cuales podamos articular tanto la investigación a la política, como estas a la acción social, a fin de hacer realidad los principios que rigen la promoción de la salud: los derechos humanos, la equidad y justicia social. La contribución de la investigación y en este caso la investigación evaluativa, será más efectiva en la medida en que esta última se convierta en un instrumento de cambio de la sociedad en su conjunto. Este y otros trabajos en este campo, son el inicio de procesos sucesivos de mejoramiento.

Lígia de Salazar¹

¹ Ph.D. Directora de la Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública (FUNDESALUD), Cali, Colombia.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho faz parte da tese de doutorado em Odontologia, vinculada ao Programa de Odontologia, Área de Concentração Saúde Coletiva, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, defendida por Izabel do Rocio Costa Ferreira, em fevereiro de 2012, intitulada *Avaliação da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola*. Compõe-se da descrição (passo a passo) do uso da metodologia de avaliação rápida em uma experiência brasileira. Essa metodologia visa avaliar a efetividade das ações de promoção da saúde e foi proposta pela professora Lígia de Salazar, no Centro para o Desenvolvimento e Avaliação de Políticas e Tecnologia em Saúde Pública (Cedetes), da Universidade del Valle, em Santiago de Cali, Colômbia. A autora apresenta um guia de avaliação rápida que contém os componentes conceituais, estratégicos e metodológicos para a obtenção de informações que respondam às necessidades e demandas dos responsáveis pela saúde da população e atribuição dos gastos em saúde. O Cedetes conta com o suporte do Centro para a Prevenção e Controle de Doenças (CDC), dos Estados Unidos da América (EUA) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

A intervenção em promoção da saúde avaliada neste trabalho foi o Programa Saúde na Escola (PSE), em especial a intersectorialidade entre os setores saúde e educação. A avaliação ocorreu no período de 2008 a 2011. A intenção foi dar voz aos atores envolvidos no PSE para o conhecimento de seus interesses no processo avaliativo, de maneira a aproximar a pesquisa acadêmica às reais necessidades dos serviços.

O propósito do manual é divulgar a metodologia para um maior número de atores promotores da saúde, de modo a facilitar sua utilização e dar suporte àqueles que estão trabalhando com a avaliação de ações promotoras de saúde. O guia de avaliação rápida proposto por Salazar (2004) apresenta-se como marco lógico dessa avaliação. A partir dele, fez-se a aplicação em uma experiência real, dando concretude ao guia e originando este manual.



INTRODUÇÃO

As peculiaridades da avaliação de práticas de promoção da saúde estão em seu perfil ampliado, compreendendo a colaboração e a participação de diversos atores sociais e a utilização de uma série de estratégias (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004). A promoção da saúde tem como desafio o desenvolvimento de métodos de avaliação que valorem processos e resultados em seu sentido político (relações entre os setores), econômico (a origem do provimento dos recursos) e social (fomento da participação e do empoderamento), e também em sua contribuição para a qualidade de vida das populações além dos resultados numéricos (SALAZAR, 2011; SALAZAR; GRAJALES, 2004).

Salazar (2004) observa que a avaliação, as evidências, a tomada de decisões e as políticas públicas denotam quatro concepções que tencionam a realização e a manutenção da qualidade de vida individual e coletiva para uma vida saudável. A autora afirma que, enquanto essas quatro concepções se articulam e se fazem presentes nos documentos sobre políticas públicas e promoção da saúde, na prática, essa articulação está longe da realidade. Isso porque ela pode ser influenciada por fatores como a qualidade e a relevância da informação, o contexto político em que se realiza a avaliação, a capacidade dos avaliadores em comunicar e exercer influência junto aos tomadores de decisão para que elejam o melhor curso de ação. Desse modo, a avaliação deve ser uma ferramenta-chave para o resultado dessa articulação.

Como princípio pedagógico na construção de políticas de promoção da saúde, a avaliação adota, ainda, a qualidade de instrumento de responsabilização dos diferentes atores nessa construção, que conduza à reflexão de como e para que avaliar. Indispensavelmente participativa, a avaliação em promoção da saúde pressupõe pactuação, decisão coletiva entre os sujeitos participantes, organização em cogestão e movimento social com a finalidade de transformar e detectar o que é ou não efetivo em uma localidade específica (AKERMAN et al., 2002; PEDROSA, 2004). Assim sendo, a avaliação deve ser visualizada a partir de uma perspectiva emancipatória e colaborativa, cujos critérios de julgamento e propósitos são construídos entre diferentes atores sociais, já que cada sujeito é capaz de avaliar suas ações. Nesse sentido, de maneira reflexiva, ele constrói e reconstrói sua prática (BRANDÃO; SILVA; PALOS, 2005).



O OBJETIVO DA METODOLOGIA

O emprego da metodologia de avaliação rápida visa fomentar o diálogo e a discussão sobre a articulação da avaliação aos processos de tomada de decisões, bem como o planejamento de políticas, programas e ações que tornem possível alcançar os princípios da promoção da saúde. A metodologia propõe-se a responder à busca da efetividade das intervenções promotoras da saúde, reunindo em sua compreensão não apenas os princípios básicos da promoção da saúde, mas também o ponto de vista de uma coletividade cujo conceito e cujas necessidades vão além da evidência científica, pretendendo ser uma opção para incentivar o debate público sobre racionalidades e contradições entre os formuladores de políticas e seus beneficiários (SALAZAR, 2004).



FUNDAMENTOS DA METODOLOGIA

A metodologia de avaliação rápida busca estabelecer relação entre a investigação e a política, de modo a responder às perguntas de interesse para a tomada de decisões. Significa um passo na busca de sinais que justifiquem a efetividade de uma intervenção em promoção da saúde, constituindo um processo de sucessivas aproximações (SALAZAR, 2004).

A avaliação rápida apresenta as seguintes características (SALAZAR, 2004, p. 31-32):

- facilita decisões racionais em circunstâncias reais;
- orienta-se pelo enfoque da pesquisa aplicada para fornecer informações oportunas e relevantes para os tomadores de decisão;
- combina abordagens qualitativas e quantitativas para a obtenção de informações sobre o êxito da intervenção;
- força a uma valoração de sua utilidade, viabilidade e factibilidade não somente diante de critérios de confiabilidade e validade da informação, mas de sua relevância e oportunidade em forma de custo e efetividade, considerando a aplicação das recomendações;
- direciona ações em curto e médio prazo, tornando-se propositiva e chamando a atenção para aspectos-chave: explorar perguntas, hipóteses e proposições para fazer estudos que respondam a novas perguntas da investigação;
- é flexível para que o avaliador explore novas ideias que não foram previstas na planificação do estudo;
- possui alta probabilidade de que os resultados e as recomendações sejam levados em conta para a tomada de decisões.

Essa metodologia apresenta determinadas limitações, como estabelecer relações causais que gerem evidências de efetividade entre a intervenção e os resultados, e controlar variáveis que possam gerar viés nos resultados. Ainda, a questão de equilibrar interesses entre avaliadores e tomadores de decisão — na maioria das vezes, financiadores da avaliação — em um desenho de avaliação abrangente

e relevante, que permita a combinação de diversos enfoques e técnicas, a fim de atender a suas expectativas. Também, de generalizar os resultados a populações diferentes daquela estudada, em algumas ocasiões (SALAZAR, 2004, 2009).

Deve-se considerar que a factibilidade, a aplicação e a qualidade da avaliação estão relacionadas com a disponibilidade e a qualidade da informação que responda à pergunta que a orienta. Quer dizer que a documentação e a sistematização das intervenções são relevantes para esse tipo de avaliação, sendo necessário planejar sistematicamente esses processos para que a informação procedente possa ser utilizada em diversos momentos. Nessa metodologia, quando se avalia a efetividade, indaga-se sobre o cumprimento dos objetivos da intervenção, mudanças esperadas e não esperadas e os fatores que contribuíram para tais resultados. Esses últimos constituem informação-chave para a formulação de recomendações aos tomadores de decisão (SALAZAR, 2004).

PASSOS METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO RÁPIDA

A metodologia é composta por sete passos, que são organizados a partir de tarefas enunciadas no guia de avaliação rápida (SALAZAR, 2004). Ao finalizar as tarefas, os sete passos estarão concluídos, alcançando respostas para a questão norteadora da avaliação, as quais serão compartilhadas com os tomadores de decisão. A seguir são descritos os sete passos e suas tarefas correspondentes, utilizando como exemplo a pesquisa intitulada *Avaliação da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola*.

Passo 1: Caracterização da intervenção para a avaliação. É de promoção da saúde?

É fundamental conhecer amplamente a intervenção de promoção da saúde que se planeja avaliar. O detalhamento permitirá a ciência dos elementos a serem colocados em discussão com os tomadores de decisão (SALAZAR, 2004, 2009).

Tarefa 1: Seleção do projeto ou intervenção para avaliação

Por meio das informações produzidas nesta tarefa, será confirmada a decisão de avaliar a intervenção selecionada aplicando a metodologia de avaliação rápida. Para esse trabalho de avaliação, a intervenção selecionada foi o Programa Saúde na Escola. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Parecer n. 0003889/10 e Protocolo n. 5345).

a) Enfoque de promoção da saúde

O Programa Saúde na Escola (PSE) apresenta-se como determinação de uma política intersectorial entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), no âmbito da

atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens da Educação Básica pública brasileira (BRASIL, 2007, 2008a). O PSE confere os valores da promoção da saúde por abordar seus princípios fundamentais, que, de acordo com Westphal (2006), envolvem a integralidade, a equidade, a participação social, o empoderamento, a autonomia, a sustentabilidade e a intersectorialidade.

Dessa forma, o espaço escolar se apresenta como um rico e produtivo território de produção de saúde, ampliação de capacidades comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais para tomar decisões saudáveis e suportar pressões negativas, além de apontar a reorientação de serviços para a promoção da saúde.

