

Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018

Evaluation of the implementation of the School Health Program from the Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: 2012, 2014, and 2018

Evaluación de la ejecución del Programa Salud en la Escuela del Programa de Mejoramiento del Acceso y Calidad en la Atención Primaria: 2012, 2014 y 2018

Louriele Soares Wachs ¹

Luiz Augusto Facchini ¹

Elaine Thumé ¹

Elaine Tomasi ¹

Maria Elizabeth Gastal Fassa ¹

Ana Claudia Gastal Fassa ¹

doi: 10.1590/0102-311XPT231021

Resumo

Este estudo avalia a implementação e descreve as ações desenvolvidas no Programa Saúde na Escola (PSE) pelas equipes de saúde da atenção básica que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2012, 2014 e 2018. A participação das equipes em atividades de saúde escolar aumentou ao longo dos três ciclos de avaliação, com ampliação das ações de avaliação clínica, de promoção da saúde e prevenção de agravos. No ciclo II, 24% das equipes realizaram as sete ações de avaliação clínica, 18% realizaram as seis ações de promoção e prevenção. Entretanto, 6,3% das equipes não realizaram nenhuma ação de avaliação clínica e 8,8%, nenhuma de promoção e prevenção da saúde. No ciclo III, mais de 90% das equipes participaram do PSE, o planejamento conjunto para as ações nas escolas foi relatado por 84% das equipes de saúde e mais de 60%, das equipes realizavam reuniões conjuntas com as escolas. Houve institucionalização do PSE em todas as regiões do país, sendo mais desenvolvida nos municípios com 10 a 30 mil habitantes, menor nível de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e maior cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Apesar da evolução positiva, o predomínio das ações de avaliação clínica em relação às de promoção da saúde e a proporção de equipes que ainda apresentam limitações no trabalho conjunto entre saúde e educação sugerem certo distanciamento das diretrizes do PSE. Para avançar na implementação do PSE, é preciso realizar formação dos profissionais de saúde e educação; aprofundar a conexão intersetorial; ampliar a implementação de tecnologias de informação e comunicação e manter políticas que permitam realizar a avaliação do PSE, de forma a subsidiar seu desenvolvimento.

Promoção da Saúde Escolar; Avaliação dos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde

Correspondência

L. S. Wachs

Rua José Lins do Rego 487, Pelotas, RS 96030-680, Brasil.
louriele@gmail.com

¹ Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.



Introdução

As atividades de saúde na escola, nas últimas décadas, acompanharam a mudança de paradigma que ocorreu na área de saúde ^{1,2}. Antes da implementação do Programa Saúde na Escola (PSE), em 2007, a saúde do escolar realizava atividades pontuais, como campanhas de vacinação e ações higienistas ^{1,2}. O novo paradigma tem como eixo central a promoção da saúde e prioriza a atuação sobre os determinantes sociais em saúde, contribuindo para que os estudantes façam escolhas mais saudáveis, que favoreçam a qualidade de vida ^{1,2,3}. A potencialidade da saúde dos escolares está fortemente associada com a atenção primária à saúde, que, no Brasil, é desenvolvida no mais alto grau de descentralização e capilaridade, com enfoque comunitário e territorial, impactando positivamente a saúde da população ^{4,5}.

Essa concepção subsidia o PSE instituído pelo *Decreto nº 6.286*, de 5 de dezembro de 2007 ⁶. A partir de 2013, todos os municípios e as equipes de atenção básica do país puderam participar do PSE, que foi expandido para creches e pré-escolas, e fortalecido com a inclusão e pactuação de indicadores de monitoramento e metas de desempenho ⁷. O PSE pressupõe a promoção do desenvolvimento integral de crianças e adolescentes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, ofertando à comunidade escolar participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem seu desenvolvimento ^{8,9,10}. O PSE vem se expandindo e registrou, em 2017, a participação de 85 mil escolas e 36.990 equipes de saúde de atenção básica em 5.040 municípios (90,4%) ¹¹.

Os estudos sobre saúde do escolar no Brasil, anteriores à instituição do PSE, enfocavam as mudanças no perfil epidemiológico e nutricional dos estudantes, com ênfase em alimentação saudável, obesidade e atividade física ¹². Revisão integrativa realizada sobre o PSE, de 2007 a 2017, analisou 38 artigos que incluíram temas sobre estado nutricional, bullying, obesidade, aptidão física, uso de álcool, drogas e tabaco, saúde sexual e reprodutiva, medicalização do fracasso escolar, doenças negligenciadas, promoção da saúde nas propostas curriculares, ações do PSE como práticas pedagógicas, educação permanente dos profissionais, monitoramento e avaliação do PSE. Os estudos apontaram que ainda predominam ações com perspectiva clínica, individualista e fragmentada, embora com indícios de maior participação social ¹³. Os estudos também indicaram que os profissionais ainda desconhecem o programa, não completaram a mudança de paradigma, mantendo uma perspectiva reducionista na esfera normativa, conceitual e prática ^{13,14}. As atividades permanecem, em alguma medida, com foco em ações pontuais, e o monitoramento e a avaliação não foram incorporados à rotina do PSE.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em sua avaliação externa, incluiu algumas questões referentes ao PSE, mas apenas dois estudos abordaram este tema com abrangência nacional. Um estudo apontou que, das 12.940 equipes avaliadas no ciclo I do PMAQ-AB, 75% declararam ter realizado algum tipo de atividade na escola, com variação entre regiões do país, de 69% no Sudeste a 81% no Norte. Das equipes que informaram ter realizado atividades na escola, 83% relataram ter elaborado um planejamento. Entre as ações de avaliação clínica, destacaram-se as ações de saúde bucal, avaliação antropométrica e diagnóstico nutricional. Em relação às ações de promoção da saúde, as mais desenvolvidas pelas equipes foram educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, ações de segurança alimentar e alimentação saudável, e prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas ¹⁴.

