

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ESTRATÉGIA PROMOTORA DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

THE HEALTH SCHOOL PROGRAMME: A HEALTH PROMOTION STRATEGY IN PRIMARY CARE IN BRAZIL

Maria de Fátima Antero Sousa Machado¹, Fabiane do Amaral Gubert², Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer³, Yana Paula Coêlho Correia Sampaio⁴, Maria Socorro de Araújo Dias⁵, Ana Mattos Brito de Almeida⁶, Ana Patrícia Pereira Moraes⁷, Anamaria Cavalcante e Silva⁸, Jocileide Sales Campos⁸, Maristela Inês Osawa Chagas⁵, Emília Soares Chaves⁹

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96709>

Resumo

Introdução: a promoção da saúde no cenário escolar deve ser entendida como um processo em permanente desenvolvimento. Nesse contexto, destacam-se as ações do Programa Saúde na Escola, como política voltada para crianças e adolescentes. **Objetivo:** identificar e descrever as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) no Programa Saúde na Escola (PSE), participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Método:** trata-se de uma pesquisa transversal que utilizou dados secundários coletados junto a 17.202 equipes que aderiram ao PMAQ em 2012. **Resultado:** todas as regiões apresentaram resultados expressivos acerca da realização de atividades na escola. A região Norte é a que mais executa ações ao escolar (80,5%), seguidas das regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste respectivamente. Contudo, alguns itens como a capacitação dos profissionais para trabalhar com educação e saúde precisam ser fortalecidos. **Conclusão:** o PSE no Brasil tem mobilizado ações relevantes, mesmo que isto não tenha se dado de forma homogênea em todas as regiões brasileiras.

Palavras-chave: avaliação em saúde, saúde escolar, atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, no Brasil, inúmeras iniciativas e experiências de avaliação da Atenção Básica têm sido implementadas a fim de alcançar melhorias nas políticas de saúde^{1,2}.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), tendo como objetivo principal estimular a ampliação do acesso e melhorar a qualidade da atenção primária à saúde, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Primária em Saúde.

O PMAQ avaliou, entre as diversas ações de promoção da saúde realizadas na atenção básica, o Programa Saúde na Escola. Para o Ministério da Saúde³, o Programa Saúde na Escola (PSE), tem como objetivo oferecer um leque de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crian-

ças, adolescentes e jovens do ensino básico público, com o fortalecimento e a sustentação da articulação entre as escolas públicas e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da realização de ações dirigidas aos alunos³.

O PSE é hoje uma das principais políticas públicas para infância e adolescência. Dentre seus componentes destaca-se a avaliação clínica, nutricional, promoção da alimentação saudável, avaliação oftalmológica bem como as ações de educação permanente em saúde, atividade física e saúde, promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar e inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas⁴.

A promoção da saúde no cenário escolar deve ser entendida como um processo em permanente desenvolvimento. Para que as intervenções preventivas sejam cada vez mais eficazes, estas devem

1 Universidade Regional do Cariri (URCA) – Crato (CE), Brasil.

2 Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza (CE), Brasil.

3 Fundação Oswaldo Cruz, (FIOCRUZ) Fortaleza (CE), Brasil.

4 Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, (Estácio FMJ) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil.

5 Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) - Sobral (CE), Brasil.

6 Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE) – Fortaleza (CE), Brasil.

7 Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil.

8 Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza (CE), Brasil.

9 Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) – Redenção (CE), Brasil.

Aos coordenadores regionais do projeto (CE, PI e RN) do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, Profs. Severina Alice Uchoa, Paulo Medeiro Rocha Themis Xavier Pinheiro.

Corresponding author: Maria de Fátima Antero Sousa Machado. E-mail: fatimaantero@uol.com.br

Suggested citation: Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, Sampaio YPCC, Dias MSA, Almeida AMB et al. The health school programme: a health promotion strategy in primary care in Brazil. *Journal of Human Growth and Development*. 25(3): 307-312. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96709>

Manuscript submitted Oct 22 2014, accepted for publication Dec 19 2014.

ser baseadas em evidências científicas⁴, por isso estudos realizados *in loco* que apresentem o contexto nacional de programas e estratégias na área de saúde coletiva devem ser valorizados, a fim de rever e aprimorar ações e processo de trabalhos dos profissionais de saúde e gestão.

A partir do exposto, o objetivo do estudo identificar e descrever as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) do Brasil no Programa Saúde na Escola (PSE).