Um fator significativo para que o PSE tenha êxito é a intersectorialidade entre saúde e educação, a qual se expressa como um processo de aprendizagem e determinação dos atores, que deve reverter-se em uma gestão integrada, com capacidade de responder com eficácia à solução de problemas da população de um determinado território (JUNQUEIRA, 2004). O paradigma promocional requer que o processo de produção do conhecimento e das ações no âmbito da saúde e, essencialmente, no âmbito das políticas públicas, aconteça por meio da construção e da gestão compartilhadas (BRASIL, 2006a; BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

O PSE orienta-se por ações intersectoriais que ordenam a oferta de políticas públicas com os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), radicadas no contexto territorial de cada escola. Também promove a equidade do acesso à informação e possibilita a participação na tomada de decisões pelos profissionais da saúde e da educação e por estudantes e seus familiares, que exercem influência no processo saúde/doença da comunidade escolar. Logo, caracteriza-se como um programa de promoção da saúde, sendo esta uma das estratégias de produção de saúde articulada às demais políticas públicas e ações da sociedade organizada na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Além disso, as atividades de responsabilidade do PSE ocorrem nos territórios delimitados de acordo com a área de abrangência das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde, possibilitando o exercício de criação de vínculos entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (BRASIL, 2009a).

b) Estágio de desenvolvimento da intervenção

O PSE foi instituído pelo Decreto Presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007). Apresenta-se como política de articulação e integração entre o MS e o MEC, e almeja alcançar pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas, de 2008

a 2011¹ (BRASIL, 2009a). Em 2008, para principiar as ações de 2009, o PSE atingiu um percentual de adesão de 86,73%, o que correspondeu a um número de 608 municípios entre os 701 que se encaixavam nos critérios definidos pela Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008b). Nesses municípios, houve 4.740 equipes de Saúde da Família envolvidas no Programa (BRASIL, 2009b). Desde então, os municípios vêm aderindo gradativamente ao Programa e já somam 1.253 municípios desenvolvendo ações de saúde e cidadania nas escolas em todo o país, envolvendo 6.560.649 estudantes (BRASIL, 2011a). A implantação do PSE é efetivada pela adesão dos municípios que tiverem equipes em concordância com as normas propagadas pela Política Nacional de Atenção Básica, articulados com os estados e o Distrito Federal. O êxito do PSE se firma no comprometimento entre os entes federados e na articulação, em todas as instâncias, dos setores saúde e educação (BRASIL, 2008a).

c) Disponibilidade de informação

Há acesso a fontes de dados secundários, representados por decretos, portarias, documentos do PSE, páginas da internet do MS e MEC, bem como as informações primárias coletadas pelos pesquisadores. As instituições pesquisadas autorizaram oficialmente a coleta de dados e demonstraram receptividade ao trabalho de avaliação proposto.

d) Governabilidade para a tomada de decisões no processo avaliativo

Foi estabelecido um primeiro contato com as coordenações do PSE no MS e no MEC, a fim de divulgar o objetivo da avaliação e obter informações sobre o interesse dessas coordenações no assunto. Tanto a coordenação do MEC quanto a do MS se mostrou favorável a esse estudo avaliativo. Em seguida, fez-se contato com coordenações do PSE em vários municípios brasileiros, tanto no setor saúde quanto no setor educação. Foi selecionado um município de cada região do país, que acolheram de forma positiva a finalidade do estudo. Os pesquisadores sugeriram produzir informações sistematizadas, que possibilitem a tomada de decisões alicerçadas nos processos interseoriais na formulação de políticas de promoção da saúde no contexto escolar.

¹ Esse foi o período em que o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, lançado pelo Ministério da Saúde em 2008, buscou aprofundar os grandes objetivos da criação do Sistema Único de Saúde, a partir das diretrizes estratégicas organizadas em um conjunto de ações que contemplam 73 medidas e 165 metas. O primeiro eixo de ações estratégicas do Programa Mais Saúde aponta para a efetivação de ações intersetoriais. Nesse eixo, evidencia-se a Medida 1.5, que visa implementar o Programa Saúde na Escola, em articulação com o Ministério da Educação (BRASIL, 2010a).

Tarefa 2: Análise dos componentes da intervenção

É fundamental que os interessados em avaliar uma intervenção ou um programa conheçam suas intencionalidades e seu estágio de desenvolvimento, pois a decisão do que se deseja avaliar depende disso. A análise da intervenção é útil para a formulação da pergunta e dos indicadores da avaliação, bem como para a interpretação de seus produtos. Uma forma de conhecer determinada intervenção é estruturar seu perfil, a fim de analisar seus componentes, representados por: problema central, objetivos, produtos, atividades e insumos. Essa tarefa inicia-se com a identificação do problema de pesquisa a ser resolvido, mediante um processo racional e lógico que correlacione os diferentes níveis de intervenção, em curto, médio e longo prazo, suas estratégias e seus indicadores para medir o êxito do objetivo alçado. O objetivo deve ser a expressão do resultado que se espera com a intervenção. Os produtos são os fatos cumpridos por meio das atividades da intervenção. Uma atividade é ação necessária para cumprir com os produtos esperados da intervenção. Insumos são todos os recursos a serem utilizados na intervenção. Assim se compõe matriz do marco lógico, que se constitui em um método para conceituação, desenho, execução e avaliação de intervenções/programas e projetos (SALAZAR, 2004, 2009).

Problema central

O texto da *Política Nacional de Promoção da Saúde* (BRASIL, 2006a) afirma que o paradigma promocional traz à tona a necessidade de que o processo do conhecimento e das práticas no âmbito da saúde e no âmbito das políticas públicas se faça por meio de construção e gestão compartilhadas. Essa necessidade também existe no campo das políticas públicas da educação, fato que pode ser observado na Declaração de Cochabamba² (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 2001), que anuncia a necessidade de gerar mecanismos que assegurem a participação permanente de múltiplos atores e incentivar as ações intersetoriais. Também no Brasil essa exigência se faz presente, visto que por meio de Portaria Interministerial do MEC e do MS foi composta a Câmara Intersectorial para a elaboração de diretrizes, a fim de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. O documento destaca a necessidade de estratégias intersectoriais de educação e saúde (BRASIL, 2005a).

² Declaração aprovada durante a VII Sessão do Comitê Intergovernamental Regional do Projeto Principal para a Educação (Promedlac VII), realizada em Cochabamba, Bolívia, de 5 a 7 de março de 2001, com a presença dos ministros de Educação da América Latina e do Caribe.

Assim, a substituição da lógica de governar setorialmente para uma lógica intersetorial é uma exigência dos projetos governamentais voltados a responder às necessidades da população (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006).

Entretanto, esses autores reconhecem que a implementação da intersetorialidade é um grande desafio, pois implica na necessidade de modificações nas formas de atuação, operação política e gestões institucionais, como também das pessoas que as integram. Westphal e Mendes (2000) apontam que os setores saúde, educação e ação social são parceiros comuns quando se avaliam experiências intersetoriais, porém muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem planejamento prévio — são ações definidas por apenas um setor. Portanto, o problema central é avaliar a intersetorialidade no PSE. Os componentes do Programa são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Matriz do marco lógico do Programa Saúde na Escola

(Continua)

<p>Objetivo de desenvolvimento Contribuir para a formação integral dos estudantes da Educação Básica pública brasileira por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.</p>	<p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número de estudantes contemplados pelo PSE, de 2008 a 2011. 2. Número de escolas públicas contempladas pelo PSE, de 2008 a 2011. 3. Tipo de ações desenvolvidas. 4. Número de ações desenvolvidas.
<p>Objetivo imediato Propor uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação.</p> <p>Produtos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação clínica e psicossocial. 2. Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. 	<p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ações intersetoriais entre o MS e o MEC. 2. Ações intersetoriais entre os setores saúde e educação nos estados, nos municípios e no Distrito Federal. <p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação clínica e psicossocial, desenvolvidas pelos profissionais das equipes do Saúde da Família pelo menos uma vez ao ano, preferencialmente no início dos períodos letivos. 2. (a) Elaboração de um plano de ação em saúde que pode ser incluído no Projeto Político Pedagógico. (b) Ações de promoção da alimentação saudável. (c) Ações de promoção da atividade física. (d) Educação para a saúde sexual e reprodutiva. (e) Prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. (f) Promoção da cultura de paz e prevenção de violências e acidentes.

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

Quadro 1 - Matriz do marco lógico do Programa Saúde na Escola

(Continua)

<p>3. Educação permanente e capacitação de profissionais da educação e saúde e de jovens para o PSE.</p> <p>4. Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes.</p> <p>5. Monitoramento e avaliação do PSE.</p>	<p>3. Capacitação de jovens, professores e profissionais da área da educação e da saúde (de forma presencial e a distância).</p> <p>4. Realização periódica de inquéritos e pesquisas nacionais e regionais sobre fatores de risco e proteção à saúde dos estudantes.</p> <p>5. Monitoramento e avaliação do PSE, realizados por comissão intersetorial constituída em ato conjunto dos ministros de estado da saúde e da educação. A ideia é avaliar sistematicamente e periodicamente o PSE.</p>
<p>Atividades</p> <p>1. Avaliação clínica e psicossocial, atualização do calendário vacinal, da detecção precoce da hipertensão arterial sistêmica, da avaliação oftalmológica, auditiva, nutricional e da saúde bucal.</p> <p>2. (a) Segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, buscando a melhora nutricional dos escolares. (b) Promoção de práticas corporais e atividade física nas escolas, estimulando sua realização como uma escolha, uma atitude frente à vida. (c) Educação para saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção de DST/AIDS. (d) Prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. (e) Promoção da cultura de paz.</p> <p>3. Educação de jovens para promoção permanente da saúde e da educação, capacitação de profissionais da educação nos temas da saúde e constituição das equipes de saúde que atuarão nos territórios do PSE. O projeto de formação permanente tem sido elaborado a partir de três eixos: (a) gestão da formação; (b) operacionalização; (c) organização dos diferentes formatos de formação. A formação será oferecida pela Universidade Aberta do Brasil (UAB) em interface com os Núcleos de Telessaúde (MS).</p>	<p>Insumos</p> <p>1. Dentre as responsabilidades do MEC no PSE, estão a aquisição e a distribuição de materiais impressos e equipamentos para o desenvolvimento das ações previstas no Programa:</p> <p>(a) publicação e distribuição de materiais do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, cujo material está sendo distribuído para as secretarias estaduais de educação, com indicação para priorizarem a distribuição aos municípios do PSE; secretarias municipais de educação dos maiores municípios do país e para os grupos gestores estaduais do projeto;</p> <p>(b) aquisição e distribuição de equipamentos médicos, que contemplam os insumos para atuação das equipes do Saúde da Família nas escolas;</p> <p>(c) disponibilização do <i>kit</i> do Projeto Olhar Brasil, a serem distribuídos em quantidade para as equipes do Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos municípios do Programa, às entidades parceiras, aos gestores e alfabetizadores do Programa Brasil Alfabetizado, bem como às escolas do Ensino Fundamental dos municípios que façam parte do Programa Brasil Alfabetizado, mas não estejam no PSE.</p>

Quadro 1 - Matriz do marco lógico do Programa Saúde na Escola

(Conclusão)

<p>4. (a) Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense) em parceria com o IBGE.</p> <p>(b) Encarte Saúde no Censo Escolar (censo da Educação Básica), elaborado e aplicado no contexto da intervenção Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), desde 2005.</p> <p>5. (a) FormSUS, realizado por meio de um formulário eletrônico. Pode ser encontrado na página virtual do Departamento de Atenção Básica (DAB)³, criado pelo Ministério da Saúde.</p> <p>(b) No Ministério da Educação foi criado o Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC/PSE), que é direcionado para as ações realizadas nas escolas. É composto por três cadastros: Cadastro Secretaria, Cadastro Escola e Unidade Local Integrada (ULI).</p>	<p>2. MS: (a) Os recursos financeiros referentes à adesão ao PSE se destinam à implantação do conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, realizadas pelas equipes do Saúde da Família de forma articulada com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS, como descrito no art. 4º do Decreto n. 6.286, de 2007 (BRASIL, 2008b).</p> <p>(b) Publicar Cadernos de Atenção Básica para as equipes do Saúde da Família envolvidas com o PSE.</p> <p>3. MS e MEC em conjunto:</p> <p>(a) promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as secretarias estaduais e municipais de educação e o SUS;</p> <p>(b) subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da Educação Básica;</p> <p>(c) subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da Educação Básica para implementação das ações do PSE;</p> <p>(d) apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;</p> <p>(e) estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos secretários estaduais e municipais de saúde e de educação os indicadores de avaliação do PSE;</p> <p>(f) definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.</p>
--	--

Fontes: BRASIL, 2007, 2010b, c.