O PSE é uma das principais políticas públicas para a promoção da saúde de crianças e adolescentes ^{8,11}, entretanto sua implementação plena implica em grandes desafios, requer forte ação intersectorial, além de uma abordagem participativa com envolvimento das equipes de saúde, professores, estudantes e familiares. Assim, este estudo objetiva avaliar a implementação e descrever as ações desenvolvidas no PSE pelas equipes de saúde da atenção básica que aderiram ao PMAQ-AB em 2012, 2014 e 2018, contribuindo para o diagnóstico de potencialidades e fragilidades do PSE.

Metodologia

Para a análise do PSE, utilizou-se uma série temporal de três estudos transversais das avaliações externas do PMAQ-AB desenvolvidas em 2012 (ciclo I); 2014 (ciclo II) e 2018 (ciclo III). A avaliação externa do PMAQ-AB foi liderada por oito instituições de Ensino Superior (IES) – Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal do Sergipe (UFS) e Universidade Federal do Piauí (UFPI). Essas instituições, com o apoio das áreas técnicas do Ministério da Saúde, elaboraram os instrumentos, definiram a logística, realizaram a coleta de dados e a análise de consistência do banco de dados. O instrumento para avaliação externa era composto por seis módulos e para o presente estudo foram utilizadas as informações oriundas do Módulo II, que caracterizou a organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes de saúde. A amostra estudada foi constituída por equipes de atenção básica que aderiram voluntariamente ao processo de avaliação externa do PMAQ-AB.

A cada ciclo, o trabalho de campo mobilizou aproximadamente mil pessoas, incluindo coordenadores, supervisores e entrevistadores. Para a coleta de dados, foi utilizado instrumento eletrônico disponibilizado em tablets. O controle de qualidade foi realizado pelos supervisores, enquanto a checagem de consistência das respostas e do tempo de duração da entrevista foi validada eletronicamente.

O desfecho foi a realização de atividades na escola pelas equipes da atenção básica. Nos ciclos I e II, foi obtido pela pergunta: “A equipe realiza atividades na escola?” e, no ciclo III, pela pergunta: “A equipe participa do Programa Saúde na Escola?”. No caso de resposta positiva foram investigadas as ações efetivadas pelas equipes de saúde nas escolas.

Os ciclos I e II investigaram o número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisavam de acompanhamento, a realização de avaliações clínicas e de ações de promoção e prevenção à saúde, e se havia documento que comprovasse as ações realizadas.

A realização de avaliação clínica incluiu atualização do calendário vacinal; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica; detecção de agravos de saúde negligenciados (doenças causadas por agentes infecciosos ou parasitas, endêmicas em populações de baixa renda, como, por exemplo, doença de Chagas, malária e tuberculose); avaliação oftalmológica; avaliação auditiva; avaliação nutricional, e avaliação da saúde bucal. A contagem do número de avaliações clínicas foi categorizada em nenhuma, 1 ou 2; 3 ou 4, 5 ou 6 e 7 atividades.

As ações de promoção e prevenção incluíram segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção de práticas corporais e atividade física nas escolas; educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis; ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas; capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde e debate com os professores da escola. A contagem do número de ações de promoção e prevenção foi categorizada em 1 ou 2, de 3 a 5 e 6 ações. O ciclo I, além dos aspectos anteriores, investigou a existência de rotina de atendimento dos escolares, de planejamento de atividades na escola e de avaliações clínicas antropométrica e psicossocial.

O ciclo III investigou diferentes aspectos do planejamento das atividades na escola, como a identificação de estratégias e instrumentos utilizados para monitorar as ações planejadas, a realização de reuniões conjuntas entre equipe de saúde e equipe da escola, o levantamento do número de escolares atendidos nos serviços de atenção básica e a principal forma como a equipe lida com as demandas de saúde identificadas nos estudantes. Esse ciclo avaliou também a utilização dos sistemas de informação, examinando a utilização de registros do Estratégia de Informatização da Atenção Básica (e-SUS AB) e do FormSUS (serviço do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS – para criar formulários na Internet).

As variáveis independentes caracterizaram o contexto social segundo região geopolítica (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul); porte populacional (até 10.000; 10.001-30.000; 30.001-100.000; 100.001-300.000 e mais de 300.000 habitantes); Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), conforme categorização da Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (0,000-0,599; 0,600-0,699; 0,700-0,799 e 0,800-1,000) e cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) (até 50%; 50,1-75%; 75,1-99,9% e 100%).

Considerando que os três ciclos do PMAQ-AB apresentavam diferenças na formulação de questões e nos aspectos do PSE avaliados e diferenças nas equipes de saúde da família participantes, as análises descritivas foram realizadas separadamente para cada ciclo. A amostra estudada foi caracterizada de acordo com as variáveis de contexto em cada ciclo. Em relação aos ciclos I e II, descreveu-se a realização de atividades nas escolas, das atividades de avaliação clínica e das ações de promoção e prevenção, examinando a prevalência e os intervalos de 95% de confiança (IC95%) e caracterizando evolução de cada variável do ciclo I para o ciclo II pela diferença absoluta entre as proporções, em pontos percentuais (p.p.). Comparou-se também a contagem de atividades de avaliação clínica e de ações de promoção e prevenção, examinando a evolução do ciclo I para o ciclo II, pela diferença absoluta entre as proporções, em p.p..

As questões disponíveis no ciclo III eram totalmente diferentes dos ciclos anteriores, impossibilitando comparações. Em relação ao ciclo III, descreveu-se a proporção de equipes que realizaram os diferentes aspectos do planejamento das atividades nas escolas, com os respectivos IC95%. A análise bivariada examinou a proporção de realização de atividades na escola em cada estrato das variáveis de contexto social – região geográfica, porte populacional, IDH-M e cobertura de ESF –, com os respectivos IC95%. As análises foram realizadas por meio do programa estatístico Stata 12.0 (<http://www.stata.com/>).