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa realizada mediante dados secundários, oriundos do Ministério da Saúde, coletados junto a 17.202 equipes de Saúde da Família que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2012 no Brasil.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem como objetivo principal estimular a ampliação do acesso e melhorar a qualidade da atenção primária à saúde, e está organizado em quatro fases complementares e contínuas: (1) adesão e contratualização; (2) desenvolvimento; (3) avaliação externa e (4) recontractualização. Os dados da presente pesquisa foram subtraídos da 3ª fase do PMAQ e foi conduzida

por Instituições de Ensino e/ou Pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde no período de junho a outubro de 2012.

A 3ª fase ou avaliação externa se deu mediante aplicação de instrumento que buscou averiguar as condições de acesso aos serviços de saúde e de qualidade da assistência dos municípios e das equipes de atenção básica participantes. O instrumento de avaliação era composto por quatro módulos de coleta de informações. O módulo I que avaliou as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. O módulo II buscou informações sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário e no qual se encontra as ações realizadas pelo PSE. O módulo III verificava a satisfação e percepção dos usuários quanto ao serviço de saúde e o módulo IV representava um conjunto de informações complementares aos outros módulos e deveria ser respondido *on line* pela própria gestão local.

Neste estudo os resultados são provenientes do Módulo II, especificamente as questões referentes às ações de saúde realizadas no âmbito da Escola. O instrumento continha perguntas relativas às atividades do PSE conduzidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e que deveriam ser respondidas apenas com sim ou não, a saber: (Quadro 1).

Quadro 1: Perguntas utilizadas no PMAQ para avaliação do Programa Saúde na Escola. Fortaleza, 2012

Realiza atividades na escola?

Que tipos de atendimentos são realizados pela equipe?

A equipe registra as atividades?

A equipe insere informações no Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação - SIMEC/Programa Saúde na Escola?

Possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde?

A equipe planeja as atividades?

Quais atividades de avaliação clínica são realizadas (atualização do calendário vacinal; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica; detecção de agravos de saúde negligenciados; avaliação antropométrica; avaliação oftalmológica; avaliação auditiva; avaliação psicossocial; avaliação nutricional e avaliação de saúde bucal)?

Quais atividades de prevenção e promoção da saúde são realizadas (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis; promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids; ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas;

Ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde são realizadas? e debate com os professores da escola?

O questionário foi aplicado *in loco*, conduzido por um entrevistador e apenas um profissional da equipe foi selecionado para responder as questões, em local adequado na própria unidade de saúde e em data acordada com a gestão municipal. A adesão dos municípios e das equipes ao PMAQ teve caráter voluntário.

As informações coletadas foram transferidas automaticamente para banco de dados nacional do Ministério da Saúde. As variá-

veis do estudo foram as atividades realizadas pelos profissionais de saúde na escola e que foram descritas no Quadro 1. As análises foram realizadas mediante comparação por regiões brasileiras. Utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos, versão 19.0). Foram realizadas análises descritivas. As variáveis categóricas foram analisadas por meio dos testes não paramétricos: qui-quadrado.

RESULTADOS

Observou-se associação significativa entre as regiões, conforme o valor de $p < 0,0001$ em todos os itens do presente estudo.

No que se referem às atividades que realizam na escola, todas as regiões apresentaram resultados expressivos, variando de 80,5% a 69,4%, sendo a região Norte a que mais executa atividades neste cenário, seguidas das Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste respectivamente.

A rotina de atendimento a criança e ao adolescente foi verificada no estudo sendo que a região Nordeste obteve 47,7%. Esta mesma região apresentou melhores indicadores quando se refere à inserção de informações no Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação - SIMEC/Programa Saúde na Escola com 29,5% de equipes de saúde que o fazem. Já a região Sudeste possui apenas 12,6% das equipes inserindo informações no sistema.

No que se refere ao levantamento do número de escolares e a necessidade de saúde, a região Nordeste apresentou percentual de 34,9% de unidades de saúde que o realizam. O item planejamento das ações na escola é considerado superior ao levantamento de escolares, tendo novamente a região nordeste com 68,5%. Já a região Sudeste, nestes dois quesitos, apresentou valores de 28,2% e 56,8% respectivamente, considerados os menores entre as regiões do Brasil. Considerando a relevância destes dois aspectos: levantamento de necessidade em saúde e planejamento destas ações, foi realizada associação entre estas variáveis, e

obteve-se que as regiões que planejaram suas atividades também fizeram o levantamento das necessidades com significância de $p < 0,001$.