Tarefa 3: Análise do contexto da intervenção

A avaliação de ações promotoras da saúde não ocorre no vazio. Tende a ser complexa e programática e deve estar profundamente envolvida com o contexto social (POLAND; FROHLICH; CARGO, 2008; POTVIN, 2004; RYCHETNIK et al., 2002).

Por *contexto* pode-se entender situações ou ocorrências que formam o ambiente em que algo existe ou ocorre. Esse “algo” pode significar um comportamento em saúde, um determinante de saúde, uma intervenção ou uma avaliação. Esses

³ Disponível em: <www.saude.gov.br/dab>.

eventos fazem parte de um complexo contexto social que, fundamentalmente, define como um fenômeno se apresenta, ocorre, resiste ou é modificado (FRANCO DE SÁ; MOYSÉS, 2009).

Conhecer o contexto em que se desenvolve a ação é importante para compreender, analisar e explicar os resultados obtidos, bem como para identificar os aspectos relacionados a seu êxito ou fracasso (SALAZAR, 2004). Especialmente em promoção da saúde, o contexto está extremamente ligado ao conceito e à mensuração de evidência e efetividade das intervenções (SALAZAR, 2009).

No contexto do ambiente escolar, apresentam-se diversos atores (professores, estudantes, merendeiras, porteiros, pais, mães, familiares, voluntários, dentre outros), com suas histórias e posições sociais distintas, que se refletem na maneira de pensar e agir sobre si e sobre o mundo. Isso deve ser entendido e incorporado pelas equipes do Saúde da Família em suas estratégias de cuidado para o enfrentamento conjunto das necessidades daquele ambiente (BRASIL, 2009a).

a) Aspectos geográficos

O PSE se apresenta com a perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de estudantes da Educação Básica pública brasileira, no espaço das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2008a).

Nos estabelecimentos de Educação Básica do país, estão matriculados 43.989.507 estudantes em escolas públicas (BRASIL, 2010d). Esse número representa quase 25% da população brasileira, estimada em 190.755.799 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

O PSE é implementado por meio da adesão dos municípios que tiverem inseridas as equipes da Estratégia Saúde da Família, conforme as normas recomendadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), articulados com os estados e o Distrito Federal. A Estratégia Saúde da Família dispõe de 32.517 equipes cadastradas pelo MS em 5.273 municípios brasileiros, representando uma cobertura populacional de 52,93% (BRASIL, 2011b). As equipes devem trabalhar de forma interdisciplinar em um território de sua responsabilidade, desenvolvendo ações que vão desde a prevenção de doenças e assistência à saúde até ações de promoção da saúde, quando se mobilizam e potencializam os recursos comunitários para o enfrentamento dos problemas vivenciados por sua população (BRASIL, 2008a).

Deve-se considerar que cada localidade tem suas características e que cada escola está situada em um bairro, em uma região geográfica específica, em uma determinada comunidade que possui histórias, manifestações religiosas, festas, grupos

culturais, saber popular, portanto, trata-se de um território vivo. Logo, as práticas de saúde na escola devem garantir construções compartilhadas de saberes, tendo como suporte histórias individuais e coletivas dos diferentes contextos apresentados e que façam sentido para os sujeitos que ali vivem (BRASIL, 2005b).

Para trabalhar intersetorialmente, é fundamental ter uma cartografia da realidade da comunidade escolar a ser abordada, a fim de levantar as necessidades e prioridades a serem trabalhadas. Diversas estratégias podem ser empregadas, como a análise epidemiológica, utilizando os principais indicadores de saúde direcionados ao grupo de estudantes, tais como: indicadores de mortalidade (Sistema de Informações sobre Mortalidade — SIM), principais causas de internação hospitalar (Sistema de Informação Hospitalar — SIH), informações sobre gravidez na adolescência (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento — SisPreNatal), indicadores alimentares (Sistema de Informação de Atenção Básica — SIAB e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional — Sisvan), dentre outros. Além dos indicadores epidemiológicos, que por si só não são suficientes para um diagnóstico situacional, é necessário reconhecer questões comportamentais, sociais e psicológicas, indicadores de desempenho escolar, censos e inquéritos escolares, e indicadores sociais, como acompanhamento de programas de transferência de renda como o Programa Bolsa Família, dentre outros (BRASIL, 2009a).

Para tanto, uma das condições do processo de adesão ao PSE é o projeto municipal, que se propõe a ser uma “leitura técnica” da situação municipal, elaborado para iniciar o processo de construção coletiva para a ação, constituindo-se em um documento desenvolvido a partir da articulação de informações de múltiplas fontes, acessíveis nas bases de dados dos órgãos federais, estaduais e municipais. O projeto municipal deve indicar as prioridades e os aspectos a serem redimensionados e/ou qualificados no espaço das ações de educação e saúde no território municipal (BRASIL, 2010b).

b) Aspectos históricos

No âmbito das políticas públicas, o relacionamento entre os setores educação e saúde possui muitas afinidades por ser embasado na universalização de direitos fundamentais dos cidadãos. Esse relacionamento, historicamente, já foi unidade, quando na década de 1950 houve a dissociação do então Ministério da Educação e Saúde (MES), passando a constituir o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura. Tanto um quanto o outro passaram a ter autonomia institucional para elaborar e implementar políticas em suas áreas (BRASIL, 2009a). O Ministério da Educação

e Cultura, em 1985, compôs dois Ministérios: o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Cultura (MinC) (BRASIL, 1985).

Dos anos de 1950 até o começo dos anos 2000, passando pela redemocratização do país e pela Constituição Federal de 1988, muitas foram as ações que intencionaram focar o espaço da escola e, em particular, os estudantes. Em sua maioria, essas abordagens foram centradas na transmissão de cuidados com a higiene e a disponibilidade da assistência médica e/ou odontológica (BRASIL, 2009a; VASCONCELOS, 1997, 1999, 2001).

Experiências que ocorreram nas décadas de 1960 e 1970 demonstraram a descontinuidade das ações, a desvinculação dos profissionais com a comunidade escolar, bem como o desenvolvimento de ações de forma não integrada (MENDONÇA, 2008). Essas tentativas de atendimento nas escolas, com exceção de algumas ações de saúde bucal, apresentaram pouca efetividade. Essa forma de pensar a saúde mostrou-se incapaz para fazer do espaço escolar um espaço promotor da saúde (BRASIL, 2005b).

Com a resistência de educadores e profissionais da saúde, despontaram outras maneiras de entender a ligação entre produção de conhecimento e um viver com saúde, as quais centraram no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na autonomia dos cidadãos (BRASIL, 2009a; VASCONCELOS, 1997, 1999, 2001). Dessa maneira, o ambiente escolar deve ser percebido como um local privilegiado para o desenvolvimento de relações, de desenvolvimento crítico e político, assegurando a construção de valores, crenças, modos de viver e de entender o mundo que interferem na produção social da saúde e da doença (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, os Ministérios da Saúde e da Educação estão trabalhando o PSE em uma proposta intersetorial, que visa contribuir para a transformação da prática educativa em saúde. Assim, a promoção da saúde deve ser trabalhada nos diferentes setores da sociedade, como está explicitado no documento da *Política Nacional de Promoção da Saúde* (BRASIL, 2006a), impulsionando a discussão relativa à qualidade de vida das comunidades.

c) Aspectos políticos

O PSE foi instituído por decreto presidencial em dezembro de 2007 (BRASIL, 2007), como proposição de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Mesmo com a posse de uma nova Presidente da República, em janeiro de 2011 houve continuidade do PSE. Em relação ao MEC, o Programa foi transferido da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD) para a Secretaria de Educação Básica (SEB) (BRASIL, 2012). Foram emitidas, ainda,

duas Portarias Interministeriais. A Portaria n. 1.910, de 8 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011c), que estabelece o termo de compromisso municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE), e a Portaria n. 1.911, de 9 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011d), que altera a Portaria Interministerial n. 3.696 do MEC/MS, de 25 de novembro de 2010, estabelece critérios para transferência de recursos aos municípios credenciados ao Programa Saúde na Escola (PSE) e define a lista de municípios aptos a assinarem o termo de compromisso municipal. Também houve modificação no logotipo do Programa, destacando a ação intersetorial (ver Anexo).

O Programa se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde no Brasil, o qual (BRASIL, 2008a, p. 2):

- a) trata a Saúde e Educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
- b) permite 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
- c) promove a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política.

Para tanto, é essencial a participação ativa dos diversos integrantes da comunidade escolar, dos profissionais de saúde e, principalmente, dos adolescentes e jovens na construção do Projeto Municipal do PSE, uma vez que as ações inovadoras de saúde na educação deverão, progressivamente, ser incorporadas ao Projeto Político Pedagógico da escola, conforme a Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008b).

Para acompanhamento do Programa e da temática de educação e saúde nas políticas intersetoriais, foi instituída a Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) (BRASIL, 2010b). Sua finalidade é instituir diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Suas competências estão explicitadas em portaria (BRASIL, 2008c):

- I. Propor diretrizes para a política nacional de saúde na escola;
- II. Apresentar referenciais conceituais de saúde necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais de educação na esfera da Educação Básica;
- III. Apresentar referenciais conceituais de educação necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais da saúde;

- IV. Propor estratégias de integração e articulação entre as áreas de saúde e de educação nas três esferas do governo; e
- V. Acompanhar a execução do Programa Saúde na Escola — PSE, especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do Programa.

Destaca-se que a inovação do PSE deve-se ao fato de ele ter sido implantado a partir do modelo brasileiro de atenção primária, representado pelas equipes do Saúde da Família (MENDONÇA, 2008). Essas equipes devem realizar visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos estudantes, bem como proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas (BRASIL, 2007).

A fim de fomentar o processo de implementação do PSE, os Ministérios da Saúde e da Educação, articulados com as secretarias estaduais de saúde e educação, realizaram oficinas de trabalho com os municípios que aderiram ao Programa. Ao todo, foram realizadas 17 oficinas em todos os estados da federação, atendendo 608 municípios, com a participação de 1.234 profissionais das áreas da saúde e educação. Nos dias 28 a 30 de setembro de 2009, ocorreu, em Brasília, o I Encontro Nacional de Representantes Estaduais do PSE. Participaram representantes da saúde e educação dos estados e de cinco municípios, representando as cinco regiões brasileiras, totalizando 100 pessoas (BRASIL, 2010c). De 13 a 15 de junho de 2010, em Brasília, os Ministérios da Saúde e da Educação, em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e a Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (Opas), promoveram a I Mostra Nacional do Programa Saúde na Escola (PSE) e a IV Mostra Nacional Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Esses eventos tiveram como objetivo o fortalecimento das redes, parcerias e a integração do Programa. Participaram profissionais da saúde e da educação, estudantes e representantes de movimentos sociais de todo o território nacional (MOSTRA..., 2010).

d) Aspectos socioeconômicos

Os critérios de adesão ao PSE são expressos em Portarias do MS (BRASIL, 2008b, p. 39; BRASIL, 2010e, p. 64):

- I. Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – Ideb, no ano de 2005, menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura populacional por ESF.
- II. Até 20 Municípios em cada estado considerando: a) os menores IDEB nos anos iniciais do ensino fundamental, abaixo da média nacional no ano de 2005; e, b) que tenham 100% de cobertura populacional por ESF.
- III. Municípios que possuam, em seu território, escolas participantes do Programa Mais Educação, considerando somente as escolas especificadas nesse programa.
- IV. Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), no ano de 2009, menor ou igual a 4,5 e que tenham 70% ou mais de cobertura populacional por ESF, com base na competência financeira de junho de 2010.
- V. Municípios que possuem escolas participantes do Programa Mais Educação de acordo com o número de Equipes de Saúde da Família implantada no território.

