

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Lucas Agostinho Fernandes

**ANÁLISE ESTRATÉGICA DA AÇÃO DE SAÚDE OCULAR DO
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO BRASIL**

BRASÍLIA

2020

Lucas Agostinho Fernandes

ANÁLISE ESTRATÉGICA DA AÇÃO DE SAÚDE OCULAR DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO BRASIL

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Vigilância e Gestão em Saúde.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Sepúlveda Köptcke

BRASÍLIA

2020

F363a

Fernandes, Lucas Agustinho

Análise estratégica da ação de saúde ocular do Programa Saúde na Escola no Brasil / Lucas Agustinho Fernandes. - 2020
80f.: il; 30cm

Orientador: Profa. Dra. Luciana Sepúlveda Köptche
Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Fundação
Oswaldo Cruz, Brasília, DF

1. Saúde Ocular. 2. Atenção Primária à saúde. 3. Serviço de saúde escolar. 4. Políticas Públicas - Estratégia. 5. Avaliabilidade.
I. Fernandes, Lucas Agustinho. II. FIOCRUZ Brasília. III. Título

CDD: 614.5997

Lucas Agostinho Fernandes

ANÁLISE ESTRATÉGICA DA AÇÃO DE SAÚDE OCULAR DO PROGRAMA
SAÚDE NA ESCOLA NO BRASIL

Dissertação apresentado à Escola Fiocruz
de Governo como requisito parcial para
obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde, na linha de pesquisa
Vigilância e Gestão em Saúde.

Aprovado em: 21/10/2020

BANCA EXAMINADORA



Dra. Luciana Sepúlveda Köptcke. Orientadora - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz
Brasília

Dra. Erica Tatiane da Silva - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Dra. Michele Lessa de Oliveira - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação -
FNDE

Dra. Flávia Tavares Elias - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Dedico este trabalho aos meus pais, que de diferentes formas apoiaram meus estudos.

AGRADECIMENTO

À Deus por todos os dias me enriquecer com dons e capacidades, muitas das quais eu nem imaginaria ter um dia. Em todo esse percurso Ele esteve comigo, me fortalecendo e me inspirando, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Itamar Agostinho e Nilza Fernandes, que sempre trabalharam para que eu tivesse a melhor educação possível. Cheguei até aqui graças a eles, e sou resultado desse cuidado familiar.

Ao meu irmão, Mateus Agostinho, por fazer parte da minha família e verdadeiramente ser família.

À minha avó Maria Gonçalves, que esteve presente a todo momento, principalmente por meio da oração. Este trabalho também é resultado do seu zelo para comigo.

À minha tia Suerlene Agostinho, enfermeira que me apoiou mesmo antes de começar minha jornada acadêmica. À ela minha admiração, respeito e a gratidão.

Ao meu amigo Edmário Rocha, que acompanhou todo meu processo de crescimento pessoal e profissional. Um verdadeiro irmão para mim.

À minha amiga Ana Beatriz, uma irmã para mim também. Esteve comigo nos momentos de alegria e tristeza. As palavras são insuficientes para expressar a minha gratidão.

Aos demais amigos e familiares que direta ou indiretamente vivenciaram essa experiência comigo.

Aos meus avós, tios e amigos (*in memoriam*) que partiram antes deste momento.

À minha orientadora, Luciana Sepúlveda, pelos momentos de aprendizado, confiança e suporte para concretização deste sonho.

À professora Mariana Franzoi, por ser essa figura comprometida com o desenvolvimento dos seus alunos.

Aos outros mestres os quais tive o prazer de aprender, conviver e me inspirar.

Aos colegas de trabalho, pelo acolhimento e empenho em superar as adversidades da administração pública.

Aos meus colegas de mestrado, pelo carinho e os marcantes momentos que tivemos.

E à mim mesmo por ter seguido em frente, tanto nos momentos de contentamento quanto nos de aflição, e ter concluído mais esta etapa tão almejada da minha vida.

APRESENTAÇÃO

Enfermeiro, graduado pela Escola Superior de Ciências da Saúde, em 2016, uma instituição que adota um modelo de ensino-aprendizado baseado em metodologias ativas, assim, protagoniza os estudantes como sujeitos do processo de construção do conhecimento. Esta metodologia favoreceu meu processo de reflexão crítica comprometida com a ação, uma vez que os estudantes estão em permanente contato com a realidade, desenvolvendo uma aprendizagem significativa, seja no campo assistencial ou acadêmico.

Um maior contato com a Atenção Primária à Saúde foi decisivo na minha vida profissional. Logo após o término da graduação ingressei na Residência Multiprofissional em Atenção Básica, em 2017, pela Universidade de Brasília. Desenvolvendo ações de prevenção e promoção da saúde como educação em saúde, atividades coletivas, atendimento clínico, execução de ações programáticas, e a gestão dos serviços de saúde. Principalmente atividades de saúde ocular em escolas aderidas ao Programa Saúde na Escola, em localidades socioeconomicamente desfavorecidos e em verdadeiros vazios assistenciais, que também foi meu objeto de pesquisa dessa especialização.

Também desenvolvi atividades no então Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, em 2018, como residente, executando ações de apoio institucional a estados e municípios, articulações intra e interministeriais, planejamento, monitoramento e avaliação, entre outros. No ano seguinte retorno ao Ministério como membro da equipe de gestão do PSE, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Mesmo ano que ingressei neste programa pós-graduação (2019).

Esse percurso me permitiu aprofundar os conhecimentos sobre a Atenção Primária à Saúde e agregar valor a cada uma dessas vivências profissionais e pessoais, culminando neste produto. O apreço pelo tema e trabalho árduo é emanado desses momentos na minha jornada, em que a responsabilização pessoal pela construção e qualificação da saúde pública brasileira, me motiva a continuar a luta por esse Sistema Único de Saúde. A avaliação de programas é uma dessas medidas em favor do SUS a qual me comprometo. O foco no PSE, e na temática da promoção e prevenção de problemas oculares em escolares, é uma maneira prática de desempenhar esse compromisso. E este título um marcador de sucesso desse trabalho.

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi concebido como um programa capaz de reunir condições singulares para suprimir vulnerabilidades que colocam em risco a saúde dos estudantes brasileiros. Dentre as ações do PSE, a ação de saúde ocular destina-se a promover a saúde ocular e identificar educandos com possíveis sinais de alteração. Objetivo: realizar a análise estratégica da ação de saúde ocular do PSE. Métodos: trata-se de um estudo de avaliabilidade, exame sistemático e preliminar a avaliação, especificamente a análise estratégica (ou análise situacional) sobre a ação de saúde ocular do PSE. Resultados: em um estudo transversal realizado a partir de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, no período de 2014 a 2019, observou-se um incremento de 65,08% de ações de saúde ocular realizadas no Brasil. Na pesquisa documental realizada com 48 atos normativos sobre a temática da saúde ocular no contexto escolar constatou-se que a saúde ocular integral e coordenada ainda é um desafio para o Sistema Único de Saúde, dado pela interrupção de iniciativas que garantem acesso a cuidados, e pelo pouco incentivo à realização dessas práticas no âmbito do PSE. Conclusão: Identificou-se a riqueza teórica e técnica das intervenções de saúde ocular na escola, especialmente do PSE, por sua historicidade e relevância para a atenção integral à saúde ocular. Demonstrando que o PSE é facilitador da promoção do acesso a cuidados de saúde ocular no Brasil e seus objetivos condizem com as práticas de prevenção da cegueira e deficiência visual preconizadas.

Palavras-chave: Saúde Ocular; Serviços de Saúde Escolar; Atenção Primária à Saúde; Avaliabilidade; Política Pública.

ABSTRACT

The Health at School Program (PSE) was conceived as a program capable of bringing together unique conditions to suppress vulnerabilities that endanger the health of Brazilian students. Among the actions of the PSE, the eye health action is intended to promote eye health and identify students with possible signs of change. Objective: perform the strategic analysis of the eye health action of the PSE. Methods: this is an evaluability study, systematic examination and preliminary evaluation, specifically the strategic analysis (or situational analysis) on the PSE's eye health action. Results: in a cross-sectional study based on data from the Health Information System for Primary Care, from 2014 to 2019, there was an increase of 65.08% in eye health actions carried out in Brazil. In the documentary research carried out with 48 normative acts on the theme of eye health in the school context, it was found that comprehensive and coordinated eye health is still a challenge for the Unified Health System, given the interruption of initiatives that guarantee access to care, and due to little incentive to carry out these practices within the scope of the PSE. Conclusion: It was found that theoretical and technical richness of eye health interventions at school, especially the PSE, due to its historicity and relevance to comprehensive eye health care. Demonstrating that the PSE improve the promotion of access to eye health care in Brazil and its objectives are consistent with the recommended blindness and visual impairment prevention practices.