As aprovações nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) foram obtidas, no ciclo I, pelo ofício número 38/2012, de 10 de maio de 2012, do CEP da UFPEL; no ciclo II, pelo parecer 487055, de 2 de dezembro de 2013, do CEP da Universidade Federal de Goiás (UFG); e no ciclo III, pelo parecer número 2.453.320, de 27 de dezembro de 2017, da UFPEL. Todos os usuários e profissionais de saúde elegíveis para participar da pesquisa foram informados sobre o tema do estudo e somente concederam entrevista após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Ao longo dos três ciclos de avaliação externa ocorreu um crescimento linear na adesão das equipes de saúde ao PMAQ-AB. Participou o total de 17.211 equipes no ciclo I, 29.778, no ciclo II e 37.350, no ciclo III, equivalente a 41%, 66% e 75% do total de equipes do país, respectivamente, em cada período. Nos três ciclos de avaliação, foi maior a participação de equipes localizadas nas regiões Sudeste e Nordeste e em municípios entre 10.001 a 30.000 habitantes. Em todos os ciclos, a maior participação foi no IDH-M alto (0,700-0,799), com crescimento linear nos três ciclos para a classificação de IDH-M muito baixo e baixo (0,000-0,599). Nos ciclos I e II, a participação das equipes ocorreu de forma homogênea para as quatro categorias de cobertura de ESF. No ciclo III, houve aumento considerável na participação das equipes em municípios com 100% de cobertura (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a proporção de equipes que realizaram atividades na escola nos ciclos I e II, que passou de 75% em 2012 para 84% em 2014. O registro das atividades realizadas na escola apresentou crescimento similar, alcançando 70% no ciclo II, com disponibilidade de documento comprobatório em 64% das equipes de saúde. O levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que requeriam acompanhamento apresentou crescimento de 17p.p., foi realizado por 48% das equipes de saúde no ciclo II e 40% apresentaram documento comprovando a ação.

O planejamento de atividades na escola, informação disponível apenas no ciclo I, foi referido por 63% das equipes de saúde, e apenas 38% das equipes tinham documento comprobatório. Já o percentual de equipes que inseriram o atendimento dos escolares em sua rotina foi de 42%, e 32% possuíam documento comprobatório. A inserção de informações referentes aos escolares no Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (IMEC) foi realizada por 20% das equipes, mas apenas 9,8% apresentaram documento comprobatório.

A realização de atividades de avaliação clínica foi mencionada por menos de 52% das equipes no ciclo I, sendo menores as prevalências de avaliação auditiva, detecção de agravos de saúde negligenciados e avaliação oftalmológica. Todas as atividades avaliadas apresentaram crescimento no ciclo II, principalmente a detecção de agravos de saúde negligenciados, relatada por 70% das equipes e a avaliação oftalmológica, por 53%. A prevalência de avaliação auditiva dobrou no ciclo II, porém permaneceu aquém das demais atividades, referida por apenas 28% das equipes. No ciclo II, a atualização

Tabela 1

Distribuição das equipes de saúde participantes em cada ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de acordo com as características dos municípios (região, porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M e cobertura de Estratégia Saúde da Família – ESF). Brasil, 2012 (N = 17.211), 2014 (N = 29.778) e 2018 (N = 37.350).

Variáveis	Ciclo I n (%)	Ciclo II n (%)	Ciclo III n (%)
Região			
Norte	739 (4,3)	1.799 (6,1)	2.582 (6,9)
Nordeste	5.559 (32,3)	10.768 (36,2)	13.836 (37,0)
Centro-oeste	1.415 (8,2)	2.602 (8,7)	3.113 (8,3)
Sudeste	6.579 (38,2)	10.100 (33,9)	12.346 (33,0)
Sul	2.919 (20,0)	4.509 (15,1)	5.473 (14,6)
Porte populacional (habitantes)			
Até 10.000	2.544 (15,0)	3.954 (13,3)	4.756 (12,8)
10.001-30.000	4.701 (27,7)	8.281 (27,8)	10.047 (27,0)
30.001-100.000	3.510 (20,7)	6.807 (22,9)	8.807 (23,7)
100.001-300.000	2.054 (12,1)	3.696 (13,3)	5.151 (13,8)
Mais de 300.000	4.184 (24,6)	6.763 (22,7)	8.419 (22,6)
IDH-M			
0-0,599	1.428 (8,4)	5.170 (17,4)	7.049 (18,9)
0,600-0,699	4.318 (25,5)	9.352 (31,4)	11.374 (31,3)
0,700-0,799	6.297 (37,1)	12.214 (41,0)	15.348 (41,1)
0,800-1,000	4.906 (29,0)	3.041 (10,2)	3.271 (8,7)
Cobertura de ESF (%)			
Até 50	4.900 (28,5)	8.867 (29,8)	5.583 (15,0)
50,1-75,0	4.353 (25,3)	7.067 (23,7)	7.233 (19,4)
75,1-99,9	3.339 (19,4)	5.776 (19,4)	7.844 (21,1)
100	4.610 (26,8)	8.067 (27,1)	16.560 (44,5)

do calendário vacinal (68% das equipes) e a avaliação nutricional (64% das equipes) apresentaram crescimento superior a 22p.p., enquanto a avaliação da saúde bucal passou a ser realizada por 65% das equipes. A detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica apresentou crescimento de 19p.p., alcançando prevalência de 50% no ciclo II. As avaliações antropométrica e psicossocial apresentaram prevalência de 47% e 20% no ciclo I, respectivamente, e não foram avaliadas no ciclo II.

Entre as atividades de promoção e prevenção, todas as ações apresentaram crescimento similar, em torno de 10p.p., porém algumas apresentaram prevalências muito baixas em ambos os ciclos. As ações de segurança alimentar/promoção da alimentação saudável e educação para saúde sexual, reprodutiva e prevenção das DST/aids foram as mais realizadas pelas equipes de saúde em ambos os ciclos do estudo, atingindo prevalências superiores a 60% no ciclo II. A promoção de práticas corporais/atividade física nas escolas e ações de prevenção do uso de álcool e outras drogas apresentaram prevalência de 43% e 51%, respectivamente, no ciclo II. As ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para saúde e debate com os professores da escola foram as atividades menos realizadas, com prevalências de 30% e 37% no ciclo II, respectivamente. O encaminhamento dos escolares para avaliação oftalmológica aumentou 18p.p., enquanto o encaminhamento para avaliação otorinolaringológica apresentou queda de 0,4p.p., alcançando prevalências de 57% e 30% no ciclo II, respectivamente e apenas 31% das equipes apresentaram documento comprovando encaminhamentos.