No quesito avaliação clínica ao escolar a região Centro-Oeste com 10,4% foi a que mais referiu ter realizado este procedimento. Destaca-se a atualização do calendário vacinal realizada pela região nordeste 55,6%, seguida do Norte (52,6%). O nordeste brasileiro também obteve resultados melhores detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (40,4%), agravos negligenciados (30,2%); avaliação antropométrica (57,9%), avaliação auditiva (16,0%), avaliação psicossocial (25,4%), avaliação nutricional (52,6%) e avaliação de saúde bucal (59,6%) e ações de segurança alimentar e alimentação saudável com 61,1%. No item referente a avaliação oftalmológica a região sul obteve melhor desempenho entre as equipes, com 24,6%.

Acerca das atividades de promoção e educação em saúde observa-se a região Norte como a que mais promoveu atividades nas temáticas saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/AIDS com percentual de 65,1% e prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas com 47,7%.

No item relativo às ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde e debate com os professores da escola a região Nordeste obteve destaque realizando estas ações em 23,2% e 33,2%. A região Sudeste obteve os menores percentuais nestes dois itens com 13,3% e 20,1%. Os resultados podem ser observados na tabela apresentada a seguir: (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuições de atividades realizadas pelas equipes de Saúde da Família participantes do PMAQ. Brasil, 2013

Atividades do PSE	Região Norte (n = 1045)				Região Nordeste (n = 5559)				Região Sudeste (n = 6569)				Região Sul (n = 2920)				Região Centro Oeste (n = 1131)				p *
	S	%	N	%	S	%	N	%	S	%	N	%	S	%	N	%	S	%	N	%	
Realiza atividades na escola	841	80,5	196	18,8	4431	79,7	1124	20,2	4559	69,4	2010	30,6	2240	76,7	679	23,3	869	76,8	236	20,1	0,001
Rotina de atendimento	452	43,3	389	37,2	2652	47,7	1779	32,0	2475	37,7	2084	31,07	1273	43,6	967	33,1	395	34,9	474	43,0	0,001
Informações no SIMEC/PSE	217	20,8	624	59,7	1639	29,5	2792	50,2	826	12,6	3733	56,8	428	14,7	1812	62,1	292	25,8	577	51,3	0,001
Levantamento n° escolares com necessidade de saúde	281	26,9	560	53,3	1938	34,9	2493	44,8	1855	28,2	2704	41,2	980	33,6	1260	43,2	340	30,0	529	47,4	0,001
Planeja suas atividades	686	65,6	155	14,8	3806	68,5	625	11,2	3734	56,8	825	12,6	1866	63,9	374	12,8	670	59,2	199	17,7	0,001
Realiza avaliação clínica	109	10,4	732	70	435	7,8	3996	71,9	614	9,4	3945	60	299	10,2	1941	66,5	91	8,2	778	85,0	0,001
Atualização calendário vacinal	550	52,6	291	27,8	3089	55,6	1342	24,1	2409	36,7	2150	32,7	1267	43,4	973	33,3	545	49,1	324	48,0	0,001
Deteção precoce de hipertensão arterial sistêmica	386	36,9	455	43,5	2248	40,4	2183	39,3	1583	24,1	2976	45,3	704	24,1	1536	52,6	348	31,4	521	58,0	0,001
Deteção de agravos negligenciados	284	27,2	557	53,3	1677	30,2	2754	49,5	1451	22,1	3108	47,3	825	28,3	1415	48,5	264	23,8	605	68,0	0,001
Avaliação antropométrica	525	50,2	316	30,2	3219	57,9	1212	21,8	2435	37,1	2124	32,3	1322	45,8	918	31,4	584	52,7	285	36,8	0,001
Avaliação oftalmológica	227	21,7	614	58,8	1155	20,8	3276	58,9	1197	18,2	3362	51,2	718	24,6	1522	52,1	195	17,3	674	86,7	0,001
Avaliação auditiva	120	11,5	721	6,9	887	16,0	3544	63,8	709	10,8	3850	58,6	382	13,1	1858	63,7	159	14,3	710	64,4	0,001
Avaliação psicossocial	200	19,1	641	61,3	1410	25,4	3021	54,3	1159	17,6	3400	51,8	661	22,6	1579	54,1	247	22,3	622	56,9	0,001
Avaliação nutricional	446	42,7	395	37,8	2922	52,6	1509	27,1	2120	32,3	2439	37,1	1157	39,6	1083	37,1	499	45,0	370	33,9	0,001
Avaliação de saúde bucal	551	52,7	290	27,8	3325	59,6	1106	19,9	2854	43,4	1705	26,0	1623	55,6	617	21,1	584	52,7	285	25,1	0,001
Ações de segurança alimentar e alimentação saudável	588	56,3	253	24,2	3398	61,1	1033	18,6	2774	42,2	1785	27,2	1421	48,7	819	28,1	592	53,4	277	25,5	0,001
Promoção das práticas corporais e atividade física	362	34,6	479	45,8	1887	33,9	2544	45,8	1599	24,3	2960	45,1	750	25,7	1490	51	377	34,0	492	45,0	0,001
Saúde sexual, reprodutiva e prevenção das DST/aids	680	65,1	161	15,4	3256	58,6	1175	21,1	3038	46,2	1521	23,2	1679	57,5	561	19,2	662	59,7	207	18,5	0,001
Prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas	491	47,0	350	33,5	2399	43,7	2032	36,6	2162	32,9	2397	36,5	1290	44,2	950	32,5	517	46,6	352	31,9	0,001
Capacitação dos profissionais para trabalhar educação/ saúde	215	20,6	626	59,9	1291	23,2	3140	56,5	1137	17,3	3422	52,1	646	22,1	1594	54,5	244	22,0	625	57,4	0,001
Debate com os professores	260	24,9	581	55,6	1848	33,2	2583	46,5	1322	20,1	3237	49,3	814	27,9	1426	48,6	224	20,3	645	60,0	0,001
Promoção das práticas corporais e atividade física	362	34,6	479	45,8	1887	33,9	2544	45,8	1599	24,3	2960	45,1	750	25,7	1490	51,0	377	34,5	492	51,0	0,001