Keywords: Eye Health; School Health Services; Primary Health Care; Evaluability; Public Policy.

RESUMEN

El Programa Salud en la Escuela (PSE) fue concebido como un programa capaz de reunir condiciones únicas para suprimir vulnerabilidades que ponen en peligro la salud de los estudiantes brasileños. Entre las acciones del PSE, la acción de salud ocular tiene como objetivo promover la salud ocular e identificar los estudiantes con posibles signos de cambio. Objetivo: realizar el análisis estratégico de la acción de salud ocular del PSE. Métodos: se trata de un estudio de evaluabilidad, examen sistemático y evaluación preliminar, específicamente el análisis estratégico (o análisis situacional) de la acción de salud ocular del PSE. Resultados: en un estudio transversal con base en datos del Sistema de Información en Salud para Atención Primaria, de 2014 a 2019, hubo un aumento del 65,08% en las acciones de salud ocular realizadas en Brasil. En la investigación documental realizada con 48 actos normativos sobre el tema de la salud ocular en el contexto escolar, se encontró que la salud ocular integral y coordinada sigue siendo un desafío para el Sistema Único de Salud, ante la interrupción de iniciativas que garantizan el acceso a la atención, y por el escaso incentivo para realizar estas prácticas en el ámbito del PSE. Conclusión: Se constató la riqueza teórica y técnica de las intervenciones de salud ocular en la escuela, especialmente el PSE, debido a su historicidad y relevancia para la atención integral de la salud ocular. Demostrando que el PSE mejora la promoción del acceso a la atención de la salud ocular en Brasil y que sus objetivos son consistentes con las prácticas recomendadas de prevención de la ceguera y la discapacidad visual.

Palabras clave: Salud Ocular; Servicios de Salud Escolar; Atención Primaria de Salud; Evaluabilidad; Política Pública.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Número total de registros das Fichas de Atividade Coletiva com marcação da ação de Saúde Ocular em escolas brasileiras, em municípios aderidos e não aderidos ao Programa de Saúde na Escola (PSE), no período de 2014-2019.....	52
Figura 2. Linha do tempo das normativas do copus de análise. Brasília, 2020.*	33
Figura 3. Modelo teórico do Projeto Olhar Brasil implementado em 2008 no Brasil.**	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características das adesões ao Programa de Saúde na Escola (PSE) no período de 2014-2019*, por ciclo de adesão. Brasil, 2020.....	50
Tabela 2. Número total de atividades e participantes das ações de Saúde Ocular nas escolas pactuadas na adesão ao Programa de Saúde na Escola (PSE), no período de 2014-2019*, Brasil, 2020.	52
Tabela 3. Número total de escolas que realizaram ações e percentual de cobertura da ação de Saúde Ocular nas escolas pactuadas na adesão ao Programa de Saúde na Escola (PSE), no período de 2014-2019*, por Unidade da Federação, Brasil, 2020.	53
Tabela 4. Relação de normativas excluídas da amostra final. Brasília, 2020.	33

LISTA DE SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde.
APS Atenção Primária à Saúde
CDS Coleta de Dados Simplificada
CIESE Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COP Consulta pública
DEC Decreto Presidencial
FAC Ficha de Atividade Coletiva
FAEC Fundo de ações Estratégicas e Compensação
GM Gabinete do Ministro
INEP Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC Ministério da Educação
MS Ministério da Saúde
OMS Organização Mundial da Saúde
OPAS Organização Pan-americana de Saúde
PEC Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNAO Política Nacional de Atenção à Saúde Ocular
PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE Programa Saúde na Escola
PRI Portaria Interministerial
PRT Portaria Ministerial
SAPS Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SAES Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SISAB Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SIMEC Sistema Integrado de Monitoramento do Ministério da Educação
SPE Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	17
2.1. Saúde ocular.....	17
2.2. Saúde escolar.....	19
2.2.1. A escola como espaço de prevenção e promoção da saúde ocular.....	21
2.2.2. O PSE e a saúde ocular.....	22
2.3. Avaliação em saúde.....	24
2.3.1. Análise estratégica da ação de Saúde Ocular do PSE.....	26
3. OBJETIVOS	28
3.1. Objetivo geral.....	28
3.2. Objetivos específicos.....	28
4. MÉTODOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.2. Artigo 1.....	30
4.1. Artigo 2.....	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	63
ANEXOS	67
ANEXO A – Atos normativos que regulamentam o PSE.....	67
ANEXO B - Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS Atenção Básica.....	75
ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	77

1. INTRODUÇÃO

A visão é um sentido que possibilita às pessoas desenvolverem percepção e conhecimento do ambiente e de si mesmas desde o nascimento e por toda a vida. É o sentido que fornece mais dados do meio ambiente e é o único capaz de organizar outras informações sensoriais (1). A deficiência desse sentido traz prejuízos, como o atraso no crescimento e desenvolvimento, uma vez que a função visual é responsável pela integração neuropsicomotora e perceptiva, pois, gestos, percepções e comportamentos são aprendidos por feedback de suas ações aos estímulos externos (2).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) cerca de 80% dos casos de deficiência visual são consideradas evitáveis. Também estima-se que 19 milhões de crianças sejam cegas ou apresente deficiência visual, sendo mais prevalente em países de baixa ou média renda (3). Diante desse cenário, em 2013, a OMS desenvolveu o Plano de Ação Global 2014-2019 para a saúde ocular universal, que estimula os países signatários a desenvolverem estratégias de prevenção a deficiência visual e a cegueira (4). Em 2014, em resposta à OMS, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) desenvolve o Plano de Ação Regional para 2014-2019, contendo ações concretas de ações de prevenção da cegueira na região das Américas (5).

No Brasil, as ações de prevenção de doenças oftalmológicas são instituídas pela Política Nacional de Atenção à Saúde Ocular, por meio da Portaria nº 957 de maio de 2008 e regulamentada pela Portaria nº 288 de maio de 2008. Estas estabelecem a Rede de Atenção em Oftalmologia, que organiza linha de cuidados integrais que perpassa todos os níveis de atenção e que envolve a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde (6,7).

As ações de promoção e prevenção em oftalmologia que permitam a identificação e o acompanhamento das famílias e dos indivíduos devem ser realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de ações educativas, teste de acuidade visual, consultas médicas e de enfermagem, diagnóstico relacionado a comorbidades e o acompanhamento dos usuários em unidades especializadas (6,7). A OMS corrobora ao defender a integração dos serviços de atenção oftalmológica na APS como um caminho eficaz para o tratamento oportuno de doenças oculares. E que estratégias de promoção da saúde eficazes resultam em uma mudança de comportamento e promovem concordância aos regimes de tratamento (8).

Anterior à Política Nacional de Atenção à Saúde Ocular, em 2007, é instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), por meio do Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de

2007, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (9).

Uma das ações do PSE, a ação de Saúde Ocular, objetiva promover a saúde ocular e identificar educandos com possíveis sinais de alteração, sendo de realização obrigatória pelas escolas que aderiram ao Programa, conforme a Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017 (10). Esse Programa coloca a escola como referência social, protagonizando um espaço comunitário no qual são desenvolvidos processos de ensino-aprendizagem que articula ações diversas, envolvendo seu território e seu entorno, promovendo a intersetorialidade das políticas públicas (11).

Assim, escola e educadores, em articulação com as equipes de atenção básica, podem promover a intercomunicação de políticas de saúde, promovendo a detecção precoce e intervenção sobre a saúde ocular dos escolares, ampliando o acesso à atenção primária em saúde ocular. Isto se dá pela possibilidade de intervenção oportuna sobre sinais e sintomas relacionados a condições de saúde ocular dos alunos, situações as quais são facilmente identificados na rotina escolar (12).

A literatura atual corrobora ao afirmar que as intervenções de saúde ocular nas escolas têm alto potencial para uma assistência de alta qualidade e um importante custo-benefício, sendo fundamentais para redução da morbidade e atrasos no desenvolvimento associados à deficiência visual (3). Essas intervenções de saúde ocular e prevenção da cegueira na escola são historicamente desenvolvidas no Brasil, através de iniciativas regionais, e atualmente estão concentradas nas ações de Saúde Ocular do PSE (13,14).