Observa-se o cuidado em priorizar escolas mais vulneráveis pela indicação do baixo Ideb, bem como a importância da cobertura das equipes da Estratégia Saúde da Família.

Para aderirem ao Programa, os municípios devem enviar ao MS uma manifestação de interesse de adesão ao PSE, por meio de ofício e por meio eletrônico, para o Departamento de Atenção Básica, MS. A manifestação de interesse deve ser articulada de forma conjunta pelos secretários municipais de educação e de saúde (BRASIL, 2008b, 2010d).

Os recursos financeiros pela adesão e ao provimento do PSE correm por conta do MS, que realiza os pagamentos e define o valor. Os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos municípios e do Distrito Federal (BRASIL, 2008b) e devem fazer parte do Componente Variável do Bloco de Financiamento da Atenção Básica (BRASIL, 2010f).

e) Outras organizações

Além dos Ministérios da Saúde e da Educação, espera-se que outras ações sejam incorporadas dos Ministérios da Cultura, do Esporte, do Meio Ambiente, de Ciência e Tecnologia, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome que, juntos, promovam uma importante articulação das redes de proteção social à própria Presidência da República, por meio do projeto Escolas Irmãs e do ProJovem (MOLL, 2008).

Passo 2: Estudo da viabilidade e factibilidade da avaliação

Traz como objetivo identificar e estudar os aspectos que contribuem para que a avaliação seja viável e factível. Inicia com a identificação dos envolvidos na intervenção, em especial os que podem decidir sobre seu curso. Verificam-se seus interesses frente à avaliação e sua disposição em pôr em prática as recomendações que venham a emergir do estudo (SALAZAR, 2004).

Para esse passo, foram realizadas duas tarefas.

Tarefa 1: Identificação e vinculação dos envolvidos

O grupo de tomadores de decisão foi identificado para participar de uma oficina de trabalho, a fim de levantar seus interesses no processo avaliativo. No presente estudo, o grupo foi composto — por meio de amostra intencional — por atores da implementação do PSE no Brasil, representados por profissionais da saúde e da educação de Manaus, Olinda, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba, representantes da academia da Universidade de Brasília e representantes das coordenações do PSE do MS e MEC. Os critérios de inclusão da amostra foram: ter participado da implementação do PSE em seus municípios, contemplar um município de cada região do país, indicação do MS e/ou do MEC, indicação de atores da implementação do PSE em municípios. Contou-se, ainda, com a participação da autora principal da metodologia, professora Lígia de Salazar. Para reuni-los, promoveu-se o evento I Seminário Saúde na Escola e o VII Seminário Saúde e Prevenção nas Escolas de Curitiba, nos dias 24 e 25 de maio de 2010, realizado por meio de uma parceria entre a Pontifícia Universidade Católica do Paraná e a Prefeitura Municipal de Curitiba. Além de oportunizar a discussão em torno do PSE, o grupo apresentou suas experiências na implementação do Programa. Participaram, como público do evento, profissionais e estudantes das áreas da saúde e da educação e representantes da academia. Enquanto o evento prosseguia, o grupo de tomadores de decisão participou, em separado, da oficina de trabalho.

A oficina de trabalho teve como objetivos:

- compreender a percepção do grupo de tomadores de decisão sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola, explorando o tipo de informação que necessitariam para a tomada de decisão e o uso que dariam para as informações produzidas;
- definir a pergunta orientadora da avaliação e estabelecer seus objetivos.

Passos metodológicos da avaliação rápida

A oficina foi gravada com recurso audiovisual e transcrita posteriormente. As informações coletadas durante o evento e a oficina de trabalho resultaram em um rico material de estudo para responder às necessidades dos atores e dar continuidade aos passos do trabalho.

As informações coletadas foram sistematizadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Grupo envolvido na avaliação do Programa Saúde na Escola

(Continua)

Cargo do envolvido	Categoria a que pertence (Tomador de decisão – TD e/ou avaliador)	Ação realizada para motivar e ganhar aprovação do TD/avaliador	Tipo de informação que o TD/avaliador necessita conhecer	Uso(s) que o TD/avaliador daria à avaliação
Coordenadora do PSE MEC	Tomadora de decisão e avaliadora	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo de gestão do SUS e da rede de educação. 2. Linguagem técnica das áreas envolvidas. 3. Cenário situacional das diferentes regiões. 4. Monitoramento interseccional do PSE. 5. Projeto Político Pedagógico das escolas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instituir um desenho intersetorial específico para o PSE – ajuste ou um modelo novo de gestão do Programa. 2. Efetividade da comunicação entre as áreas e compreensão dos papéis sociais. 3. Identificação de vulnerabilidades e potencialidades para proposição estratégica de novas ações. 4. Acompanhamento e controle dos gastos públicos (resposta social). 5. Identificação da orientação sistêmica do Programa.
Assessor da coordenação do PSE MS	Tomador de decisão e avaliador	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Forma/modalidade de gestão do PSE que possibilita a ação intersetorial. 2. Meios de desenvolver junto às equipes de saúde e educação do PSE a apropriação e o comprometimento com o território de responsabilidade, de modo a promover cidadania e direitos humanos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisão do arcabouço metodológico do PSE e revisão do processo de gestão, apontados para o Programa. 2. Discutir e compartilhar a importância do território como ponto de convergência dos esforços para a promoção da atenção integral e saúde integral aos escolares.

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

Quadro 2 - Grupo envolvido na avaliação do Programa Saúde na Escola

(Continua)

			<p>3. Atitudes necessárias para transformar as ações do Programa em política de Estado. Ou seja, garantir sustentabilidade para as ações do PSE como contexto político brasileiro.</p> <p>4. Práticas/métodos de integração intersetorial implementadas para a efetividade do PSE.</p>	<p>3. Discutir nacionalmente a importância de incorporar as ações do PSE no cotidiano das equipes como responsabilidade dada.</p>
Representante PSE – Educação – Brasília.	Tomadora de decisão e avaliadora	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	<p>1. Continuidade das ações do PSE.</p> <p>2. Envolvimento dos pais no processo.</p> <p>3. Incorporação pela escola da ideia (conceito) de escola promotora de saúde.</p>	<p>1. Trabalhar junto ao grupo gestor interinstitucional pensando soluções para que os objetivos propostos sejam alcançados.</p>
Representante PSE – Saúde – Brasília.	Tomadora de decisão e avaliadora	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	<p>1. Meios de avaliação do Programa.</p> <p>2. Se as equipes locais do PSE entenderam os objetivos/diretrizes/metodologias do PSE. Se todos estão falando a mesma língua.</p> <p>3. Meios para incluir o PSE no Projeto Político Pedagógico das escolas.</p> <p>4. Meios de fazer com que a escola e as Unidades Básicas de Saúde façam o plano de ação juntas.</p>	<p>1. Orientação para a melhoria da intersetorialidade no PSE em minha região.</p> <p>2. Orientar as Unidades Básicas de Saúde e escolas de que a parceria será benéfica para a saúde dos escolares e não mais um trabalho.</p>
Representante PSE – Academia 1 – Brasília (UNB)	Tomadora de decisão e avaliadora	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	<p>1. Grau de institucionalização e incorporação na gestão e nas práticas locais (mecanismos de sustentabilidade coletivos, intersetorial).</p> <p>2. Quantidade e diversidade dos atores/segmentos envolvidos.</p> <p>3. Visão dos gestores, gerentes, trabalhadores sobre intersetorialidade.</p> <p>4. Meios ou instrumentos utilizados para implementar a intersetorialidade.</p>	<p>1. Analisaria a pertinência para o contexto do PSE em Brasília e divulgaria em cursos e aulas. Subsidiaria nivelamento conceitual e metodológico. Identificaria se a relação é vertical ou também horizontal.</p>

Passos metodológicos da avaliação rápida

Quadro 2 - Grupo envolvido na avaliação do Programa Saúde na Escola

(Continua)

			<p>5. Mecanismos ou meios utilizados para mobilização e participação dos professores, membros da equipe do Saúde da Família e estudantes (corresponsabilização).</p> <p>6. Processo de tomada de decisão – equilíbrio da relação de poder entre os setores e os diversos níveis administrativos (central, regional, local) e gestão dos recursos.</p> <p>7. Ferramentas ou instrumentos de informação, comunicação.</p> <p>8. Fatores facilitadores.</p> <p>9. Fatores dificultadores.</p> <p>10. Mecanismos de sustentabilidade.</p> <p>11. Mudanças ou resultados observados.</p>	
Representante PSE – Academia 2 – Brasília (UNB)	Tomadora de decisão e avaliadora	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	<p>1. Processo de implantação/implementação do PSE no DF.</p> <p>2. Formação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) e da CIESE.</p> <p>3. Setores representados no GTI, CIESE, município.</p> <p>4. Modo como ocorre a tomada de decisões no GTI.</p> <p>5. Representatividade de cada setor envolvido.</p> <p>6. Meios de definir as ações prioritárias na escola.</p> <p>7. Definição do modo de desenvolvimento e do responsável pelo acompanhamento de cada ação.</p> <p>8. Barreiras identificadas na implementação do trabalho intersetorial.</p>	<p>1. Identificação dos modelos aplicados com maior frequência em cada município.</p> <p>2. Possibilidade de comparação de processos de implantação e representações na efetividade (futura).</p> <p>3. Possibilidade de superar as barreiras identificadas na intersetorialidade na implementação do PSE, reestruturação/ ampliação da implementação do PSE.</p>

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

Quadro 2 - Grupo envolvido na avaliação do Programa Saúde na Escola

(Continua)

Representante PSE – Educação – Curitiba	Tomador de decisão e avaliador	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	1. Mecanismos que possibilitem uma real participação do jovem/adolescente no processo de implementação do PSE.	1. Buscar desenvolver formas de trabalho que virem bons resultados do PSE, cujo ponto em comum nos diferentes setores seja a participação de jovens/adolescentes na implementação de políticas públicas de juventudes na área de saúde. Efetivar os conselhos de juventude e demais possibilidades de participação nesse processo. A considerar os diversos conselhos: educacionais de juventude e de saúde na continuidade do Programa também.
Representante PSE – Saúde – Curitiba	Tomador de decisão e avaliador	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	1. Envolvimento da comunidade escolar na definição de prioridades, planejamento e programação das ações na implantação do PSE a nível local. 2. Maneiras como os temas da saúde foram incluídos nos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas do PSE.	1. Estabelecer ou propor a construção de estratégias, linhas de conduta para a implementação de políticas intersetoriais para a promoção da saúde. 2. A partir da percepção da aceitação e abordagem dos temas, produzir materiais de apoio e destacar aspectos para implementação e aprofundamentos necessários.
Representante PSE – Educação – Manaus	Tomadora de decisão e avaliadora	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	1. Se os atores que compõem o GTI nos municípios deveriam ser nomeados mediante portaria, de modo que os vinculassem ao Programa. 2. Necessidade da institucionalização do GTI. 3. A partir da adesão do município ao PSE, meios com que os gestores das secretarias de educação e saúde prestarão contas dos recursos recebidos.	