DISCUSSÃO

O Programa Saúde na Escola no cenário nacional tem mobilizado ações relevantes mesmo que isto não tenha se dado de forma homogênea em todas as regiões conforme se observa nos resultados da avaliação PMAQ no ano de 2012. Com isso, este estudo traz contribuições e torna-se relevante, quando apresenta o panorama das ações desenvolvidas no PSE no território nacional, o que certamente pode produzir uma reflexão do alcance deste programa e de suas contribuições para a melhoria no cuidado a população. Destaca-se ainda a importância de estudos avaliativos, os quais possibilitam um panorama da realidade estudada, no caso específico da pesquisa, como se apresenta o Programa Saúde na Escola no território brasileiro.

No que se refere às ações de promoção e educação em saúde, a região Norte foi a que mais promoveu essas atividades⁵. Vale ressaltar que são as regiões Norte e Nordeste as que mais apresentam desigualdades sociais e econômicas no país, tendo a inserção das atividades da Estratégia da Família há mais tempo e associando a elas mais atenção e efetividade.

Acerca da rotina de atendimento realizada pelos profissionais de saúde, estes ainda possuem dificuldades para implementá-la, considerando que na ESF outras demandas da comunidade acabam necessitando de um olhar diferenciado. Para isso deve-se repensar o PSE numa perspectiva ampliada, discutindo acerca das políticas públicas em cada território, propiciar ambientes apropriados e reorientar os serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos. As equipes de saúde parecem realizar poucas ações clínicas junto as escolas já que apresentam um índice alto de atividades, mas com uma rotina ainda frágil⁶.

Estudos^{7,8}, descrevem a dificuldade em estabelecer rotina no atendimento aos adolescentes e que esta situação pode estar ligada a necessidade de alguns profissionais em superar preconceitos antes de encarar programas educacionais voltados para escola, além de pouca proximidade com as questões dessa faixa etária; tendência a encarar os adolescentes de forma negativa e estereotipada; constrangimento em lidar com sexualidade e situações de violência (que podem demandar, inclusive, intervenções interdisciplinares); sobrecarga de trabalho, dificultando o acesso à aprendizagem. Estas e outras situações são fatores que podem influenciar neste ponto. Para muitos adolescentes a saúde ainda esta ligada a "ausência de doença" e sentimento de invulnerabilidade, imortalidade e pode justificar o desinteresse e o distanciamento que se observa no comportamento dos adolescentes em relação aos serviços de saúde⁹.

O baixo percentual de inserção de dados no SIMEC/Programa Saúde da Escola tem dificultado o monitoramento e avaliação destas ações. O acompanhamento permanente permite ao gestor e municípios a delimitação de seus territórios, definindo áreas de abrangência das equipes da ESF, contribuindo para o diagnóstico situacional com base nos determinantes sociais no cenário epidemiológico,

incluindo o repasse adequado de incentivos para as unidades.