O PSE possui alguns estudos sobre a avaliabilidade e avaliação, em sua maioria regionalizado, e até o momento não há uma avaliação sistemática do Programa e suas ações a nível nacional. Os modelos lógicos, as matrizes de avaliação prévios podem servir de base para avaliações mais amplas, sejam elas relacionadas à disponibilidade e distribuição social de recursos, aos efeitos das ações, aos custos e produtividade, ao conhecimento da ação ou ao processo de implantação (15–17).

Diante da importância dessas intervenções, da sustentabilidade da rede de atenção à saúde ocular na APS, das estratégias nacionais e internacionais de prevenção de doenças oftalmológicas, e das necessidades de saúde da comunidade escolar, este estudo objetiva realizar a análise estratégica da ação de Saúde Ocular do PSE.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1. Saúde ocular

A visão da criança ao nascer é relativamente baixa, atingindo a visão potencial de um adulto entre 18 e 24 meses, porém esse desenvolvimento só estará plenamente desenvolvido aos 8 anos de idade. Logo, os olhos das crianças não são versões em miniatura dos olhos dos adultos. É o sentido que fornece mais dados do meio ambiente e é o único capaz de organizar outras informações sensoriais. Assim, a detecção precoce de doenças oculares é mais efetiva quando realizada tardiamente, ou seja, após o desenvolvimento visual (1).

A deficiência visual na infância limita o número de experiências e informações, interfere no desenvolvimento motor, cognitivo e emocional. Tem repercussões sociais e econômicas para a sociedade. A deficiência visual e a cegueira, ou seja, a baixa visão ou a ausência de percepção luminosa, são determinadas pela aferição da acuidade visual (1,2,18).

A medida da acuidade visual é o indicador clínico mais utilizado de qualidade da visão, geralmente feito com o uso de tabelas de símbolos ou letras (optótipos) e requer competências para sua adequada realização (1). Os valores quantitativos de acuidade visual são importantes para definir clinicamente a cegueira e a baixa visão, uma vez que a terminologia cegueira deve ser usada somente para perda total da visão e/ou quando o indivíduo necessita de auxílios especiais para substituir as suas habilidades visuais; e baixa visão deve ser usada para graus maiores de perda visual, onde o indivíduo pode ser ajudado por auxílios óptico. Trata-se de uma das classificações mais adotadas na atualidade, onde o Conselho Internacional de Oftalmologia descreve a visão normal aquela com acuidade visual maior ou igual a 0,8 (ou 20/20), baixa visão acuidade menor que 0,3 a maior ou igual a 0,05, valores menores que este, incluindo aqueles sem percepção luminosa, classificados com cegueira (perda total da visão) (19).

A prevalência e as causas de cegueira infantil variam de acordo com aspectos socioeconômicos, a presença de cuidados primários neonatais e pediátricos com recursos hospitalares, recursos técnicos adequados e recursos humanos treinados (2). Por exemplo, no Brasil, as principais causas de baixa visão são a retinocoroidite por toxoplasmose, a catarata infantil, o glaucoma congênito, a retinopatia da prematuridade e alterações do nervo óptico e deficiência visual de origem cortical (2,19).

Segundo a OMS, atualmente, 2019, no mundo há pelo menos 2,2 bilhões de pessoas vivendo com deficiência visual ou cegueira, e cerca de 1 bilhão de pessoas com

deficiência visual poderiam ter tido o agravo evitado ou ainda não obtiveram a devida abordagem (8). No Brasil, considerando a população de 2018, estima-se que entre 0 a 15 anos existem cerca de 28 mil brasileiros cegos (0,062%), entre 15 e 49 anos são 169 mil (0,15%), e acima de 50 anos chega a 1,3%, ou seja, 66,3 mil pessoas (20,21). Ademais, cerca de 20% de crianças e adolescentes em idade escolar apresentem dificuldades visuais não corrigidas no Brasil, e 10% necessita de correção óptica (12).

Há escassez de dados populacionais suficientes para estimar com segurança a prevalência da deficiência visual no Brasil (21). Contudo, vale ressaltar que em países de baixa e média renda a prevalência de deficiência visual é maior (0,9 - 0,7 por mil crianças), do que nos de alta renda, 0,4 por mil crianças (3). Segundo as Condições de Saúde Ocular no Brasil, de 2019, as estimativas brasileiras apontam uma prevalência de cegueira infantil entre 0,5 e 0,6 por mil crianças, assim, teríamos cerca de 26 mil crianças cegas por doenças oculares que poderiam ter sido evitadas ou tratadas precocemente (21).

Em se tratando de um problema de saúde pública, entende-se que a promoção da saúde e a prevenção de agravos são necessários para atuação em oftalmologia sanitária na comunidade (22). A Oftalmologia em Saúde Pública é um conceito relativamente novo, este aplica os princípios da saúde pública a programas de prevenção de cegueira, com vistas à redução do número de indivíduos cegos em uma população ou comunidade (23).

Do ponto de vista de saúde pública, o exame médico-oftalmológico de crianças, em massa, é dispendioso e mesmo inexecutável. Programas de aplicação de teste de acuidade visual em escolares, bem como a observação de sinais e sintomas indicativos de problemas, apresentam-se como as formas mais aconselháveis para a detecção de problemas visuais na escola. É importante ressaltar que a promoção de cuidados de saúde primários da visão requer um vasto suporte educacional, para que os profissionais possam prestar cuidados básicos, como teste de acuidade visual (22,23).

Um marco histórico da prevenção da cegueira no mundo é o “Programa Visão 2020 – pelo direito à visão”, lançado em 1999, pela OMS, em resposta a esse problema, dado que a deficiência visual iniciada na infância só é menor que o impacto da catarata mundialmente (2,24).

A nível de política nacional, em 2008, encontra-se um importante marco para a saúde ocular brasileira, com a instituição da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, criada por meio da Portaria nº 957 de maio de 2008 e regulamentada pela Portaria nº 288 de maio de 2008. Estas estabelecem a Rede de Atenção em Oftalmologia,

que organiza linha de cuidados integrais que perpassa todos os níveis de atenção e que envolvam a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde (6,7,25).

Destaca-se a definição da APS como componente dessa rede, considerando a atuação do PSE, onde essa ponte de atenção deve realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível. Orientação que corrobora com a recomendação de Schwab (23), ao afirmar que a AB deve incorporar os princípios da prevenção da cegueira e tratamento das doenças oftalmológicas mais comuns, para o sucesso dos programas de saúde pública.

2.2. Saúde escolar

A saúde escolar herdou muitos aspectos da antiga higiene das escolas, propagada na Europa, da segunda metade do século XIX. Assim, no Brasil, a saúde escolar também teve início com atividades higienistas, tendo como marco a criação da Assistência Médica ao Escolar, nascida na gestão do então prefeito da cidade do Rio de Janeiro, Pereira Passos, no começo do século XX. Pouco tempo depois, em 1910, foi criado o Serviço de Inspeção Sanitária Escolar da Cidade do Rio de Janeiro, cujo trabalho concentrava-se na vigilância higiênica; profilaxia de moléstias transmissíveis; inspeção médica individual; educação sanitária; e sistematização e fiscalização do exercício físico escolar (15,26).

Entre 1940 e 1970 as atividades de saúde escolar apresentavam um forte caráter biomédico, onde o intuito era recuperar a saúde e proteger a aprendizagem dos alunos da rede pública de ensino. Realizava-se avaliações médicas e odontológicas, tratamentos clínicos, vacinações e encaminhamentos para especialidades, cujo transporte os serviços era atribuição da Secretaria de Educação. Nesse período, a saúde escolar priorizou as inúmeras triagens e exames neurológicos, visuais e auditivos, objetivando o restabelecimento do desempenho e aprendizagem dos alunos (15). Portanto, o período ficou marcado pelo início das ações de saúde ocular no espaço escolar.

Na década de 1970, exames médicos periódicos eram realizados nas escolas por meio de gabinetes médicos e dentários implantados nas escolas, estes avaliavam os alunos no ingresso à escola e repetiam anualmente as inspeções nas aulas de educação física. Era o denominado modelo de Medicina Escolar (15).