Quadro 2 - Grupo envolvido na avaliação do Programa Saúde na Escola

(Continua)

				<p>1. Empregaria a intersetorialidade para desenvolver todos os programas de que sejam objetos, autores. Para vincular os representantes do GTI, solicitaria aos gestores a condição de ser portaria de institucionalização do GTI, com os nomes de todos os representantes. Para a prestação de contas dos recursos recebidos, faz-se necessário um controle rigoroso da aplicação de todos os recursos. Estabelecer uma tabela de metas pactuadas para os profissionais da saúde que atendem o PSE.</p>
Representante PSE – Saúde – Manaus	Tomadora de decisão e avaliadora	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	<p>1. Atividades/oficinas realizadas nas escolas/UBSF – UBS/comunidade mudariam a realidade local.</p> <p>2. Meios de adequar as atividades do PSE em relação às atividades assistencialistas necessárias à saúde.</p> <p>3. Forma de execução do PSE – Manaus está realmente calcada no conceito de intersetorialidade nas esferas GTI – Distrito – Escola.</p>	<p>1. Implementação de atividades/ações em menor número e mais claras.</p>
Representante PSE Educação – Olinda	Tomadora de decisão e avaliadora	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	<p>1. Avaliação da participação efetiva da comunidade escolar.</p>	<p>1. Ampliação das discussões no âmbito do governo municipal e do comitê gestor estadual de políticas educacionais.</p> <p>2. Ampliação das ações de sensibilização da comunidade escolar.</p> <p>3. Ampliação da articulação nos grupos gestores locais.</p>

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

Quadro 2 - Grupo envolvido na avaliação do Programa Saúde na Escola

(Contínua)

				4. Ampliação dos serviços ofertados à população. As ações anteriores fortalecem a intersetorialidade e a tomada de decisão no planejamento conjunto.
Representante PSE – Saúde – Olinda	Tomadora de decisão e avaliadora	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instrumentos de registro das ações desenvolvidas. 2. Integração do PSE com outras políticas governamentais. 3. Meios de incluir o PSE no Projeto Político Pedagógico da escola. 	1. Com os resultados poderemos implementar, redirecionar as ações e fortalecer a intersetorialidade da ação.
Representante PSE – Educação – Rio de Janeiro	Tomadora de decisão e avaliadora	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saber se os atores do processo planejam juntos. 2. Verificar se as ações de saúde na escola têm continuidade nas atividades da escola. 3. Confirmar se as questões do território (levantamento de problemas/necessidades) consideram as opiniões de todos os atores do território (comunidade, pais, instituições). 4. Saber se a busca de soluções envolve outros atores do território. 5. Verificar se há participação comunitária e de adolescentes. 6. Saber se a escola, a UBS ou equipe do Saúde da Família e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMAS) dialogam em busca dos interesses das crianças, jovens e adultos do espaço escolar e da comunidade. 7. Verificar se as temáticas e ações estão contempladas no Projeto Político Pedagógico da escola. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementar progressos nas diversas áreas. 2. Buscar implantação de serviços e outros insumos necessários ao território. Monitoramento das ações do PSE. Comprovar que a intersetorialidade é efetiva na implementação de ações e soluções para o território. Evitar duplicidade de ações e otimizar os recursos.

Passos metodológicos da avaliação rápida

Quadro 2 - Grupo envolvido na avaliação do Programa Saúde na Escola

(Conclusão)

Representante PSE – Saúde – Rio de Janeiro	Tomador de decisão e avaliador	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	1. Saber se os setores envolvidos compartilharam objetivos, metas, planejamento, recursos, monitoramento e avaliação para implementar o PSE. 2. Verificar se a ação intersetorial não ficou restrita entre os setores de educação e saúde, mas avançou também entre as diferentes esferas de governo e outros parceiros como universidades, ONGs, entre outros, como serviços e comunidade.	1. Advogar que a intersetorialidade prevista em diferentes modelos de saúde na escola, que ao longo do desenvolvimento histórico da saúde escolar não ocorreu efetivamente, porque seus conceitos não foram apropriados pelos atores/gestores envolvidos nos programas. 2. Investir na ação intersetorial como uma ação efetiva em promoção da saúde, em que os sujeitos individuais e coletivos se aproximam da participação do poder de decisão na construção coletiva do Programa.
--	--------------------------------	--	--	--

Fonte: Dados da pesquisa.

Tarefa 2: Conformação da equipe de avaliação

A equipe de avaliação foi composta pelo grupo de tomadores de decisão/avaliadores participantes da oficina de trabalho e pelos pesquisadores, visto que esse coletivo definiu a pergunta da avaliação, as variáveis específicas e os indicadores, por se tratar de uma avaliação participativa.

Passo 3: Definição do alcance da avaliação

Tarefa 1: Formulação da pergunta e do objetivo da avaliação

A definição da pergunta pelo grupo de tomadores de decisão é fundamental para determinar o processo avaliativo, portanto, deve ser produto do parecer e da negociação de interesses entre os potenciais usuários da informação.

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

Tarefa 2: Seleção e definição de variáveis e indicadores

As variáveis e os indicadores avaliativos convertem a pergunta em aspectos concretos, específicos e mensuráveis. É importante verificar se a pergunta pode ser respondida em curto prazo, e se é factível de ser respondida na etapa em que se encontra a intervenção (SALAZAR, 2004, 2011).

A elaboração das tarefas 1 e 2 foram sistematizadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Definição do alcance da avaliação

(Continua)

Pergunta de avaliação de efetividade	Como se dá a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola?			
Objetivo da avaliação	Conhecer como se dá a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola			
Variáveis	Conceito	Variáveis específicas	Indicadores	Tipo de indicador
Funcionamento da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE).	Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola, instituída pelos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, com a finalidade de estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Processo de formação da CIESE. 2. Processo de trabalho na CIESE. 3. Processo de comunicação na CIESE. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Institucionalização da CIESE. 1.2 Setores representados na CIESE. 1.3 Coordenação da CIESE. 2.1 Frequência das reuniões. 2.2 Representatividade dos setores para a tomada de decisões. 3.1 Tipos de ferramentas ou instrumentos de comunicação entre os componentes da CIESE. 3.2 Estratégias para a resolução de conflitos na CIESE. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Qualitativo 1.2 Qualitativo e quantitativo 1.3 Qualitativo 2.1 Quantitativo 2.2 Qualitativo 3.1 Qualitativo e quantitativo 3.2 Qualitativo

Quadro 3 - Definição do alcance da avaliação

(Continua)

<p>Funcionamento do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI).</p>	<p>Grupo de Trabalho Intersetorial constituído de representantes das secretarias de saúde e educação do município e, nos territórios onde situarem-se escolas estaduais que desenvolvem o Ensino Fundamental, representantes da secretaria estadual da educação, além de representantes de outros órgãos/instituições.</p>	<p>1. Processo de formação do GTI.</p> <p>2. Planejamento das ações.</p> <p>3. Processo de comunicação no GTI.</p>	<p>1.1 Setor(es) que tomou(aram) a iniciativa de incorporar o PSE no município.</p> <p>1.2 Institucionalização do GTI.</p> <p>1.3 Representação do GTI.</p> <p>1.4 Coordenação do GTI.</p> <p>1.5 Competências do GTI.</p> <p>1.6 Mecanismos de sustentabilidade do GTI.</p> <p>1.7 Definição do responsável pelo acompanhamento das ações.</p> <p>1.8 Frequência das reuniões.</p> <p>2.1 Participação no planejamento das ações.</p> <p>2.2 Equanimidade na tomada de decisões do GTI.</p> <p>3.1 Tipos de ferramentas ou instrumentos de comunicação entre o GTI.</p> <p>3.2 Resolução de conflitos no GTI.</p>	<p>1.1 Qualitativo</p> <p>1.2 Qualitativo</p> <p>1.3 Qualitativo e quantitativo</p> <p>1.4 Qualitativo</p> <p>1.5 Qualitativo</p> <p>1.6 Qualitativo</p> <p>1.7 Qualitativo</p> <p>1.8 Quantitativo</p> <p>2.1 Qualitativo</p> <p>2.2 Qualitativo</p> <p>3.1 Qualitativo e quantitativo</p> <p>3.2 Qualitativo</p>
<p>Processo de trabalho no Programa Saúde na Escola (PSE).</p>	<p>O PSE foi instituído por decreto presidencial e se apresenta como deliberação de uma política intersetorial entre o MEC e o MS, na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens da Educação Básica pública brasileira por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.</p>	<p>1. Modelo de gestão da saúde e da educação.</p> <p>2. Modelo de gestão do PSE.</p>	<p>1.1 Modelo de gestão da saúde em relação à promoção da intersetorialidade.</p> <p>1.2 Modelo de gestão da educação em relação à promoção da intersetorialidade.</p> <p>2.1 Modelo de gestão do PSE em relação à promoção da intersetorialidade.</p>	<p>1.1 Qualitativo</p> <p>1.2 Qualitativo</p> <p>2.1 Qualitativo</p>

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

Quadro 3 - Definição do alcance da avaliação

(Continua)

	3. Formas de avaliação e monitoramento do PSE.	3.1 Instrumentos para avaliação e monitoramento do PSE.	3.1 Qualitativo e quantitativo
	4. Comunicação entre as equipes do Saúde da Família e a comunidade escolar.	4.1 Capacitação para que os profissionais da educação se apropriassem da linguagem dos profissionais da saúde.	4.1 Qualitativo
		4.2 Capacitação para que os profissionais da saúde se apropriassem da linguagem dos profissionais da educação.	4.2 Qualitativo
		4.3 Capacitação para que os profissionais da saúde e da educação compreendessem as bases estruturais do PSE.	4.3 Qualitativo
	5. Comunicação entre profissionais do PSE, estudantes e familiares.	5.1 Envolvimento de estudantes e familiares e outros atores do território na definição de prioridades, planejamento e programação das ações.	5.1 Qualitativo
		5.2 Mecanismos que favorecem a participação do jovem/adolescente no PSE.	5.2 Qualitativo
	6. Processo de trabalho com o território.	6.1 Estratégias para o levantamento das necessidades do território.	6.1- Qualitativo
		6.2 Comprometimento do PSE com o território em relação à promoção de cidadania e direitos humanos.	6.2 Qualitativo
	7. Sustentabilidade do PSE.	7.1 Estratégias de sustentabilidade do PSE para além de um programa de governo e sim como política de Estado.	7.1 Qualitativo
	8. Gestão do PSE.	8.1 Mecanismos de gestão dos recursos do PSE.	8.1 Qualitativo
		8.2 Instrumentos de registro das ações desenvolvidas.	8.2 Qualitativo e quantitativo