Tabela 2

Proporção das equipes que realizam atividades nas escolas, incluindo avaliação clínica, promoção e prevenção, nos ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e diferenças absolutas entre 2012 (N = 17.185) e 2014 (N = 29.788), Brasil.

PMAQ-AB (2012)	Ciclo I		Ciclo II		p.p.
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	
A equipe realiza atividades na escola?	12.940	75,3 (74,6-75,0)	25.074	84,2 (83,8-84,6)	+8.9
A equipe possui registro das atividades realizadas na escola?	10.404	60,5 (59,7-61,2)	20.843	70,0 (69,5-70,5)	+9.5
Existe documento que comprove?	9.267	53,7 (53,1-54,6)	19.053	64,0 (63,4-64,5)	+0.3
A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento?	5.394	31,3 (30,7-32,0)	14.335	48,5 (47,6-48,7)	+17.2
Existe documento que comprove?	3.999	23,4 (22,6-23,8)	11.853	39,8 (39,2-40,4)	+16.4
Há na equipe rotina no atendimento dos escolares?	7.247	42,1 (41,4-42,9)	*	*	
Existe documento que comprove?	5.468	31,8 (31,1-32,5)	*	*	
A equipe insere informações referentes aos escolares no Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (IMEC)?	3.402	19,8 (19,2-20,4)	*	*	
Existe documento que comprove?	1.698	9,8 (9,4-10,3)	*	*	
A equipe planeja suas atividades na escola?	10.762	62,5 (61,8-63,2)	*	*	
Existe documento que comprove?	6.665	38,5 (38,0-39,5)	*	*	
Quais as atividades de avaliação clínica que a equipe realiza?			*	*	
Atualização do calendário vacinal	7.860	45,7 (44,9-46,4)	20.229	67,9 (67,4-68,5)	+22.0
Detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica	5.269	30,6 (29,9-31,1)	14.853	49,9 (49,3-50,4)	+19.3
Detecção de agravos de saúde negligenciados	4.501	26,1 (25,5-26,8)	20.980	70,4 (70,0-71,0)	+44.3
Avaliação oftalmológica	3.492	20,3 (19,7-20,9)	15.749	52,9 (52,3-53,5)	+32.6
Avaliação auditiva	2.257	13,2 (12,6-13,6)	8.302	27,9 (27,4-28,4)	+14.7
Avaliação nutricional	7.144	41,5 (40,8-42,3)	19.098	64,1 (63,6-64,7)	+22.6
Avaliação de saúde bucal	8.937	51,9 (51,2-52,6)	19.494	65,4 (64,8-66,0)	+13.5
Avaliação antropométrica	8.085	47,0 (46,2-47,7)	*	*	
Avaliação psicossocial	3.677	21,4 (20,7-22,0)	*	*	
Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza?					
Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	8.733	51,0 (50,2-51,7)	19.202	64,5 (63,9-65,0)	+13.5
Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas	4.975	28,9 (28,4-29,5)	12.778	42,9 (42,3-43,5)	+14.0
Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids	9.315	54,1 (53,4-54,9)	20.008	67,2 (66,6-67,7)	+13.5
Ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas	6.859	39,8 (39,1-40,6)	15.182	51,0 (50,4-51,5)	+11.2
Ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde	3.533	20,5 (19,9-21,1)	8.939	30,0 (29,4-30,5)	+9.5
Debate com os professores da escola	4.468	26,0 (25,3-26,6)	11.068	37,2 (36,3-37,7)	+11.2
A equipe tem encaminhado os casos que necessitam de:					
Avaliação oftalmológica	6.681	38,8 (38,1-39,6)	17.042	57,2 (56,7-57,8)	+18.4
Avaliação otorrinolaringológica	5.254	30,5 (29,8-31,2)	8.973	30,1 (29,6-30,5)	-0.4
Existe documento que comprove?	3.651	21,2 (20,6-21,8)	9.367	31,4 (30,9-32,0)	+10.2

IC95%: intervalo de 95% de confiança; p.p.: pontos percentuais.

* Variáveis não coletadas no ciclo II.

A Tabela 3 indica que, no ciclo II, as sete ações de avaliação clínica foram realizadas por apenas 24% das equipes, enquanto 40% realizaram de cinco a seis ações. As seis ações de promoção e prevenção foram realizadas por somente 18% das equipes, enquanto 51% realizaram de três a cinco ações. Apesar do crescimento das atividades na escola, no ciclo II, 6,3% das equipes não realizaram nenhuma atividade de avaliação clínica e 8,8%, nenhuma de promoção e prevenção da saúde.

A Tabela 4 apresenta a prevalência de participação das equipes de saúde no PSE e a proporção de cada atividade no ciclo III do PMAQ-AB. Neste ciclo, mais de 90% das equipes de saúde sabiam da existência e participavam do PSE. O planejamento conjunto entre a equipe e os profissionais da educação para as ações nas escolas foi relatado por 84% das equipes de saúde, mas apenas 58% apresentaram comprovação documental. Mais de 60% das equipes realizavam reuniões conjuntas com as escolas, levantamento do número de escolares atendidos na unidade básica de saúde (UBS) e utilizavam informações registradas no e-SUS AB para monitorar as ações planejadas. Apenas 29% relataram utilizar informações contidas no FormSUS. Ao identificar a principal forma de a equipe lidar com as demandas de saúde dos estudantes, 31% das equipes mencionaram o envolvimento da família e da escola no cuidado, e 19%, a realização do diagnóstico das condições de saúde dos escolares.

A Tabela 5 apresenta a proporção das equipes de saúde que realizaram as atividades nas escolas, nos ciclos I, II e III do PMAQ-AB, de acordo com as características do contexto social. No geral, em 2018, as prevalências de atividades realizadas nas escolas foram maiores, em relação a 2012 e 2014. Todas as regiões do país apresentaram crescimento linear ao longo dos três ciclos, sendo maior nas regiões Nordeste e Sudeste, onde o aumento foi de 15p.p. No ciclo III, as maiores prevalências de atividades ocorreram nas regiões Nordeste (95%) e Centro-oeste (91%). As equipes localizadas em municípios com até 30 mil habitantes, nos menores estratos de IDH-M e com maior cobertura de ESF apresentaram as maiores prevalências de atividades na escola (Tabela 5).