Em virtude da ampliação do número de escolas e alunos e do aumento da repetência e da evasão escolar daquele período, foram criados os Programas Especiais de

Medicina Escolar - PROEME, sendo o PROEME I, em 1976, e o PROEME II, em 1978. Além de Comissões Multiprofissionais em unidades de saúde, criou-se também Polos de Atendimento Especializados, que atendiam especialidades como oftalmologia, otorrinolaringologia e neurologia. O Programa apresentou pouca efetividade, pois as ações eram tratadas de maneira isolada e os alunos estigmatizados pelas condutas, contribuindo assim para o aumento da evasão escolar (27). Na década seguinte, 1980, o Serviço de Medicina Escolar da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi extinto, principais iniciativas da época, e as ações de saúde na escola passaram a integrar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente, também do estado do Rio de Janeiro. Durante toda a década imperou esse modelo de medicina escolar (15,27).

Na década de 1990, discussão sobre um novo modelo no campo da saúde escolar foi fortalecida pela Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde, lançado em 1995 pela OPAS/OMS. O trabalho de promoção da saúde na escola permitiu identificar a escola como espaço privilegiado por congregar, por um período importante, crianças e adolescentes, bem como um ambiente de trabalho para professores, outros profissionais e representantes da comunidade (28,29).

Diferente dos modelos anteriores, o modelo de Escolas Promotoras de Saúde assume que ter boa saúde é um pré-requisito para a educação, e que somente num ambiente favorável a articulações setoriais é possível traçar estratégias de promoção da saúde, efetivando uma prática social. No Brasil o projeto das Escolas Promotoras de Saúde ficou restrito a experiências regionais, principalmente no Rio de Janeiro, e não foi ampliado para o território nacional. Todavia, anos mais tarde esse componente da promoção da saúde no espaço escolar influenciaria as políticas públicas para esse público-alvo. Os temas abordados na época apresentavam semelhança ao praticado atualmente, como Alimentação Saudável, Promoção da Cultura de Paz; Promoção da Atividade Física; Saúde Sexual, e Saúde Ambiental (28).

Nos anos 2000, o cenário foi favorável a mudança de modelo de saúde na escola, com a criação do PSE, em 2007, um ano após as primeiras versões da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), uma vez que essas representavam uma quebra de paradigmas e profunda mudança no modelo de saúde brasileiro. Seja por novos conceitos e perspectivas, como a responsabilização pelo território e sua população adscrita, ou estruturação de serviços, como as equipes Saúde da Família (30,31). Assim, o PSE já nasce em meio a consolidação das estratégias da Atenção Básica da época. Instituído pelo Decreto Presidencial Interministerial nº

6.286, o Programa trata de uma política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, e constituiu uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de Saúde da Família e da Educação Básica (9).

O Programa definiu que as ações de saúde devem considerar a atenção integral à saúde, ou seja, promoção, prevenção e assistência à crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino. Compreende ações como avaliações clínicas, nutricionais, oftalmológicas, bucais, auditivas e psicossociais; bem como prevenção de consumo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes e violências, promoção da cultura de paz, entre outras (9,10).

O reconhecimento da escola como locus dessas diversas práticas de saúde vivifica a discussão de promoção da saúde, uma vez amplia o conceito de saúde na perspectiva de colaboração intersetorial, não mais como uma ideia de sobreposição de um setor sobre o outro (15,28,29).

2.2.1. A escola como espaço de prevenção e promoção da saúde ocular

No Brasil, na década de 1970, o destaque é para o Plano de Oftalmologia Sanitária do Estado de São Paulo (POSE), elaborado pelas Secretarias da Educação e da Saúde do Estado de São Paulo. O Programa era destinado a prestar assistência oftalmológica a escolares, respaldada por ação educativa, e desenvolvido preferencialmente por equipes multiprofissionais (22).

Na década de 90 houve a criação da Campanha Nacional de Reabilitação Visual – Projeto Olho no Olho/“Veja Bem Brasil” em 1998, uma parceria do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e do Ministério da Educação, instituindo a triagem de crianças escolares em todas as cidades com população superior a 40 mil habitantes (32).

Em 2007, foi instituído o Projeto Olhar Brasil, por meio da Portaria Interministerial, nº 15, de 24 de abril de 2007 (33), que tem como objetivo identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração, visando reduzir as taxas de evasão escolar e facilitar o acesso da população idosa à consulta oftalmológica e aquisição de óculos. O Projeto foi implementado de forma progressiva durante o período de 2007 a 2009 e sofreu uma redefinição em 2012, por meio da Portaria nº 1.229, de 30 de outubro de 2012 (34,35). Apesar disso, segundo a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES, onde a equipe de gestão federal do projeto está lotada, o Projeto não apresenta atividades nos dias atuais.

2.2.2. O PSE e a saúde ocular

O Programa Saúde na Escola (PSE) é um programa interministerial que visa contribuir para o pleno desenvolvimento dos estudantes rede pública de ensino da educação básica, por meio do fortalecimento de ações que integram as áreas de Saúde e Educação no enfrentamento de vulnerabilidades, na ampliação do acesso aos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida e no apoio ao processo formativo dos profissionais de saúde e educação. A participação do município no PSE ocorre mediante adesão a um ciclo bianual, no qual serão desenvolvidas 12 (doze) ações essenciais e outras de interesse do município, pertinentes às questões locais que envolvam o público do Programa (9,10,36).

As 12 ações do PSE, de acordo com a Portaria Interministerial nº 1.055/2017, são:

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

A adesão ao PSE para o Ciclo 2019/2020 ocorreu por meio da plataforma e-Gestor Atenção Básica (AB), que reúne todos os sistemas da APS, entre novembro de 2018 e março de 2019 e foi finalizada com um total de 5.289 municípios aderidos, 95% do território nacional, com a pactuação das ações para 22.425.160 estudantes em 91.659

escolas com 57.001 equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de setembro de 2018 (37).

A gestão do PSE prevê a destinação de recursos, conforme o Art. 12 da Portaria Interministerial nº 1.055/2017 (10): “Fica instituído o incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE, que será repassado fundo a fundo, anualmente, em parcela única, por intermédio e as expensas do Ministério da Saúde, através do Piso Variável da Atenção Básica - PAB Variável, em virtude da adesão do Distrito Federal e municípios ao PSE, no valor de R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscientos e setenta e seis reais), para o Distrito Federal e municípios com 1 (um) a 600 (seiscientos) educandos inscritos” (10).

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

É importante salientar que a pactuação bianual permite que os municípios possam receber o incentivo do PSE em dois momentos/anos do ciclo, no primeira após a adesão, e início do primeiro ano do ciclo, e a segunda, após avaliação das produções das ações realizadas no ano anterior, repassado no segundo ano do ciclo. Esse processo é documentado por publicações no endereço eletrônico do PSE, no <https://aps.saude.gov.br/ape/pse>, e por meio de atos normativos. O Anexo A apresenta a relação de normativas que regulamentam o PSE desde a sua criação.

A regulamentação do Programa não versar sobre as atividades das ações, estas ficam restritas a definição das mesmas, realizada pelas equipes de gestão do PSE no Ministério da Saúde e da Educação. Por sua vez, a gestão do PSE elabora uma série de materiais que orientam as ações com objetivo de instruir gestores e profissionais envolvidos no processo de trabalho do PSE. Inclusive definindo os temas prioritários e atrelados ao repasse do segundo ano do ciclo (36).

Nesse sentido, a ação de Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração, popularmente conhecida como ação de Saúde Ocular do PSE (12), segundo o Caderno temático dessa ação, sendo que a operacionalização das atividades de saúde ocular no espaço escolar envolve:

- Planejamento intersetorial das equipes;
- Articular junto à rede de saúde e educação para a formação dos profissionais da atenção primária à saúde e da educação básica para a

aplicabilidade dos instrumentos: Teste do Reflexo Vermelho (exclusivo para os profissionais da saúde); teste de Snellen; Avaliação Funcional, Caderneta da Criança e Caderneta de Saúde do Adolescente;

- Definição das atividades de forma corresponsável e que contemplem o acolhimento dos educandos;
- Fazer avaliação da acuidade visual com os instrumentos próprios, conforme a faixa etária do educando;
- Criação de fluxo de atendimento pela rede de saúde dos educandos identificados com possíveis problemas de visão;
- Registro em formulários adequados dos dados da avaliação;
- Inserção dos dados nos sistemas de informação da saúde e da educação vigentes;
- Avaliação dos resultados de acuidade visual encontrados para fomentar a construção de ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de agravos;
- Dialogar com as famílias para envolvê-las num processo contínuo de reciprocidade quanto ao cuidado dos educandos.