Quadro 3 - Definição do alcance da avaliação

				(Conclusão)
Ações interse- toriais.	Ações que esta- belecem vínculos de correspon- sabilidade e cog- estão de cada setor envolvido pela melhoria da qua- lidade de vida populacional.	1. Características das ações intersetoriais.	1.1 Tipo de ações inter- setoriais. 1.2 Envolvimento dos profissionais da saúde e da educação. 1.3 Envolvimento de outros setores além da educação e da saúde. 1.4 Conceito de interseto- rialidade. 1.5 Facilidades do traba- lho intersetorial. 1.6 Dificuldades do traba- lho intersetorial. 1.7 Construção do Pro- jeto Político Pedagógico da escola de forma inter- setorial, no que se refere à inserção de temas da saúde. 1.8 Modificações da realidade local. 1.9 Mecanismos que pro- mavam a continuidade das ações. 1.10 Mecanismos de mo- bilização de professores e equipes da Estratégia Saúde da Família.	1.1 Qualitativo 1.2 Qualitativo 1.3 Qualitativo e quantitativo 1.4 Qualitativo 1.5 Qualitativo 1.6 Qualitativo 1.7 Qualitativo 1.8 Qualitativo 1.9 Qualitativo 1.10 Qualitativo

Fonte: Dados da pesquisa.

Passo 4: Definição de fontes e métodos de coleta de informações

Realizada a identificação da intervenção/programa em promoção da saúde, formulada a pergunta de avaliação e identificadas as variáveis e os indicadores, a próxima tarefa é identificar e selecionar as fontes de informação disponíveis, determinando o tipo e a importância delas, qualificar a informação e selecionar os métodos de coleta. Priorizam-se os métodos que, em menor tempo, permitam a obtenção de dados de boa qualidade, que apresentem confiabilidade, validade e representatividade da informação (SALAZAR, 2004). As tarefas estão sistematizadas no Quadro 4.

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

Tarefa 1: Identificação, caracterização e seleção de fontes de informação

Posteriormente à identificação das necessidades e fontes de informação para a avaliação, três condições podem emergir: disponibilidade de toda a informação; disponibilidade parcial da informação, que deve ser completada; ou que não há disponibilidade de informação (SALAZAR, 2004). Nesse estudo avaliativo, identificou-se a disponibilidade parcial da informação por meio do Decreto e das Portarias relacionados ao PSE, e completou-se a informação por meio de inquérito com os participantes-chave do PSE nos municípios elencados e das coordenações do PSE/MEC e PSE/MS.

Tarefa 2: Métodos de coleta de informação

De acordo com a disponibilidade de coleta de informações, os pesquisadores selecionaram os métodos da pesquisa documental e do inquérito.

Tarefa 3: Construir indicadores alternativos

Os pesquisadores constataram que não seria necessária a construção de indicadores alternativos, pela acessibilidade tanto a dados primários quanto a dados secundários.

Quadro 4 - Definição de fontes e métodos de coleta de informações

(Continua)

Indicadores	Tipo de indicador	Fonte	Métodos de coleta de informação	Instrumentos para a coleta de informação
1. Institucionalização da CIESE.	1. Qualitativo.	1.1 Portaria Interministerial n. 675, de 4 de junho de 2008. 1.2 Portaria Interministerial n. 1.399, de 14 de novembro de 2008.	1.1 Pesquisa documental. 1.2 Pesquisa documental.	1.1 Técnica da análise de conteúdo. 1.2 Técnica da análise de conteúdo.
2. Setores representados na CIESE.	2. Qualitativo e quantitativo.	2.1 Portaria Interministerial n. 675, de 4 de junho de 2008.	2.1 Pesquisa documental.	2.1 Técnica da análise de conteúdo.

Quadro 4 - Definição de fontes e métodos de coleta de informações

(Continua)

		2.2 Portaria Interministerial n. 1.399, de 14 de novembro de 2008. 2.3 Coordenação PSE MEC. 2.4 Coordenação PSE MS.	2.2 Pesquisa documental. 2.3 Inquérito. 2.4 Inquérito.	2.2 Técnica da análise de conteúdo. 2.3 Questionário. 2.4 Questionário.
3. Coordenação da CIESE.	3. Qualitativo.	3.1 Portaria Interministerial n. 675, de 4 de junho de 2008. 3.2 Portaria Interministerial n. 1.399, de 14 de novembro de 2008. 3.3 Coordenação PSE MEC. 3.4 Coordenação PSE MS.	3.1 Pesquisa documental. 3.2 Pesquisa documental. 3.3 Inquérito. 3.4 Inquérito.	3.1 Técnica da análise de conteúdo. 3.2 Técnica da análise de conteúdo. 3.3 Questionário. 3.4 Questionário.
4. Frequência das reuniões.	4. Quantitativo.	4.1 Coordenação PSE MEC. 4.2 Coordenação PSE MS.	4.1 Inquérito. 4.2 Inquérito.	4.1 Questionário. 4.2 Questionário.
5. Representatividade dos setores para a tomada de decisões.	5. Qualitativo.	5.1 Coordenação PSE MEC. 5.2 Coordenação PSE MS.	5.1 Inquérito. 5.2 Inquérito.	5.1 Questionário. 5.2 Questionário.
6. Tipos de ferramentas ou instrumentos de comunicação entre os componentes da CIESE.	6. Qualitativo e quantitativo.	6.1 Coordenação PSE MEC. 6.2 Coordenação PSE MS.	6.1 Inquérito. 6.2 Inquérito.	6.1 Questionário. 6.2 Questionário.
7. Estratégias para a resolução de conflitos na CIESE.	7. Qualitativo.	7.1 Coordenação PSE MEC. 7.2 Coordenação PSE MS.	7.1 Inquérito. 7.2 Inquérito.	7.1 Questionário. 7.2 Questionário.
8. Setor(es) que tomou(aram) a iniciativa de incorporar o PSE no município.	8. Qualitativo e quantitativo.	8.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	8.1 Inquérito.	8.1 Questionário.

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

Quadro 4 - Definição de fontes e métodos de coleta de informações

(Continua)

9. Institucionalização do GTI.	9. Qualitativo.	9.1 Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008. Ministério da Saúde. 9.2 Portaria n. 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Ministério da Saúde. 9.3 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	9.1 Pesquisa documental. 9.2 Pesquisa documental. 9.3 Inquérito.	9.1 Técnica da análise de conteúdo. 9.2 Técnica da análise de conteúdo. 9.3 Questionário.
10. Representação do GTI.	10. Qualitativo e quantitativo.	10.1 Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008. Ministério da Saúde. 10.2 Portaria n. 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Ministério da Saúde. 10.3 Portaria Interministerial n. 3.696, de 25 de novembro de 2010. 10.4 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	10.1 Pesquisa documental. 10.2 Pesquisa documental. 10.3 Pesquisa documental. 10.4 Inquérito.	10.1 Técnica da análise de conteúdo. 10.2 Técnica da análise de conteúdo. 10.3 Técnica da análise de conteúdo. 10.4 Questionário.
11. Coordenação do GTI.	11. Qualitativo.	11.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	11.1 Inquérito.	11.1 Questionário.
12. Competências do GTI.	12. Qualitativo.	12.1 Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008. Ministério da Saúde. 12.2 Portaria n. 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Ministério da Saúde.	12.1 Análise documental. 12.2 Pesquisa documental.	12.1 Técnica da análise de conteúdo. 12.2 Técnica da análise de conteúdo.

Passos metodológicos da avaliação rápida

Quadro 4 - Definição de fontes e métodos de coleta de informações

(Continua)

		12.3 Portaria Interministerial n. 3.696, de 25 de novembro de 2010. 12.4 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	12.3 Pesquisa documental. 12.4 Inquérito.	12.3 Técnica da análise de conteúdo. 12.4 Questionário.
13. Mecanismos de sustentabilidade do GTI.	13. Qualitativo.	13.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	13.1 Inquérito.	13.1 Questionário.
14. Definição do responsável pelo acompanhamento das ações.	14. Qualitativo.	14.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios. 14.2 Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008. Ministério da Saúde. 14.3 Portaria n. 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Ministério da Saúde. 14.4 Portaria Interministerial n. 3.696, de 25 de novembro de 2010.	14.1 Inquérito. 14.2 Pesquisa documental. 14.3 Pesquisa documental. 14.4 Pesquisa documental.	14.1 Questionário. 14.2 Técnica da análise de conteúdo. 14.3 Técnica da análise de conteúdo. 14.4 Técnica da análise de conteúdo.
15. Frequência das reuniões do GTI.	15. Quantitativo.	15.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	15.1 Inquérito.	15.1 Questionário.
16. Participação no planejamento das ações.	16. Qualitativo.	16.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	16.1 Inquérito.	16.1 Questionário.

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

Quadro 4 - Definição de fontes e métodos de coleta de informações

(Continua)

17. Equanimidade na tomada de decisões do GTI.	17. Qualitativo.	17.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	17.1 Inquérito.	17.1 Questionário.
18. Tipos de ferramentas ou instrumentos de comunicação entre o GTI.	18. Qualitativo e quantitativo.	18.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	18.1 Inquérito.	18.1 Questionário.
19. Resolução de conflitos no GTI.	19. Qualitativo.	19.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	19.1 Inquérito.	19.1 Questionário.
20. Modelo de gestão da saúde em relação à promoção da intersetorialidade.	20. Qualitativo.	20.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	20.1 Inquérito.	20.1 Questionário.
		20.2 Coordenação PSE MEC.	20.2 Inquérito.	20.2 Questionário.
		20.3 Coordenação PSE MS.	20.3 Inquérito.	20.3 Questionário.
21. Modelo de gestão da educação em relação à promoção da intersetorialidade.	21. Qualitativo.	21.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	21.1 Inquérito.	21.1 Questionário.
		21.2 Coordenação PSE MEC.	21.2 Inquérito.	21.2 Questionário.
		21.3 Coordenação PSE MS.	21.3 Inquérito.	21.3 Questionário.
22. Modelo de gestão do PSE em relação à promoção da intersetorialidade.	22. Qualitativo	22.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	22.1 Inquérito.	22.1 Questionário.
		22.2 Coordenação PSE MEC.	22.2 Inquérito.	22.2 Questionário.
		22.3 Coordenação PSE MS.	22.3 Inquérito.	22.3 Questionário.