Estudos indicam a falta de regularidade de alimentação do sistema, falta de capacitação dos profissionais para preencher as planilhas, e segundo os próprios profissionais, a grande quantidade de sistemas de informação implantados pelo Ministério da Saúde nos últimos anos, que tem demandando grande esforço dos municípios para sua implementação. Para superar tal situação os profissionais de saúde necessitam de apoio no processo de planejamento e tomada de decisões no que se refere aos sistemas de informação⁹.

O planejamento das ações na escola também foi avaliado e considerado como um dos aspectos mais positivos. Este fato demonstra que as equipes de saúde estão participando das diretrizes propostas pelo MS o qual estabelece que o tempo de execução de cada ação do PSE seja planejado pela ESF levando em consideração o ano letivo e o projeto político pedagógico da escola⁴.

Pesquisa realizada em Fortaleza evidenciou que paulatinamente o fortalecimento e integração entre os setores educação e saúde tem ocorrido, promovendo a intersetorialidade proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) apesar dos desafios a serem superados como a dificuldade em manter estas ações¹⁰.

O espaço escolar vem sendo reconhecido como cenário privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde. Nesse contexto, reforça-se a prevenção de agravos à saúde, contribuindo para a constituição de condições para a formação integral de educandos e para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos. Ainda propicia o fortalecimento do enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que podem comprometer o pleno desenvolvimento escolar¹¹.

Assim, é dentro desse enfoque que se entende e se justifica um programa de saúde na escola, inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar. É um espaço de referências muito importante para crianças e adolescentes, que cada vez mais desenvolvem em seu âmbito experiências significativas de socialização e vivência comunitária¹¹.

Constatou-se que a avaliação clínica do escolar é realizada em parte das unidades de saúde no Brasil. Para fortalecer o cuidado junto à criança e ao adolescente concretizando a avaliação clínica é preciso oferecer espaços físicos adequados¹², transporte para o deslocamento das equipes, um vez que este torna-se recurso fundamental para a manutenção do contato frequente entre usuários e equipe¹³; e, disponibilização de tecnologias educativas inovadoras que dinamizem e facilitem o ensino-aprendizagem¹⁴.

O trabalho junto aos escolares acerca da educação em saúde evidenciou ações direcionadas para promoção da saúde sexual e reprodutiva, as quais foram as mais realizadas em todo o território nacional, com percentuais altos em todas as regiões. Para o Ministério da Saúde⁴ houve aumento da taxa de fecundidade entre meninas nas últimas décadas.

Além disso, os adolescentes tem se exposto mais as DST/HIV, pelo uso inadequado de métodos contraceptivos, associado à falta de conhecimento e acesso a eles. Outro tema importante debatido na escola foi acerca do uso de álcool e drogas, sendo que a região norte novamente obteve destaque. Nesse sentido, a parceria da escola com a atenção básica é essencial para que o diálogo, acesso às informações e reorganização de práticas seja o foco principal.

No que se refere à formação para atuação no PSE, o estudo evidenciou que as ações desta natureza são pouco realizadas. É fundamental a capacitação permanente para os profissionais que atuam na escola, além da necessidade de contratação de profissionais de diversas formações, com perfil e competência para as ações de promoção da saúde¹⁵.

Como implicações, ao se identificar as ações realizadas pelo PSE, reafirma-se o compromisso que esta política pública tem para com as crianças e adolescentes brasileiros, impactando diretamente sobre a qualidade de vida e saúde. O encontro entre os saberes das áreas de educação e de saúde é capaz de potencializar o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente, gerando efeitos no desenvolvimento saudável e no protagonismo do educando e da comunidade onde vivem, permitindo que este realize opções que melhorem sua qualidade de vida¹⁶.

Desta maneira, ao conhecer e lidar os fatores de risco e vulnerabilidades de crianças e adolescentes, promovendo e protegendo a saúde, impactará de maneira positiva a qualidade de vida, as condições de aprendizado e, conseqüentemente, a construção da cidadania¹¹.

Ao serem abordadas temáticas no cenário escolar, como a da sexualidade, revela-se a importância do desenvolvimento de um ambiente para promoção de saúde por meio da educação em saúde, dentro desse contexto, uma vez que, a mesma atua como um espaço social significativo em que o adolescente a partir de suas experiências e expectativas de vida, curiosidades, a respeito da sexualidade, dentre outros aspectos referentes a saúde, constroem conhecimento e favorece à tomada de decisão em saúde¹⁷.