2.3. Avaliação em saúde

Avaliar é uma atividade antiga e inerente ao próprio processo de aprendizagem (38). Um processo humano rotineiramente realizado no sentido de julgar, estimar, medir, classificar e analisar criticamente alguém ou algo (39). A história moderna da avaliação no Ocidente começa no século XVIII, na Grã-Bretanha e na França, fruto do processo de modernização das sociedades ocidentais, marcada pela revolução industrial, e da revolução intelectual e humanista das correntes ideológicas e filosóficas (40).

No Brasil, a avaliação de programas desperta interesse nos anos de 1990 (41). A institucionalização das tecnologias de avaliação de intervenções sociais brasileiras é considerada recente e tímida, efeito da cultura autoritária e clientelista que costuma orientar a práxis política do país (39).

Minayo (39) destaca que as atividades de avaliação no Brasil tiveram o influxo da reforma do Estado, da focalização da ação governamental, da relação de concorrência por recursos com a entrada de organizações não-governamentais e da iniciativa privada nos serviços de interesse público, e da ampliação dos mecanismos de controle social.

Corroborado por Furtado (42) ao assumir que a focalização das políticas públicas acondicionou a avaliação como técnica para legitimar políticas governamentais de cortes.

O interesse pela avaliação no Brasil teve cenário favorável a expansão nas universidades e no terceiro setor, por meio de produções científicas, oferecimento de cursos e tradução de importantes obras sobre o tema (42). Fruto da influência internacional e crescente interesse mundial, mesmo que ainda coexista uma diversidade de abordagens (43).

Há uma polissemia conceitual e metodológica sobre o significado de avaliação (17,44). Contandriopoulos (38) chega a afirmar que seria uma vaidade propor uma definição universal e absoluta da avaliação. Isto se deve a influência das várias vertentes que surgiram e apontaram diferentes narrativas, diferentes traduções do saber e do fazer em avaliação em diferentes contextos (38,45).

Segundo Contandriopoulos (38) avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas ou se elaborar a partir de um procedimento científico.

O conceito de Contandriopoulos é criticado por (17,44) ao defender que a definição de intervenção limitaria o escopo da avaliação à dimensão instrumental da ação. A autora (Vieira-da-Silva) então sugere o ajuste por meio da substituição do conceito de “intervenção” pelo de “prática social”, para que as práticas de saúde sejam consideradas como um caso particular. Essa consideração é importante para a compreensão do uso da avaliação com prática de intervenção política nos sistemas, serviços e programas de saúde (17,45).

O conceito de avaliação de programas sociais é um pouco mais restrito, compreende um conjunto de atividades técnico-científicas ou técnico-operacionais que buscam atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade a processos de intervenções em sua implantação, implementação e resultados (39).

Verificando a particularidade dada às práticas de saúde em contraste com as práticas sociais, Vieira-da-Silva (17,44), propõe um conceito de avaliação em saúde que corresponde a um julgamento que se faz de uma intervenção sanitária, como um programa, voltado para resolução de problemas de saúde, visando aferir o mérito, esforço ou valor da intervenção ou do seu produto, para seu aperfeiçoamento ou modificação.

Já a avaliabilidade consiste em um exame sistemático e preliminar de um programa, para que se determine a justificativa da avaliação, configurando-se como um estudo exploratório, de forma que permita evidenciar os nós críticos do programa, por meio de uma série de análises capazes de determinar a possibilidade de realização de uma avaliação (17).

Um dos processos que envolve a avaliabilidade é a análise estratégica, ou análise situacional, que focaliza o programa desde a sua história e evolução, seus objetivos, produções e resultados, e pertinência em relação ao problema. Ou seja, explora as questões envolvidas no julgamento sobre a continuidade ou não do programa ou intervenção estudada (17,46).

2.3.1. Análise estratégica da ação de Saúde Ocular do PSE

O monitoramento e a avaliação, uma das diretrizes do PSE, devem se tornar práticas culturais na implementação do PSE, pois é uma oportunidade de aperfeiçoamento das atividades, ao acompanhar as implicações propagadas no território, e de reorientação das intervenções do Programa. Diversas são as possibilidades que envolvem essas práticas no PSE, desde o monitoramento das ações realizadas, por meio dos sistemas de informações em saúde disponíveis, como Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), até o desenvolvimento dos processos avaliativos mais complexos. Monitorar e avaliar no âmbito do PSE é atribuir valor às atividades desenvolvidas e legitimar os esforços empregados na atenção voltada aos estudantes (9,10,42,46).

O PSE e projetos agregados reuniram ao longo desses quase treze anos de existência uma série de normativas, experiências e informações. Suas ações versam sobre diversos assuntos, entre elas a Saúde ocular (9,10). Como discutido, a avaliabilidade pode ser desenvolvida para quaisquer intervenções de saúde, tal qual o PSE e suas ações, assim, há uma série de questões sobre a factibilidade da avaliação da ação de Saúde Ocular do PSE.

Dentre as análises da avaliabilidade de uma intervenção ou programa, a análise estratégica objetiva determinar a pertinência, a adequação, e a coerência do objetivo com a resolução do problema (46). O primeiro passo é a identificação de um problema, portanto, se faz necessário compreender o programa, identificar pessoas-chave e interessados, conhecer o histórico de avaliação do programa, e contexto de decisões (17).

Nesse sentido, quais são os objetivos da ação de Saúde Ocular do PSE? Quais são os atores envolvidos nessas intervenções de saúde ocular na escola? Quais são os dados e informações dessa ação atualmente? Como evolui a ação de Saúde Ocular do PSE na história? Como essas ações são apresentadas nos documentos oficiais? São alguns dos questionamentos no âmbito da análise estratégica da ação de Saúde Ocular do PSE.

Há uma infinidade de técnicas possíveis para esses questionamentos, ou seja, é um exercício essencialmente somativo, que determina a realidade do programa, no caso da ação de Saúde Ocular do PSE, para que se julgue a importância e continuidade dessa intervenção (17,46–48).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Realizar a análise estratégica da ação de Saúde Ocular do Programa Saúde na Escola (PSE) no Brasil.

3.2. Objetivos específicos

- Analisar os atos normativos relacionados à ação de Saúde Ocular do PSE;
- Analisar a produção da ação de Saúde Ocular do PSE no Brasil;
- Descrever sistematicamente a ação de Saúde Ocular do PSE e seu contexto histórico de implantação e implementação.

4. MÉTODOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO

A metodologia, os resultados e a discussão da pesquisa serão apresentados na forma de dois artigos científicos. O primeiro tem como foco cotejar o objetivo analisar a ação de Saúde Ocular do Programa Saúde na Escolas (PSE) no Brasil, a partir do sistema de monitoramento das ações do PSE, e o segundo o objetivo de analisar os documentos normativos envolvendo a temática da saúde ocular no espaço escolar no Brasil, especialmente no âmbito do Programa Saúde na Escola.

O primeiro artigo está relacionado ao objetivo específico de descrever sistematicamente a ação de Saúde Ocular do PSE e seu contexto histórico de implantação e implementação. Possui enfoque no objetivo de análise dos atos normativos relacionados à ação de Saúde Ocular do PSE. Trata-se de uma pesquisa do tipo documental que teve como fonte de dados as políticas, os decretos e as demais normativas publicadas sobre a temática da saúde ocular no espaço escolar no Brasil e na administração pública federal.

Já o segundo foi realizado a partir dos registros da ação de Saúde Ocular do PSE no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), e da Ficha de Atividade Coletiva (Anexo B), no Brasil, no período de 2014 a 2019. Este está relacionado aos objetivos específicos de descrever sistematicamente a ação de Saúde Ocular do PSE e seu contexto histórico de implantação e implementação; e de analisar a produção da ação de Saúde Ocular do PSE no Brasil.

Ambos os artigos contribuirão com a análise estratégica proposta, comentada nas considerações finais desta dissertação.

O projeto de pesquisa foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília (Anexo C), sob o parecer número 3.858.465 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética número 28560320.0.0000.8027, emitido no dia 27 de fevereiro de 2020.

4.2. Artigo 1 – a ser submetido em revista na área da Saúde Coletiva, classificação de periódicos 2016: B1.

A INTEGRAÇÃO ENTRE A SAÚDE OCULAR E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Lucas Agostinho Fernandes¹, Mariana André Honorato Franzoi², Luciana Sepúlveda Köptcke³.