Quadro 4 - Definição de fontes e métodos de coleta de informações

(Continua)

<p>23. Instrumentos para avaliação e monitoramento do PSE.</p>	<p>23. Qualitativo e quantitativo.</p>	<p>23.1 Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, da Presidência da República. 23.2 Portaria Interministerial n. 3.696, de 25 de novembro de 2010. 23.3 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios. 23.4 Coordenação PSE MEC. 23.5 Coordenação PSE MS.</p>	<p>23.1 Pesquisa documental. 23.2 Pesquisa documental. 23.3 Inquérito. 23.4 Inquérito. 23.5 Inquérito.</p>	<p>23.1 Técnica da análise de conteúdo. 23.2 Técnica da análise de conteúdo. 23.3 Questionário. 23.4 Questionário. 23.5 Questionário.</p>
<p>24. Capacitação para que os profissionais da educação se apropriassem da linguagem dos profissionais da saúde.</p>	<p>24. Qualitativo.</p>	<p>24.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios. 24.2 Coordenação PSE MEC. 24.3 Coordenação PSE MS.</p>	<p>24.1 Inquérito. 24.2 Inquérito. 24.3 Inquérito.</p>	<p>24.1 Questionário. 24.2 Questionário. 24.3 Questionário.</p>
<p>25. Capacitação para que os profissionais da saúde se apropriassem da linguagem dos profissionais da educação.</p>	<p>25. Qualitativo.</p>	<p>25.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios. 25.2 Coordenação PSE MEC. 25.3 Coordenação PSE MS.</p>	<p>25.1 Inquérito. 25.2 Inquérito. 25.3 Inquérito.</p>	<p>25.1 Questionário. 25.2 Questionário. 25.3 Questionário.</p>
<p>26. Capacitação para que os profissionais da saúde e da educação compreendessem as bases estruturais do PSE.</p>	<p>26. Qualitativo.</p>	<p>26.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>26.1 Inquérito.</p>	<p>26.1 Questionário.</p>

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

Quadro 4 - Definição de fontes e métodos de coleta de informações

(Continua)

<p>27. Envolvimento de estudantes e familiares e outros atores do território na definição de prioridades, planejamento e programação das ações.</p>	<p>27. Qualitativo.</p>	<p>26.2 Coordenação PSE MEC. 26.3 Coordenação PSE MS. 27.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>26.2 Inquérito. 26.3 Inquérito. 27.1 Inquérito.</p>	<p>26.2 Questionário. 26.3 Questionário. 27.1 Questionário.</p>
<p>28. Mecanismos que favorecem a participação do jovem/adolescente no PSE.</p>	<p>28. Qualitativo.</p>	<p>28.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>28.1 Inquérito.</p>	<p>28.1 Questionário.</p>
<p>29. Estratégias para o levantamento das necessidades do território.</p>	<p>29. Qualitativo.</p>	<p>29.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios. 29.2 Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008. Ministério da Saúde. 29.3 Portaria n. 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Ministério da Saúde. 29.4 Portaria Interministerial n. 3.696, de 25 de novembro de 2010.</p>	<p>29.1 Inquérito. 29.2 Pesquisa documental. 29.3 Pesquisa documental. 29.4 Pesquisa documental.</p>	<p>29.1 Questionário. 29.2 Técnica da análise de conteúdo. 29.3 Técnica da análise de conteúdo. 29.4 Técnica da análise de conteúdo.</p>
<p>30. Comprometimento do PSE com o território em relação à promoção da cidadania e garantia de direitos humanos.</p>	<p>30. Qualitativo.</p>	<p>30.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios. 30.2 Coordenação PSE MEC. 30.3 Coordenação PSE MS.</p>	<p>30.1 Inquérito. 30.2 Inquérito. 30.3 Inquérito.</p>	<p>30.1 Questionário. 30.2 Questionário. 30.3 Questionário.</p>

Passos metodológicos da avaliação rápida

Quadro 4 - Definição de fontes e métodos de coleta de informações

(Continua)

31. Estratégias de sustentabilidade do PSE para além de um programa de governo e sim como política de Estado.	31. Qualitativo.	31.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios. 31.2 Coordenação PSE MEC. 31.3 Coordenação PSE MS.	31.1 Inquérito. 31.2 Inquérito. 31.3 Inquérito.	31.1 Questionário. 31.2 Questionário. 31.3 Questionário.
32. Estratégias de gestão de recursos.	32. Qualitativo	32.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios. 32.2 Coordenação PSE MEC. 32.3 Coordenação PSE MS.	32.1 Inquérito. 32.2 Inquérito. 32.3 Inquérito.	32.1 Questionário. 32.2 Questionário. 32.3 Questionário.
33. Instrumentos de registro das ações desenvolvidas.	33. Qualitativo e quantitativo.	33.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios. 33.2 Portaria Interministerial n. 3.696, de 25 de novembro de 2010.	33.1 Inquérito. 33.2 Pesquisa documental.	33.1 Questionário. 33.2 Técnica da análise de conteúdo.
34. Tipo de ações intersetoriais desenvolvidas.	34. Qualitativa.	34.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	34.1 Inquérito.	34.1 Questionário.
35. Envolvimento dos profissionais da saúde e da educação.	35. Qualitativo.	35.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios. 35.2 Coordenação PSE MEC. 35.3 Coordenação PSE MS.	35.1 Inquérito. 35.2 Inquérito. 35.3 Inquérito.	35.1 Questionário. 35.2 Questionário. 35.3 Questionário.

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

Quadro 4 - Definição de fontes e métodos de coleta de informações

(Continua)

36. Envolvimento de outros setores além da educação e da saúde.	36. Qualitativo e quantitativo.	36.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	36.1 Inquérito.	36.1 Questionário.
		36.2 Coordenação PSE MEC.	36.2 Inquérito.	36.2 Questionário.
		36.3 Coordenação PSE MS.	36.3 Inquérito.	36.3 Questionário.
37. Conceito de intersetorialidade.	37. Qualitativo.	37.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	37.1 Inquérito.	37.1 Questionário.
		37.2 Coordenação PSE/MEC.	37.2 Inquérito.	37.2 Questionário.
		37.3 Coordenação PSE/MS.	37.3 Inquérito.	37.3 Questionário.
38. Facilidades do trabalho intersetorial.	38. Qualitativo.	38.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	38.1 Inquérito.	38.1 Questionário.
		38.2 Coordenação PSE MEC.	38.2 Inquérito.	38.2 Questionário.
		38.3 Coordenação PSE MS.	38.3 Inquérito.	38.3 Questionário.
39. Dificuldades do trabalho intersetorial.	39. Qualitativo.	39.1. Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	39.1 Inquérito.	39.1 Questionário.
		39.2 Coordenação PSE MEC.	39.2 Inquérito.	39.2 Questionário.
		39.3 Coordenação PSE MS.	39.3 Inquérito.	39.3 Questionário.
40. Construção do Projeto Político Pedagógico da escola de forma intersetorial, no que se refere à inserção de temas da saúde.	40. Qualitativo.	40.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	40.1 Inquérito.	40.1 Questionário.

Quadro 4 - Definição de fontes e métodos de coleta de informações

(Conclusão)

41. Modificações da realidade local.	41. Qualitativo.	41.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	41.2 Inquérito.	41.2 Questionário.
42. Mecanismos que promovam a continuidade das ações.	42. Qualitativo.	42.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios. 42.2 Coordenação PSE MEC. 42.3 Coordenação PSE MS.	42.1 Inquérito. 42.2 Inquérito. 42.3 Inquérito.	42.1 Questionário. 42.2 Questionário. 42.3 Questionário.
43. Mecanismos de mobilização de professores e equipes da Estratégia Saúde da Família.	43. Qualitativo.	43.1 Gestores da educação e da saúde, no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE nos municípios.	43.1 Inquérito.	43.1 Questionário.

Fonte: Dados da pesquisa.

Por meio da análise dos Quadros 3 e 4, observa-se que as dimensões da intersectorialidade relativas ao PSE, de interesse do grupo avaliativo, estão voltadas à gestão do Programa, ao desenvolvimento das ações intersectoriais e às estratégias de monitoramento, avaliação e sustentabilidade dessas ações.

Passo 5: Trabalho de campo

Tarefa 1: Planificação do trabalho de campo

Tem como objetivo o planejamento logístico e administrativo para a coleta de dados (SALAZAR, 2004). O trabalho de campo possibilita a obtenção de informações sobre o objeto de estudo (DESLANDES, 2005), e a forma de efetuá-lo desvela o cuidado científico do pesquisador com a seleção tanto dos fatos a serem coletados quanto com a maneira de obtê-los (MINAYO, 1999).

A primeira atividade a ser cumprida é a validação dos instrumentos escolhidos para a coleta de dados, a fim de verificar se realmente aquele instrumento

cumprir com o propósito para o qual foi elaborado e se a sua aplicação é viável (SALAZAR, 2004).

A coleta dos documentos foi feita por meio do método da pesquisa documental. Os documentos elencados foram o decreto e as portarias do PSE. A percepção dos gestores foi coletada pelo método do inquérito, utilizando-se como instrumento o questionário eletrônico. A amostra foi intencional. Os critérios de inclusão contemplaram gestores no âmbito municipal, estadual e do Distrito Federal, do PSE em municípios brasileiros, com representação de um município de cada região do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), conforme indicação do Ministério da Saúde e/do Ministério da Educação e indicação de atores que implementaram o PSE em municípios. Foram incluídos os municípios de Curitiba (Sul), Rio de Janeiro (Sudeste), Brasília (Centro-Oeste), Olinda (Nordeste) e Manaus (Norte). Esses gestores compreenderam um respondente do setor saúde e um do setor educação de cada município escolhido, totalizando dez respondentes. Ainda, outro questionário foi aplicado aos gestores nacionais do PSE, representado por um coordenador do PSE do MEC e um do MS. O questionário eletrônico enviado por *e-mail* para os respondentes foi validado por gestores do PSE municipal. Antes de dar início ao trabalho, os pesquisadores solicitaram a autorização de cada instituição dos respondentes da pesquisa, bem como o termo de consentimento livre e esclarecido de cada participante.

Passo 6: Processamento e análise da informação

Tarefa 1: Processamento da informação quantitativa

Os questionários eletrônicos enviados aos gestores nacionais, municipais, estaduais e do Distrito Federal continham questões fechadas a serem analisadas.

Tarefa 2: Análise dos dados

As questões fechadas dos questionários foram analisadas descritivamente.

Tarefa 3: Processamento da informação qualitativa

Após levantamento de documentos oficiais relacionados ao PSE, seguido de sua leitura, observou-se que o Decreto e as Portarias, que constituem seus diplomas

normativos, continham as informações necessárias, fidedignas e oficiais para responder aos indicadores da avaliação. Também os questionários eletrônicos enviados aos gestores nacionais, municipais, estaduais e do Distrito Federal continham questões abertas a serem analisadas.

Tarefa 4: Análise dos dados

Para análise do decreto e das portarias, bem como das questões abertas dos questionários, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), associada ao programa computacional ATLAS. TI 5.2[®], desenvolvido para auxiliar na análise qualitativa de dados, principalmente quando se trata de textos com grande volume de informações.

Tarefa 5: Integração das análises quantitativas e qualitativas

Para a realização da análise integrada dos dados retomou-se a revisão da literatura e o referencial teórico da pesquisa.