Tabela 3

Distribuição do número de equipes de saúde que realizam atividades nas escolas, de acordo com a quantidade de atividades desenvolvidas no âmbito da avaliação clínica e ações de promoção e prevenção, nos ciclos I, II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Equipes de saúde	Ciclo I		Ciclo II	
	n	%	n	%
Avaliação clínica				
Nenhuma	1.800	13,9	1.582	6,3
1 ou 2	4.057	31,3	2.754	10,9
3 ou 4	3.286	25,4	4.708	18,9
5 ou 6	2.689	20,8	10.099	40,3
7	1.108	8,6	5.927	23,6
Promoção e prevenção				
Nenhuma	1.750	13,5	2.221	8,8
1 ou 2	3.647	28,2	5.488	21,9
3-5	6.190	47,4	12.880	51,4
6	1.353	10,5	4.485	17,9

Nota: avaliação clínica – atualização do calendário vacinal, detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica, avaliação antropométrica, oftalmológica, auditiva, nutricional e de saúde bucal; promoção e prevenção – ações de segurança alimentar e alimentação saudável, práticas corporais e atividades físicas, educação para saúde sexual e reprodutiva, uso de álcool e drogas, capacitação dos profissionais da educação e debate com os professores.

Tabela 4

Prevalência de equipes de saúde que participam do Programa Saúde na Escola (PSE) e a prevalência de cada atividade realizada no ciclo III do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2018 (N = 37.307), Brasil.

PMAQ (2012)	Ciclo III	
	n	% (IC95%)
A equipe sabe se existe o PSE no município?	35.304	94,5 (94,3-94,7)
A equipe participa do PSE?	32.040	90,7 (90,4-91,0)
É realizado planejamento conjunto entre a equipe e os profissionais da educação para realização das ações na escola?	31.322	83,7 (83,5-84,2)
Existe documento que comprove?	21.856	72,1 (71,6-72,6)
Quais são as estratégias e os instrumentos utilizados para monitorar as ações planejadas?		
Realização de reuniões conjuntas entre equipe de saúde e equipe das escolas	28.541	94,0 (93,7-94,2)
Realização do levantamento do número de escolares atendidos na unidade básica de saúde	24.739	81,6 (81,1-82,0)
Utilização das informações registradas no e-SUS	23.259	76,7 (76,2-77,1)
Utilização das informações contidas no FormSUS	8.731	28,8 (28,3-29,3)
Qual a principal forma como a equipe lida com as demandas de saúde identificadas nos estudantes?		
Realiza diagnóstico das condições de saúde dos escolares	7.286	19,5
Comunica à escola os casos alterados e faz recomendações para auxiliar no cuidado com o educando	5.534	14,8
Discute casos com os profissionais da escola	2.933	7,8
Problematiza com a escola questões de vulnerabilidade à saúde do educando a partir das situações de risco detectadas	5.830	15,6
Envolve a família e a escola no cuidado com o educando	11.529	30,9
Realiza outras ações	4.238	11,4

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Discussão

A participação das ESF nas ações de saúde escolar aumentou ao longo dos três ciclos de avaliação do PMAQ-AB, com ampliação das atividades de avaliação clínica, de promoção da saúde e prevenção de agravos. Houve institucionalização do PSE em todas as regiões do país, com maior participação nos municípios com 10 a 30 mil habitantes, menores níveis de IDH-M e maior cobertura da ESF. Os resultados indicam tendência de redução de desigualdades, favorecendo a equidade na oferta das ações do PSE, em contraste com avaliações da infraestrutura das UBS, cuja melhoria se associou a municípios de maior porte populacional e IDH-M mais elevado^{15,16}.

O estudo realizou a avaliação do PSE, com abrangência nacional, permitindo identificar a realização das atividades de saúde escolar em três momentos e a realização de ações clínicas e de promoção da saúde na escola em 2012 e 2014. Possibilitou também examinar, em 2018, a realização de planejamento conjunto, entre as equipes de saúde e da escola, das atividades do PSE.

O PMAQ-AB avaliou a realização de atividades/ações, mas foi limitado em relação à abrangência dessas em cada escola, não especificando número de turmas ou de escolares atendidos. No ciclo III, embora tenha caracterizado a realização de trabalho conjunto, não detalhou aspectos que dessem ideia da qualidade da ação intersetorial. Considerando que a adesão ao PMAQ-AB era voluntária, pode ter havido um viés de seleção, com inclusão das melhores equipes. Esse viés superestima os resultados para o conjunto das UBS do país, mas essa limitação é reduzida ao longo dos ciclos pela forte ampliação do número de equipes participantes.

Do ponto de vista internacional, uma revisão de literatura realizada com estudos de 2011 a 2020 reforça a relevância de programas de promoção de estilo de vida saudável em contextos escolares. A revisão apontou que intervenções com crianças menores de 5 anos, envolvimento de pais e profes-

Tabela 5

Proporção de equipes de saúde que realizam atividades nas escolas, nos ciclos I, II e III do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de acordo com as características dos municípios. Brasil, 2012 (N = 17.185), 2014 (N = 29.788) e 2018 (N = 37.307).