¹ Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, Departamento de Promoção da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

² Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

³ Escola de Governo Fiocruz Brasília, Gerência Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar os documentos normativos envolvendo a temática da saúde ocular no espaço escolar no Brasil, especialmente no âmbito do Programa Saúde na Escola. Tem como referência a pesquisa documental e foi adotado para organização e análise de dados a Análise de conteúdo. Quarenta e oito atos normativos constituíram o corpus do estudo. Entre os atos normativos é possível identificar Decretos Presidenciais, Consultas Públicas, Portarias Ministeriais, e Portarias Interministeriais. Evidenciou-se que a saúde ocular integral e coordenada ainda é um desafio para o SUS, dado pela interrupção de iniciativas que garantem acesso a cuidados e pelo pouco incentivo à realização dessas práticas, em detrimento de outras ações do PSE. Contatou-se que o debate sobre ações de saúde ocular no ambiente escolar é datado anteriormente à Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, revelando pioneirismo no trabalho da temática na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Saúde ocular. Serviços de saúde escolar. Política pública. Atenção primária à saúde. Sistema único de saúde.

INTRODUÇÃO

A visão é o mais dominante dos cinco sentidos e desempenha um papel crucial em todos os aspectos de nossas vidas. No mundo, pelo menos 2,2 bilhões de pessoas têm deficiência visual e cerca de metade desses casos poderiam ter sido evitados ou ainda não foram devidamente abordados. As intervenções para reduzir o risco de adquirir uma

condição ou deficiência visual e mitigar o impacto são várias, seja nos campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.¹

Nesse contexto, intervenções na escola que apresentam eficácia na melhoria da saúde dos educandos² também são empregadas para ofertas de serviços relacionados à visão que possuem potencial para resolutividade com custo-benefício.³⁻⁵ As iniciativas nesse cenário são ancoradas pela convergência dos sistemas de educação e da saúde e são implementadas em países de baixa e média renda há pelo menos 20 anos.³

No Brasil, as intervenções de saúde ocular e prevenção da cegueira na escola são desenvolvidas desde o século passado, através de iniciativas regionais, por meio de planos, projetos e campanhas.⁶⁻⁷

Em 2007, a temática foi envolvida na gênese do Programa Saúde na Escola (PSE), a partir do Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007. Refere-se a um programa interministerial que tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica.⁸ A saúde ocular foi inserida no escopo das doze ações do PSE, que atualmente é melhor detalhada no caderno temático dessa ação.⁹

O PSE é um dos programas da Atenção Primária à Saúde (APS), que por sua vez dedica-se aos processos envolvendo a promoção da saúde e prevenção de agravos no território e serve de porta de entrada para serviços de saúde mais complexos. Os profissionais de saúde e de educação são encorajados ao trabalho intersetorial na forma diretriz de implementação do PSE, por sua vez as práticas desenvolvidas no âmbito da saúde ocular na escola devem considerar a articulação entre os serviços de ambos os setores.⁸⁻¹⁰

O Programa Saúde na Escola representa um marco no desenvolvimento de iniciativas de promoção da saúde ocular e prevenção da cegueira nos contextos da comunidade escolar e da APS, não obstante parte da estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).⁸⁻⁹

O PSE e projetos agregados reuniram ao longo desses quase treze anos de existência uma série de normativas que versam sobre diversos assuntos, entre essas a saúde ocular. Todavia, se faz necessário saber como a saúde ocular é apresentada nessas regulamentações, sua inserção no PSE e a situação dessa temática nesses instrumentos do Estado. Dessa forma, este estudo objetiva analisar os documentos normativos envolvendo a temática da saúde ocular no espaço escolar no Brasil, especialmente no âmbito do Programa Saúde na Escola.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo documental que teve como fonte de dados as políticas, os decretos e as demais normativas publicadas sobre a temática da saúde ocular no espaço escolar no Brasil e na administração pública federal. Não foi estabelecido recorte temporal a fim de evitar a restrição de atos normativos correlatos e de interesse, anteriores às ações de saúde ocular preconizadas, no nível federal, pelas pastas da saúde e educação, de modo a incluir estas informações na construção do entendimento sobre o contexto histórico de implantação e implementação da saúde ocular e do PSE.

Tem como referência técnica a pesquisa documental, que é caracterizada pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Estas, por sua vez, são dados originais, a partir dos quais o pesquisador tem uma relação direta com os fatos a serem analisados.¹¹ Nesse escopo, os documentos oficiais constituem geralmente uma fonte fidedigna de dados, especialmente na análise dos contextos dos atos políticos e do seu alcance.¹²

Dessa forma, buscou-se nas plataformas eletrônicas de pesquisa de legislação, o Portal da Legislação Brasileira¹³ e o Saúde Legis¹⁴ (sistema de pesquisa de atos normativos do SUS no âmbito da esfera federal), atos normativos segundo os seguintes temas de assunto: “Programa Saúde na Escola”, “Saúde na Escola”, “Saúde Ocular” e “Oftalmologia”. Estas ocorreram nos dias 16 e 17 de maio de 2020.

Adotou-se para organização e análise de dados a Análise de conteúdo, portanto, considerou-se as etapas de pré-análise, que compreende a leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação de pressupostos; de exploração do material, expresso pela codificação e categorização; e de tratamento dos resultados obtidos, a partir da interpretação suscitada.¹⁵

Os atos normativos foram acessados a partir das versões certificadas no Diário Oficial da União, tendo sido incluídas normativas sobre a regulamentação do Programa Saúde na Escola, da saúde ocular no âmbito da Atenção Primária. Os critérios de exclusão foram os atos cuja correspondência original no Diário Oficial da União não fora encontrada, regulamentações de atividade em ambiente hospitalar, de credenciamento de unidades hospitalares, de medicalização e procedimentos médico-cirúrgicos, bem como a homologação de adesões diferentes da adesão ao PSE.

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior, sobre a avaliabilidade da ação de Saúde Ocular do PSE, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília,

sob o parecer número 3.858.465 e CAAE número 28560320.0.0000.8027, no dia 27 de fevereiro de 2020.

RESULTADOS

No total, as buscas retornaram 258 atos normativos. Destes, 48 constituíram o *corpus* do estudo, outros 36 identificados como duplicados e 174 foram excluídos (Tabela 4). Entre os atos normativos é possível identificar Decretos Presidenciais, Consultas Públicas, Portarias Ministeriais, e Portarias Interministeriais entre os Ministérios da Saúde e Educação.

Tabela 4. Relação de normativas excluídas da amostra final. Brasília, 2020.

Motivo de Exclusão	Número de Normativas
Construção ou credenciamento hospitalar	84
Regulamentação de medicamentos ou procedimentos médico-hospitalares	56
Homologação da adesão municipal ao Projeto Olhar Brasil	14
Repasse de incentivo financeiros fora do contexto da saúde ocular na escola	9
Versões originais não encontradas no Diário Oficial da União	9
Declarações de utilidade pública	2

Apesar das buscas não retornarem as portarias de consolidação, é importante considerá-las nas discussões apresentadas. Bem como foi possível identificar limitações nas buscas de atos normativos anteriores aos anos 2000, as quais são relevantes para avaliação de contexto. As normativas retornadas nas buscas e incluídas datam do período compreendido entre 2002 e 2019 (Figura 2).

Figura 1. Linha do tempo das normativas do *copus* de análise. Brasília, 2020.*



*Legenda: DEC – Decreto Presidencial, PRT – Portaria Ministerial, PRI – Portaria Interministerial, COP – Consulta pública.

Diante da análise dos atos normativos que compuseram o *corpus*, tendo-se o tema como unidade de registro, as categorias elencadas foram ‘Saúde na Escola’, e ‘Saúde Ocular’, esta última subcategorizada em ‘Iniciativas de atenção à saúde ocular’.

Saúde na Escola

Previamente ao PSE haviam iniciativas de interlocução entre a saúde e educação presentes nos atos normativos do governo federal. A Portaria Interministerial nº 1.010 de 8 de maio de 2006, que institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional, foi o primeiro ato que a busca retornou. Neste, os ministros da Saúde e Educação da época, reconhecem que a escola como um espaço propício à formação de hábitos saudáveis e à construção da cidadania; bem como vislumbram a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Também em 2006, o MS, através da Portaria N° 54 de 16 de junho, repassou recursos financeiros ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, do Ministério da Educação, para realização do levantamento de informações sobre ações de prevenção das DST/AIDS nas escolas brasileiras da educação básica.