Passo 7: Comunicação dos resultados e tomada de decisão

O processo de avaliação se encerra com a comunicação dos resultados. O propósito da avaliação rápida é aproximar os resultados da avaliação aos tomadores de decisão. Os pesquisadores têm a responsabilidade de criar mecanismos de comunicação que atinjam atores com diferentes inserções e interesses (SALAZAR, 2004). Em se tratando dessa avaliação, é necessário que a comunicação chegue aos gestores nacionais, municipais, estaduais e do Distrito Federal, profissionais da educação e da saúde e membros da academia, todos envolvidos com o Programa Saúde na Escola. Esse passo está sistematizado no Quadro 5.

Tarefa 1: Identificação dos decisores e seus interesses de informação

Os tomadores de decisão e seus interesses para a avaliação foram identificados no Quadro 2.

Tarefa 2: Definição dos objetivos da comunicação

A comunicação deve favorecer a utilização dos resultados pelos tomadores de decisão e exercer influência na advocacia para a tomada de decisões (SALAZAR, 2004). Nesse sentido, deve ser objetiva, promover informação útil, relevante e oportuna.

Tarefa 3: Seleção das estratégias de comunicação

As estratégias são determinadas a partir das peculiaridades dos tomadores de decisão e dos profissionais envolvidos no PSE.

Tarefa 4: Valoração dos resultados e da estratégia

É fundamental caracterizar os meios de comunicação que possibilitem uma comunicação qualificada com os profissionais a quem se destinam.

Quadro 5 - Comunicação dos resultados e tomada de decisão

Profissionais envolvidos com o PSE	Meio de comunicação dos resultados
Gestores	1. Resumo executivo 2. Artigo científico 3. Manual metodológico
Profissionais dos setores saúde e educação	1. Resumo executivo 2. Artigo científico 3. Manual metodológico
Membros da academia	1. Artigo científico 2. Manual metodológico

Fonte: Dados da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da metodologia de avaliação rápida foi estimada como uma adequada ferramenta para os objetivos deste trabalho, já que a proposição seria dar voz aos atores envolvidos no PSE de diferentes municípios brasileiros, da academia e das coordenações do PSE do MEC e MS, com a finalidade de conhecer seus interesses no processo avaliativo, especificamente na intersetorialidade do Programa, de modo a aproximar a pesquisa acadêmica às reais necessidades dos serviços.

No decorrer do processo avaliativo, ao se colocar em prática os passos dessa metodologia, foram observados mais fatores facilitadores do que dificultadores. Como facilidades, destacam-se: a oportunidade de dar voz aos atores envolvidos no PSE, o conhecimento de diferentes realidades, bem como a riqueza de informações e de experiências compartilhadas na oficina de trabalho e no processo de coleta de dados. No decurso do processo avaliativo, entrou-se em contato com vários atores do PSE, ampliando a rede de trabalho e de conhecimentos. O processo de trabalho possibilitou um amplo conhecimento do programa avaliado (PSE).

A promoção do I Seminário Saúde na Escola e o VII Seminário Saúde e Prevenção nas Escolas de Curitiba, em maio de 2010, no município de Curitiba, bem como a participação na I Mostra Nacional do Programa Saúde na Escola (PSE) e na IV Mostra Nacional Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), em junho de 2010, na cidade de Brasília, possibilitou o contato com profissionais da saúde e da educação de todo o território brasileiro e com suas experiências em programas de saúde escolar. Igualmente, na participação no III Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde, em maio de 2011, na cidade do Rio de Janeiro, com apresentação de pôster referente a esse trabalho (FERREIRA; MOYSÉS; MOYSÉS, 2011) associado a um vasto compartilhar de experiências avaliativas em promoção da saúde, além de acompanhar as palestras de atores renomados nacional e internacionalmente na temática, possibilitando compreender a importância da avaliação nas ações de promoção da saúde.

Como dificuldade, expõe-se a diferença entre os tempos técnico, político e acadêmico. É desafiador responder às questões levantadas conciliando esses tempos. Portanto, a reflexão é que, de fato, são feitas aproximações da realidade a ser avaliada, já que há uma dinâmica que foge ao controle (o que não impossibilita a avaliação) e, por isso mesmo, estimula a avaliação.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa avaliativa colaborem para que os tomadores de decisão envolvidos no PSE possam orientar as ações do Programa, a fim de que sejam exitosas nos contextos específicos e tenham sustentabilidade ao longo do tempo.

Pretende-se que este manual metodológico fomente a utilização da metodologia de avaliação rápida, dando suporte aos que buscam a qualidade das ações promotoras de saúde por meio de processos avaliativos que vocalizem as necessidades dos atores envolvidos nas intervenções.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Revista de saúde pública*, v. 36, n. 5, p. 636-646, 2002.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. *Descritores em ciências da saúde*. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/vmx.htm>>. Acesso em: 15 out. 2013.

BRANDÃO, D. B.; SILVA, R. R.; PALOS, C. M. C. Da construção de capacidade avaliatória em iniciativas sociais: algumas reflexões. *Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação*, v. 13, n. 48, p. 361-374, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 91.144, de 15 de março de 1985. Cria o Ministério da Cultura e dispõe sobre a estrutura, transferindo-lhe os órgãos que menciona, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 15 mar. 1985. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-91144-15-marco-1985-441406-publicacao-original-1-pe.html>>. Acesso em: 16 abr. 2009.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 749, de 13 de maio de 2005. Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 maio 2005a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-749re.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação que produz saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola — PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 dez. 2007. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2007/decreto-6286-5-dezembro-2007-565691-publicacaooriginal-89439-pe.html>>. Acesso em: 16 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/21_12_2010_14.15.58.c850ebcbad4cb38d23cd38a-98b56b15c.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica — IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola — PSE. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 set. 2008b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1861_04_09_2008_rep.html>. Acesso em: 16 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 27 ago. 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informe da atenção básica*, Brasília, ano 9, n. 55, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mais saúde: direito de todos: 2008-2011*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. *Programas e ações*. Brasília: Ministério da Educação, 2010b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>. Acesso em: 17 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Saúde na Escola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 14 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Resumo técnico: censo escolar 2010*. Brasília: MEC, 2010d. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/divulgacao_censo2010_revisao_04022011.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2011.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 3.696, de 25 de novembro de 2010. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 nov. 2010e. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri3696_25_11_2010.html>. Acesso em: 15 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola — PSE. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 fev. 2010f. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/inter-ministerial/legislacoes/gm/101856-3146.html?q=>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Saúde na Escola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 28 jul. 2011b.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 1.910, de 8 de agosto de 2011. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 ago. 2011c. Seção 1, p. 49.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 1.911, de 8 de agosto de 2011. Altera a Portaria Interministerial n. 3.696/MEC/MS, de 25 de novembro de 2010, que estabelece critérios para transferência de recursos aos Municípios credenciados ao Programa Saúde na Escola (PSE) e define lista de Municípios aptos a assinarem Termo de Compromisso Municipal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 ago. 2011d. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/secretaria-executiva/109175-1911.html>>. Acesso em: 10 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta de Ottawa*. 2011e. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/05.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. *Programa Saúde na Escola*. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16796&Itemid=1128>. Acesso em: 3 jan. 2012.

BYDŁOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.

Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersectorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec; Opas, 2006. p. 97-115.

DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-184.

FERREIRA, I. R. C.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Avaliação da efetividade da intersectorialidade na implementação do Programa Saúde na Escola: uma proposta metodológica. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, 3., 2011, Rio de Janeiro. *Anais...* Resumo pôster. Rio de Janeiro, 2011. 1 CD-ROM.

FRANCO DE SÁ, R.; MOYSÉS, S. T. O processo avaliativo em promoção de saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. *Boletim Técnico do Senac*, v. 35, n. 2, p. 29-35, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010: resultados preliminares do universo*. Brasília: IBGE, 2011.

JUNQUEIRA, L. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004.

MENDONÇA, C. S. [Entrevistas]. *Revista Brasileira Saúde da Família*, n. 20, p. 6-7, 2008.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MOLL, J. [Entrevistas]. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, n. 20, p. 6-7, 2008.

MOSTRA NACIONAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, 1.; MOSTRA NACIONAL DE SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS, 4., 2010, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2010. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/saudenaescola2010/>>. Acesso em: 6 out. 2010.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA — UNESCO. *Declaração de Cochabamba*. Educação para todos: cumprindo nossos compromissos coletivos. Cochabamba: Unesco, 2001.

PEDROSA, J. I. D. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 616-626, 2004.

POLAND, B.; FROHLICH, K. L.; CARGO, M. Context as a fundamental dimension of health evaluation. In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D. *Health promotion evaluation practices in the Americas*. Springer: New York, 2008.

POTVIN, L. On the nature of programs: health promotion programs as action. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 731-738, 2004.

RYCHETNIK, L. et al. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. (Theory and Methods). *Journal of Epidemiology & Community Health*, v. 56, n. 2, p. 119-127, 2002. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/56/2/119.full.pdf+html>>. Acesso em: 24 fev. 2011.

SALAZAR, L. de. *Evaluación de efectividad en promoción de la salud: guía de evaluación rápida*. Santiago de Cali: Cedetes; CDC; OPS, 2004.

SALAZAR, L. de; GRAJALES, C. D. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 545-555, 2004.

SALAZAR, L. de. *Efectividad en promoción de la salud Y salud pública: reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio*. Santiago de Cali: Univalle, 2009.

SALAZAR, L. de. *Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas*. Santiago de Cali: Univalle, 2011.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. D. S.; AL, E. (Ed.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e inter-setorialidade. *Revista de Administração Pública*, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.



ANEXO

Primeiro logotipo do PSE (2007)



Atual logotipo do PSE (2011)





GLOSSÁRIO

Avaliação em saúde: processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito da saúde, sintetizados por indicadores de natureza quantitativa e/ou qualitativa. Sua finalidade é proporcionar informações para auxiliar processos de tomada de decisão (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2013).

Efetividade: é a medida do alcance de intervenções, procedimentos, tratamentos ou serviços em condições reais (rotina de serviço), isto é, do quanto a atenção atende aos seus objetivos (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2013).

Intersetorialidade: a articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de se corresponsabilizar pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de se mobilizar na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006a, p. 13).

Promoção da saúde: é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para construir sua saúde, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2011e).

Tomadores de decisão em saúde: pessoas responsáveis pela formulação, implementação e avaliação de políticas, programas, projetos e serviços de saúde, de acordo com o nível de atuação (federal, estadual ou municipal) (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2013).



SOBRE OS AUTORES

Izabel do Rocio Costa Ferreira

Professora do Setor de Educação Profissional e Tecnológica da Universidade Federal do Paraná. Doutora em Odontologia — Área de Concentração Saúde Coletiva, pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Contato: izabelferreira21@gmail.com

Samuel Jorge Moysés

Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia — Área de Concentração Saúde Coletiva, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. PhD em Epidemiologia e Saúde Pública pela University College London (Inglaterra).

Contato: s.moyses@pucpr.br

Beatriz Helena Sottile França

Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia — Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Doutora em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas.

Contato: bhfranca@gmail.com

Simone Tetu Moysés

Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia — Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. PhD em Epidemiologia e Saúde Pública pela University College London (Inglaterra).

Contato: simone.moyses@pucpr.br