Variáveis	Ciclo I n (IC95%)	Ciclo II n (IC95%)	Ciclo III n (IC95%)
Região			
Norte	77,8 (74,8-80,8)	80,6 (78,8-82,5)	88,7 (87,5-90,0)
Nordeste	79,8 (78,7-80,8)	90,0 (89,4-90,6)	94,8 (94,4-95,2)
Centro-oeste	80,9 (78,8-82,9)	85,0 (83,6-86,4)	91,0 (90,0-92,0)
Sudeste	69,4 (68,3-70,5)	78,7 (77,9-79,5)	84,7 (86,8-88,0)
Sul	76,7 (75,2-78,3)	83,5 (82,4-84,6)	88,0 (87,1-89,0)
Porte populacional (habitantes)			
Até 10.000	83,9 (82,5-85,3)	90,7 (89,8-91,6)	95,1 (94,5-95,7)
10.001-30.000	80,7 (79,5-81,5)	88,8 (88,1-89,5)	95,2 (94,8-95,7)
30.001-100.000	76,1 (74,7-77,6)	86,0 (85,1-86,7)	92,5 (91,9-93,0)
100.001-300.000	74,1 (72,2-76,0)	79,8 (78,6-81,1)	87,0 (86,1-88,0)
Mais de 300.000	63,8 (62,4-65,3)	75,6 (74,6-76,6)	83,2 (82,4-84,1)
IDH-M			
0-0,599	86,3 (84,5-88,1)	90,7 (89,9-91,5)	96,7 (96,3-97,1)
0,600-0,699	82,5 (81,3-83,6)	88,9 (88,3-89,5)	94,3 (93,8-94,7)
0,700-0,799	73,6 (72,5-74,7)	79,0 (78,3-79,8)	86,2 (85,6-86,7)
0,800-1,000	67,7 (66,4-69,1)	79,3 (77,9-80,8)	85,4 (84,1-86,7)
Cobertura de ESF (%)			
Até 50	66,4 (65,1-67,7)	77,7 (79,6-78,6)	88,9 (81,9-95,9)
50,1-75,0	71,8 (70,4-73,1)	80,7 (79,7-81,6)	93,7 (88,1-99,1)
75,1-99,9	80,2 (78,8-81,5)	88,4 (87,6-89,2)	87,3 (79,8-94,8)
100	84,5 (83,5-85,5)	91,3 (90,7-91,4)	95,5 (95,3-95,8)

ESF: Estratégia Saúde da Família; IC95%: intervalo de 95% de confiança; IDH-M: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

res e a mobilização da comunidade contribuem para a melhoria da qualidade de vida¹⁷. Outro estudo realizado em 2011, sobre experiências australianas que buscaram colaboração intersetorial para implementar programas de saúde na escola, identificou que a inclusão explícita desses programas no currículo pedagógico estava fortemente vinculada ao sucesso do programa e que os sistemas de saúde universais favoreciam a cobertura desses programas¹⁸.

O PSE sofreu mudanças nos últimos anos e, em 2017, a *Portaria nº 1.055/2017* reestruturou e definiu novas regras e critérios para adesão, com objetivo de fortalecer o programa. O valor do repasse financeiro foi ampliado, com redução do prazo para o pagamento. A adesão ao programa passou a ser bial e as ações prioritárias, antes desenvolvidas por nível de ensino, passaram a abranger toda escola. O sistema de registro dos dados foi unificado e foram selecionadas 12 ações prioritárias, de acordo com a realidade local, superando a divisão em componentes, com pouca flexibilização. A revisão do PSE enfatizou que o planejamento deve ser local, considerando as necessidades em saúde de cada comunidade escolar. Ainda na perspectiva de contribuir com a redução das vulnerabilidades e desigualdades sociais, todas as creches públicas, escolas localizadas em área rural, escolas com alunos em medida socioeducativa, escolas com 50% dos alunos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família são consideradas prioritárias na adesão ao PSE e precisam representar metade do número de escolas pactuadas pelos municípios⁷.

A avaliação do PSE no ciclo III do PMAQ-AB foi adaptada considerando as mudanças decorrentes da *Portaria nº 1.055/2017*. Assim, os indicadores do ciclo III são diferentes dos indicadores dos dois primeiros ciclos do estudo, dificultando a avaliação da evolução temporal. Os indicadores dos ciclos I e II enfocam, especificamente, ações de avaliação clínica ou de promoção e prevenção que foram

desenvolvidas. Os indicadores do ciclo III enfocam os objetivos do PSE, com ênfase no planejamento conjunto entre os profissionais de saúde e educação, e as estratégias e os instrumentos utilizados para monitorar as ações planejadas.

O registro das atividades do PSE deve ser realizado na ficha de atividades coletivas por um profissional de saúde. Estudo realizado com dados do ciclo I do PMAQ-AB verificou, no panorama nacional, que apenas 64% das UBS tinham disponibilidade de computadores e, destas, apenas 45% tinham acesso à Internet ¹⁵, aspecto que pode explicar parcialmente a carência de registros. Estudo realizado com informações do PMAQ-AB incluindo mais de 17 mil equipes da atenção básica verificou o Índice de Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação (ITIC), englobando infraestrutura, sistemas e utilização de informação. O estudo apontou associação positiva entre a incorporação de tecnologias de informação e a qualidade da atenção. No entanto poucas equipes da atenção básica tinham alto grau de ITIC, mesmo em regiões como Sudeste e Sul ¹⁹. A qualidade dos registros é fundamental para organização dos serviços e adequada atenção à saúde, pois registros frágeis dificultam o monitoramento, a avaliação e o planejamento de novas ações ²⁰.

O planejamento de programas em saúde deve estar respaldado na realidade e necessidade socioeconômica, cultural e de saúde de cada população e região, e requer, portanto, avaliações periódicas dessas necessidades ¹². O PSE orienta que, no momento da adesão, seja realizado um diagnóstico situacional que inclua questões referentes a determinantes sociais de saúde, cenário epidemiológico e modalidades de ensino das escolas que estão no território de atuação das equipes de atenção básica ²¹. Entretanto a baixa proporção de serviços que realizam levantamento do número de escolares com necessidade de saúde sugere que frequentemente não são geradas as informações necessárias a um adequado planejamento.

A falta da inserção do atendimento de escolares na rotina do serviço indica que as ações na escola são feitas de forma episódica, como mutirão, comprometendo a continuidade do cuidado. As diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde estabelecem que o tempo de execução das ações do PSE deve ser planejado pelas equipes de saúde e da educação, considerando o ano letivo e o projeto pedagógico de cada escola ⁸. Estudos apontam que a falta de tempo e o conseqüente acúmulo de tarefas dos profissionais, a insuficiência de recursos financeiros e humanos, e o despreparo dos profissionais da saúde e da educação para desenvolver ações integradas podem ter relação com a dificuldade de inserção do PSE na rotina das equipes de saúde ^{22,23,24}.