O PSE foi criado em dezembro 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, sendo implementado no ano seguinte, com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Apoiar-se na descentralização, na territorialidade, na integralidade, e entre outros, na intersetorialidade como diretrizes de implementação.

As ações em saúde previstas no âmbito do PSE consideraram a atenção, promoção, prevenção e assistência, e compreendem ações cujas temáticas envolvem a alimentação saudável, a saúde bucal, a saúde ocular, a saúde auditiva, saúde sexual e reprodutiva, e são realizadas pelo trabalho intersetorial entre os profissionais da saúde e da educação no âmbito da comunidade escolar e território da APS.

A adesão ao PSE era essencialmente municipal, anualmente, por meio da formalização de um Termo de Compromisso, mas com gestão descentralizada, a qual envolve compromissos da esfera municipal, estadual e federal por meio dos Grupos de Trabalho Intersetorial. Essas iniciaram-se restritas a um determinado quantitativo de municípios, de acordo com critérios pré-estabelecidos, porém houve mudança em 2013,

quando todos os municípios brasileiros foram habilitados a aderir ao PSE e, em 2017, estabeleceu-se duração da vigência por dois anos, conhecido como ciclos de adesão.

Por meio da Portaria Interministerial nº 675, os ministérios instituíram a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE 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 SUS. A CIESE é coordenada pelo Ministério da Saúde e conta com a participação de secretarias de ambos os ministérios, todavia outros atores podem ser convidados. Entre os objetivos, cita-se o de acompanhar a execução do PSE, especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do Programa.

O incentivo financeiro destinado à realização das ações foi historicamente debitado dos cofres do Fundo Nacional de Saúde, enquanto a educação ficava responsável pela impressão e distribuições de materiais gráficos na maioria das vezes.

O monitoramento das ações iniciou a partir do Sistema Integrado de Monitoramento do Ministério da Educação - SIMEC, que dividiu o acompanhamento das ações com o Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica – SISAB, entre 2013 a 2017, quando passou a ser realizado apenas neste último.

Os municípios aderidos são homologados em portaria, cuja finalidade é conjuntamente destinada à definição dos repasses, realizado fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos municipais de saúde, anualmente, em parcela única. Esses faziam parte do Bloco de Financiamento da Atenção Básica, onerando o Piso da Atenção Básica Variável, sendo no início constituído por uma parcela extra do incentivo mensal repassados às equipes de Saúde da Família; passando a ser valores específicos de acordo com o número de estudantes pactuados a partir de 2013.

Salvo situações pontuais na história, esses recursos são repassados num primeiro momento no ato da adesão e, depois, após o cumprimento das metas e padrões para implementação das ações. Porém, o MS pode repassar recursos de acordo com as necessidades e interesses da administração, como ocorreu com os pontuais incentivos para realização da Semana Saúde na Escola.

Os recursos são destinados para implementação de todas as ações, todavia os ministérios definem as ações prioritárias para o monitoramento das ações, que estão atreladas ao recebimento por critérios de desempenho de acordo com a ação. Nas portarias, as ações de combate ao *Aedes aegypti* têm recebido destaque em detrimento das demais. As ações de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade

infantil também recebem atenção, por meio do Crescer Saudável, uma iniciativa pertencente à agenda da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, vinculado ao PSE.

Ademais, é importante citar que o PSE e conseqüentemente seu rol de ações são considerados na Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança, como observado na Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.

Ainda sobre a criação do PSE, vale destacar que a temática da saúde ocular aparece como uma das ações do Programa desde o princípio, sob a nomenclatura “avaliação oftalmológica”. Além disso, houve um período, 2011 a 2017, em que as ações do PSE eram segregadas em Componente I – avaliação clínica e psicossocial, tendo a avaliação oftalmológica como linha de ação, e realizar a triagem de acuidade visual dos escolares (Teste de Snellen) e identificar escolares problemas visuais, como “atividade”; o Componente II - ações de promoção da saúde e prevenção, da qual a temática não fazia parte; e o Componente III - educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde e de jovens para o PSE, que previa a capacitação de profissionais da saúde e educação para aplicação do Teste.

A saúde ocular foi tema da Semana Saúde na Escola, em 2013, uma mobilização anual para o trabalho intersetorial nas escolas, tendo-se o PSE como referência, evidenciado na Portaria nº 364, de 8 de março de 2013. Recentemente, em 2017, a Portaria Interministerial 1.055, que redefiniu as regras e os critérios para adesão ao PSE e outras providências, aproximou a temática do campo da promoção com o uso da seguinte nomenclatura: “Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração”.

Saúde Ocular

Segundo as normativas analisadas, em 2002 tem-se a criação das Redes de Assistência em Oftalmologia no SUS, apoiadas pela necessidade de organizar a assistência, estruturar redes, estabelecer fluxos e ampliar o acesso à serviços de oftalmologia. Por redes entendeu-se serviços ambulatoriais e hospitalares previamente credenciados, cuja premissa permanece vigente, como descrito na Portarias nº 288, de 19 de maio de 2008.

A instituição de uma política voltada para essa temática foi pensada coletivamente por meio da criação de Grupos de Trabalho, que trabalharia na então Política de Saúde Ocular, em 2003.

Somente em 2008 tem-se a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, que no contexto da APS destina-se a realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde.

A promoção da saúde ocular e a prevenção de doenças oftalmológicas foram reforçadas no contexto da APS e ratificadas pela criação das Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual, em 2008, compostas por ações na APS e nos Serviços de Reabilitação Visual.

A Saúde Ocular voltada às crianças brasileiras é abordada no estabelecimento dessa Rede, inclusive integrando as escolas nesse processo de inclusão, discussão que sucedeu às Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para Prevenção de Deficiências Visuais no âmbito do SUS, em 2012.

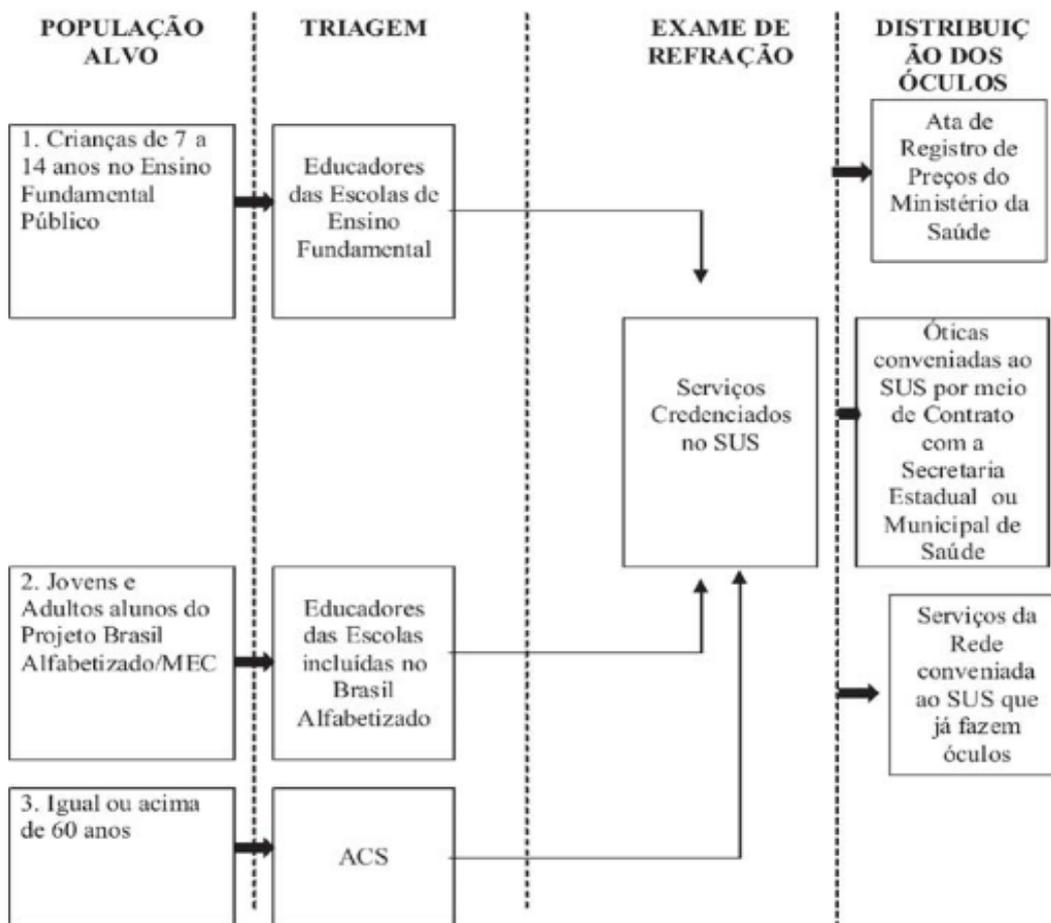
Em 2018, um novo Grupo de Trabalho é constituído, desta vez para revisão das Redes de Atenção em Oftalmologia, mas não previu a participação de representantes da APS, como ocorreu no primeiro grupo.