REFERÊNCIAS

1. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho da atenção primária em saúde através da análise envoltória de dados. *RevEletrGestão Saúde*. (2015; 6(2): 1749-63.
2. PintoJunior EP, Cavalcante JLM, Sousa RA, Moraes APP, Silva MGC. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. *Saúde Debate*. 2015; 39(104): 268-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040226>
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Instrutivo PSE*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. *Cadernos de Atenção Básica*. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Fausto MCR, Fonseca HS. Rotas de atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ/AB. Rio de Janeiro: Saberes; 2013.
6. Gomes LC. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. *Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca*. Rio de Janeiro: 2012.
7. Vitalle MSS, Almeida RG, Silva FC. Capacitação na atenção à saúde do adolescente: experiência de ensino. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(3): 459-468.
8. Marques JF, Queiroz MV. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos

Contudo, é importante destacar que não basta abrir espaço para se promover saúde, mas desenvolver nos usuários a importância sobre a corresponsabilidade nessas práticas, sendo a participação dos estudantes na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença, imprescindíveis para efetivação dessas ações¹⁸.

Deste modo, torna-se necessário que estas sejam condizentes com os pressupostos da promoção da saúde, no entanto, implementar essas ações ainda é um desafio, visto a predominância de características de práticas curativistas e individualistas¹⁹.

Para efetivação das ações educativas, o envolvimento de todos os atores é condição ímpar para o pleno exercício da saúde²⁰, contudo no contexto que envolve o PSE, um dos desafios para a implementação é capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde.

Pesquisas devem ser implementadas para que deem visibilidade a realidades como estas, no entanto, embora no Brasil a produção científica venha aumentando, aumentaria significativamente com a adequada formação dos profissionais da saúde de que trabalham com pesquisa em gerenciamento de projetos²¹.

Investimentos na educação permanente em saúde que possam contribuir para transformação das práticas profissionais, pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços constituem como estratégias essenciais de aprimoramento dessas ações do PSE¹¹.

Desta maneira, evidenciou-se que o PSE no Brasil tem mobilizado ações relevantes, mesmo que isto não tenha se dado de forma homogênea em todas as regiões brasileiras, visto que as regiões que mais tem realizado as ações são as regiões Norte e Nordeste, embora todas tenham elementos avaliados pelo PMAQ apresentando a implementação das ações.

Agradecimento:

Aos coordenadores regionais do projeto (CE, PI e RN) do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, Profs. Severina Alice Uchoa, Paulo Medeiros Rocha e Themis Xavier Pinheiro.

- usuários e sua relação com o serviço. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(3): 65-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300009>
9. Raposo C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? *RevPauta.* Rio de Janeiro: 2009; 6(23): 117-38.
 10. 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. *RevBrasEnferm.* 2012; 65(6): 1026-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600020>
 11. Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(Suppl2): S240-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400006>
 12. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(3): 549-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300009>
 13. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(3): 641-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300016>
 14. Silva Junior AJ. Programa saúde na escola: limites e possibilidades intersectoriais. *Interface.* 2014; 18(51): 799. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0583>
 15. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, Carvalho ML, Moysés ST. Percepções de gestores locais sobre a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev Bras Educ.* 2014; 19(56): 61-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782014000100004>
 16. Bezerra IMP, Machado MFAS, Souza OF, Antão JYFL, Dantas MNL, Reis AOA, et al. Professional activity in the context of health education: a systematic review. *J Hum Growth Dev.* 2014; 24(3): 255-262. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhdg.88909>
 17. Arash HK, Carpentier R. The evolving role of public health in the delivery of health care. *J Hum Growth Dev.* 2012; 22(3): 396-399. *systematic review.* *J Hum Growth Dev.* 2014; 24(3): 255-262.

Abstract

Introduction: the Health School Programme (HSP) should be understood as a permanent development process. In this context, the actions of a policy aimed at children and adolescents are paramount in the HSP. **Objective:** to identify and describe the actions developed by the Family Health Group in the HSP, from the National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PIPCAQ). **Methods:** this cross-sectional research used secondary data collected from the 17,202 groups who joined PIPCAQ in 2012. **Results:** all regions showed significant results concerning the execution of school activities. the Northern region was the one that performed most school actions (80.5%), followed by the Northeast, Midwest, South and Southeast, respectively. However, some items, such as professional training in education and health work need to be strengthened. **Conclusion:** HSP in Brazil has mobilised significant actions, even though it has not happened in homogeneously in all Brazilian regions.

Keywords: health evaluation, health school programme, primary health care.