Embora tenha havido aumento das atividades de avaliação clínica, do ciclo I para o ciclo II, poucas equipes executam todas as ações, e uma em cada três equipes realiza menos de quatro ações, do total de sete analisadas. Todas as atividades de avaliação clínica são relevantes para os escolares, assim, o desenvolvimento parcial dessas atividades por grande parte das equipes de saúde demonstra a incipiência do programa ^{25,26}. A adesão, conseqüente expansão e ampliação do acesso é o primeiro passo para a implantar programas de saúde. A partir da ampliação, devem ser desenvolvidas estratégias para sua consolidação e melhoria da qualidade das ações.

A concretização da promoção da saúde demanda a articulação do conjunto das políticas públicas e dos diferentes setores da sociedade ²⁷. O predomínio das atividades de avaliação clínica sugere a persistência da ênfase na abordagem biomédica, distanciando as ações do PSE das suas diretrizes e objetivos contemporâneos ²⁸. A carência nas ações de promoção da saúde pode estar vinculada com a dificuldade dos profissionais em trabalhar com ações intersetoriais, e até mesmo de multiprofissionais que valorizem o conhecimento popular e o articulem com o científico ²⁹.

O planejamento conjunto entre equipe de saúde e profissionais da educação para o desenvolvimento das ações de saúde na escola e de reuniões para o planejamento e avaliação das ações desenvolvidas no ambiente escolar, verificado no ciclo III, reflete a evolução do trabalho intersetorial e a adesão às diretrizes de integração e articulação das redes públicas de saúde e educação, respeitando a territorialidade e a diversidade ⁸. Entretanto, as limitações na realização de levantamentos e registros resultam em dificuldades para atuar sobre os determinantes sociais em saúde e as iniquidades. Atualmente, os municípios definem e indicam quais escolas serão pactuadas, e todas as ações precisam ser desenvolvidas com planejamento, anterior à adesão, articulado entre os dois setores, com realização de reuniões dos grupos de trabalhos intersetoriais, com possibilidade de participação de profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de IES.

O maior número de equipes de saúde realizando atividades do PSE em municípios com até 30 mil habitantes pode estar relacionado à própria organização e ao planejamento das ações com um número menor de escolas e conseqüente menor demanda de escolares. Municípios pequenos apresentam melhor domínio e participação em todo processo de negociação e implementação do PSE. Ainda existem desigualdades na participação das equipes de atenção básica no PSE, no entanto o crescimento na Região Nordeste, em municípios com menor porte populacional e com IDH-M mais baixo, fortalece a equidade. A maior participação das equipes de atenção básica no PSE vinculadas a maior cobertura da ESF reforça a importância da expansão da ESF na implementação e consolidação de programas de saúde ⁵.

Conclusão

A implantação do PSE é facilitada pela alta capilaridade dos serviços de atenção primária à saúde e do sistema educacional no Brasil. O programa está fortemente pautado pela política de promoção da saúde, vinculado à atenção primária e à melhoria dos indicadores de saúde nos municípios. Seu êxito passa pela articulação das políticas públicas no intuito de aumentar as possibilidades de escolhas que favoreçam a saúde em seu conceito ampliado ⁸, atuando não somente na mudança de hábitos individuais, mas também considerando o contexto social, econômico e político no qual os comportamentos se consolidam.

A responsabilidade do Estado se concretiza por meio da organização dos programas e serviços de saúde, garantindo um processo permanente de ampliação do acesso e qualificação das práticas de gestão e de cuidado. O PMAQ-AB era a principal estratégia nacional de monitoramento e avaliação do PSE e apontou que, apesar da expansão das ações do PSE no período de 2012 a 2018, elas ainda eram parciais, não ocorrendo de maneira homogênea e universal nas escolas.

No intuito de expandir, consolidar e qualificar as ações do PSE, é necessário que as 12 ações pactuadas pelos municípios sejam compreendidas como permanentes e prioritárias, de modo a fazer parte da rotina escolar e do serviço de saúde, contribuindo para o desenvolvimento saudável dos escolares. A conexão intersetorial precisa ser aprofundada, enfatizando a atuação dos profissionais sobre os determinantes sociais em saúde e sobre as iniquidades. Para isso, é necessário promover a formação das equipes de saúde e da escola para realizar atividades conjuntas. É importante ampliar a incorporação de tecnologias de informação e comunicação de forma a melhorar o registro das atividades e ações do PSE. É fundamental garantir políticas públicas para a avaliação do PSE, bem como o financiamento de pesquisas sobre o programa que investiguem a abrangência das ações em cada escola e qualifiquem a integração entre os setores envolvidos, de forma a subsidiar seu desenvolvimento.

Colaboradores

L. S. Wachs e A. G. Fassa participaram da concepção e projeto do artigo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do texto, aprovação final da versão a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. L. A. Facchini, E. Thumé, E. Tomasi e M. E. G. Fassa colaboraram na redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Informações adicionais

ORCID: Louriele Soares Wachs (0000-0001-5532-1483); Luiz Augusto Facchini (0000-0002-5746-5170); Elaine Thumé (0000-0002-1169-8884); Elaine Tomasi (0000-0001-7328-6044); Maria Elizabeth Gastal Fassa (0000-0002-2839-3761); Anaclaudia Gastal Fassa (0000-0001-6070-6214).

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde.

Referências

1. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19:829-40.
2. Cavalcanti PB, Lucena CMF, Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos & Contextos (Porto Alegre)* 2015; 14:387-402.
3. Alves VS. Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2004.
4. Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, Sampaio YPCC, Dias MSA, Almeida AMB, et al. Programa Saúde na Escola: estratégia promotora de saúde na Atenção Básica no Brasil. *J Hum Growth Dev* 2015; 25:307-12.
5. Mendonça CS. Saúde da família, agora mais do que nunca! *Ciênc Saúde Colet* 2009; 14 Suppl 1:1493-7.
6. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 6 dez.
7. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. *Diário Oficial da União* 2013; 11 jul.
8. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.055, 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. *Diário Oficial da União* 2017; 26 abr.
9. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *Caderno do gestor do PSE*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
10. Departamento de Ações em Saúde, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Programa Saúde na Escola (PSE): manual de orientações ciclo 2019/2020*. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2020.
11. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. <https://egestorab.saude.gov.br/> (acessado em 15/Jul/2021).
12. Santos AA, Teodoro A, Queiroz S. Educação em saúde: um mapeamento dos estudos produzidos no Brasil e em Portugal (2000-2013). *Revista Lusófana de Educação* 2016; 33:9-22.
13. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e promoção da saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate* 2018; 42:773-89.

14. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Engstrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014; 38(spe):52-68.
15. Neves TCCL, Montenegro LAA, Bittencourt SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014; 38:756-70.
16. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na atenção básica à saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2015; 15:171-80.
17. Amorim ANDP, Brito IS, Bueno AA, Evangelista RA, Mendes MRCPF, Vicente CMFB. Programas de promoção de estilo de vida saudável em contexto de saúde escolar: scoping review. *Online Braz J Nurs* 2020; 19(4). <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6449/pdf-pt>.
18. Tooher R, Collins J, Braunack-Mayer A, Burgess T, Skinner SR, O’Keefe M, et al. Intersectoral collaboration to implement schoolbased health programmes: Australian perspectives. *Health Promot Int* 2017; 32:312-21.
19. Santos AF, Fonseca Sobrinho DF, Araujo LL, Procópio CSD, Lopes EAS, Lima AMLD, et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00172815.
20. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em saúde bucal no Brasil: reflexões a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014; 38(spe):140-57.
21. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Manual técnico de adesão e desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Educação; 2018.
22. Baggio MA, Berres R, Gregolin BPS, Aikes S. Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná: relato de enfermeiros. *Rev Bras Enferm* 2018; 71 Suppl 4:1631-8.
23. Penso MA, Brasil KCTR, Arrais AR, Lordello SR. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. *Saúde Soc* 2013; 22:542-53.
24. Santiago LM, Rodrigues MTP, Oliveira Junior AD, Moreira TMM. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2012; 65:1026-9.
25. Vieira LS, Belisário SA. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. *Saúde Debate* 2018; 42(spe 4):120-33.
26. Silva MAA, Ferreira GLS, Rangel ML, Silva CAG, Castro RD. Institucionalização de práticas de educação e saúde em escolas públicas de João Pessoa, Paraíba. *Temas em Saúde* 2016; 16:301-20.
27. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
28. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersetorialidade no programa saúde na escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:1781-90.
29. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc* 2011; 20:884-9.

Abstract

This study aims to evaluate the implementation and describe the actions developed in the School Health Program (PSE) by primary care health teams that joined the Brazilian National Program for Improvement of Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB), in 2012, 2014, and 2018. The participation of the teams in school health activities increased throughout the three evaluation cycles, with the expansion of clinical evaluation, health promotion, and disease prevention actions. In cycle II, 24% of the teams performed the seven clinical evaluation actions, 18% performed the six promotion and prevention actions. However, 6.3% of the teams did not perform any clinical evaluation action and 8.8% did not perform health actions of promotion or prevention. In cycle III, more than 90% of the teams participated in the PSE, 84% of the health teams reported a combined planning for actions in schools, and more than 60% of the teams held joint meetings with the schools. PSE was institutionalized in all regions of the country, being more developed in municipalities with 10,000 to 30,000 inhabitants, lower Municipal Human Development Index (HDI-M) level, and greater coverage of the Family Health Strategy (FHS). Despite the positive evolution, the predominance of clinical evaluation actions in relation to health promotion actions and the proportion of teams that still have limitations in the combined efforts between health and education suggest a certain distancing from the PSE guidelines. To advance the implementation of the PSE, it is necessary to train health and education professionals; deepen intersectoral connection; expand the implementation of information and communication technologies; and maintain policies that allow the evaluation of the PSE, in order to support its development.

School Health Promotion; Health Services Evaluation; Primary Health Care

Resumen

Este estudio tiene por objetivo evaluar y describir la ejecución de las acciones desarrolladas en el Programa Salud en la Escuela (PSE) por los equipos de salud de atención primaria que se adhirieron al Programa Nacional de Mejoría de Acceso y Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB) en 2012, 2014 y 2018. La participación de los equipos en las actividades de salud escolar se incrementó en los tres ciclos de evaluación, con una ampliación de las acciones de evaluación clínica, promoción de la salud y prevención de enfermedades. En el ciclo II, el 24% de los equipos realizaron las siete acciones de evaluación clínica, y el 18% realizaron las seis acciones de promoción y prevención. Sin embargo, el 6,3% de los equipos no llevaron a cabo acciones de evaluación clínica y el 8,8% no realizaron acciones de promoción y prevención de la salud. En el ciclo III, más del 90% de los equipos participaron del PSE, el 84% reportaron haber realizado la planificación conjunta de acciones en las escuelas y más del 60% realizaron reuniones conjuntas con las escuelas. El PSE se institucionalizó en todas las regiones del país, además el plan fue más desarrollado en los municipios de 10.000 a 30.000 habitantes, con menor nivel de Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDH-M) y mayor cobertura de la Estrategia de Salud Familiar (ESF). A pesar de la evolución positiva, el predominio de las acciones de evaluación clínica con relación a la promoción de la salud y la proporción de equipos que todavía tienen limitaciones en el trabajo conjunto entre salud y educación sugieren cierta distancia de los lineamientos del PSE. Para avanzar en la ejecución del PSE, es necesario formar profesionales de la salud y la educación; profundizar las relaciones intersectoriales; ampliar la ejecución de las tecnologías de la información y comunicación; y mantener políticas que posibilitan la evaluación del PSE, con el fin de subsidiar su desarrollo.

Promoción de la Salud Escolar; Evaluación de los Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud

Recebido em 26/Set/2021

Versão final reapresentada em 25/Mar/2022

Aprovado em 01/Abr/2022