Iniciativas de atenção à saúde ocular

A articulação entre saúde e educação promovida pelo Projeto Olhar Brasil aconteceu paralelamente ao PSE, através da Portaria Interministerial nº 15 de 2007, que teve como objetivos identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração, visando reduzir as taxas de evasão escolar e facilitar o acesso da população-alvo à consulta oftalmológica e aquisição de óculos (para crianças da rede pública de ensino fundamental, do Programa Brasil Alfabetizado, e a população com idade igual ou superior a 60 anos).

Justificado pelo alto índice de problemas oftalmológicos que afetam a população brasileira, 30% das crianças em idade escolar e a maioria dos adultos com mais de 40 anos (em 2008), especialmente aqueles ligados a erro de refração, que na sua maioria são solucionáveis com uso de óculos (Figura 3).

Figura 2. Modelo teórico do Projeto Olhar Brasil implementado em 2008 no Brasil.**



Fonte: Portaria MS/SAS nº 33, de 23 de janeiro de 2008. **Legenda: ACS – Agente Comunitário de Saúde.

O Projeto inicialmente previa a duração de dois anos, mas foi ampliado para quatro anos, após esse período, em 2012, foi redefinido sem o estabelecimento de vigência (Portaria Interministerial nº 2.299). Ressalta-se que no início havia elementos como Ata de Registro de Preços para aquisição dos óculos, bem como o incentivo para adesão dos estados e municípios Norte e Nordeste, dos quais não mais aparecem como prioritárias nos atos normativos.

Em 2012, com a redefinição, o público do PSE é priorizado na adesão ao Projeto, e é nesse ano também que o Olhar Brasil expande a assistência oftalmológica, prevendo por meio de consultórios oftalmológicos em bases móveis e itinerantes, consultas em parceria com Hospitais Universitários Federais e Instituições Federais de Ensino Superior.

O Projeto é financiado pelo Bloco da Média e Alta Complexidade, automaticamente a partir do Fundo de ações Estratégicas e Compensação – FAEC, seja para a assistência oftalmológica ou fornecimento dos óculos. E as produções lançadas exclusivamente nos sistemas ambulatoriais por meio de códigos específicos do Projeto,

presentes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS.

DISCUSSÃO

Essas legislações são ordinárias no SUS, cujo objetivo é regulamentar as práticas administrativas e judiciárias das políticas públicas de saúde, bem como possui a constituição como fiel desses processos administrativos. É extenso o número de atos normativos no âmbito do SUS, herança da complexidade da gestão desse sistema, e por vezes, pode apresentar incoerências com o modelo adotado. Isso demandou a consolidação desses com auxílio dos conhecimentos e preceitos do Direito Sanitário.¹⁶

As publicações precedentes ao PSE coincidem com o período do modelo de saúde na escola denominado de Escolas Promotoras de Saúde¹⁷, mesmo nome de um programa criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que permitiu identificar a escola como espaço privilegiado por congregar, por um período importante, crianças e adolescentes, bem como um ambiente de trabalho para professores, outros profissionais e representantes da comunidade.

O Brasil não instituiu políticas com base nessa proposta da OMS, mas trouxe o modelo da promoção da saúde para a atuação em saúde na escola.¹⁷⁻¹⁸ A relevância disso se deve ao histórico nacional de adoção de atividades higienistas e de medicina escolar, modelos anteriores a esse e sumariamente pautados pela vigilância de doenças e agravos, e outras atividades de forte caráter biomédico.¹⁷

Isso porque a partir dos anos 90, a escola era vista como um lugar para se propagar saúde e prevenção de “doenças sexualmente transmissíveis” e da gravidez na adolescência. Entre os marcos desse período, é importante citar o Saúde e Prevenção nas Escolas - SPE, projeto lançado pelos Ministérios da Saúde e Educação em parceria com organizações internacionais como UNICEF e UNESCO.¹⁹ Período que coincide com a transferência de recursos do MS para o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP para levantamento de informações sobre ações de prevenção das DST/AIDS nas escolas brasileira da educação básica.

Como verificado, a saúde na escola não é uma prática recente. Entre os atos normativos correlatos e localizados por meio de busca manual, pode-se citar a Portaria Interministerial nº 1 de 1993, que institui Grupo de Trabalho com a finalidade de propor normas técnicas necessárias ao aperfeiçoamento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do escolar no âmbito do SUS. Além da Portaria 1.185 de 1997, que

institui Grupo Executivo Interministerial para apreciar e aprovar o material a ser veiculado no Programa “Saúde na Escola”, e “Educação para Saúde”. E também a Portaria Interministerial nº 1.094 de 1997, que estabelece um conjunto de atividades de saúde e nutrição, denominadas de “Saúde na Escola” voltadas aos estudantes brasileiros, veiculado através da TV Escola. Essas apontam que a discussão de um programa que envolvesse a saúde no ambiente escolar era um anseio da administração pública.²⁰⁻²²

Além dessas iniciativas regulatórias prévias a criação do Programa Saúde na Escola,⁸ é importante considerar que a década de 2006 ficou marcada pela institucionalização das Políticas Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção da Saúde, trazendo profundas mudanças na organização do modelo de atenção do SUS, hoje consolidadas na Portaria de Consolidação nº 2 de 2017.²³

Entre as ações do PSE, a temática da saúde ocular, inicialmente sob a nomenclatura “avaliação oftalmológica”, conceitualmente não expressou os objetivos do PSE de que as ações contemplem a promoção, prevenção e atenção à saúde, uma vez que a avaliação oftalmológica de certa forma faz alusão à avaliação clínica, que é realizada por profissionais específicos e até mesmo de competência da atenção especializada e não da APS, como descrito na Portarias nº 288, de 19 de maio de 2008 e Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Dessa forma, a interpretação frente ao escopo das ações/atividades envolvendo a temática da saúde ocular historicamente foram reduzidas à triagem oftalmológica e à mensuração da acuidade visual, que na sua totalidade não contempla a atenção integral vislumbrada pelo PSE.^{9,24}

A Portaria Interministerial 1.055/2017, que redefiniu as regras e os critérios para adesão ao PSE e outras providências, trouxe a temática mais para o campo da promoção, com seguinte nomenclatura: “Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração”. Esta é pormenorizada no Caderno Temático, e é comumente conhecida como ação de Saúde Ocular do PSE.⁹ Atualmente as intervenções para promoção da saúde dos cuidados com a visão têm recebido menos atenção e investimento do que as de prevenção e tratamento e, embora essas intervenções se mostrem eficazes em alguns ambientes, mais pesquisas são necessárias.¹

Tanto para essa ação, quanto as demais, o trabalho deve ter a intersetorialidade como diretriz, ou seja, faz-se necessária a interlocução dos saberes dos profissionais da APS e dos profissionais da educação. Na perspectiva da gestão do programa, a intersetorialidade também deve ser exercida pelos Grupos de Trabalho Intersetoriais, de estado e municípios. Esse princípio é reforçado nos atos normativos ao longo da

regulamentação do Programa, ao ponto de atualmente ser o principal pilar de sustentação do PSE.²⁴

A nível federal, o PSE é gerenciado pelas Secretarias de Atenção Primária à Saúde, do MS, e pela Secretaria de Educação Básica, do MEC. A CIESE, instituída em 2008, principal espaço de interlocução das duas secretarias, permanece vigente nos atos normativos, mas na prática não possui mais atividade.

O incentivo financeiro para as ações é repassado pelo MS, mas o planejamento orçamentário deve ser realizado em conjunto com as secretarias de educação. Em 2019, ao todo, foram repassados R\$ 95.556.013,61 como incentivo para implementação do PSE e do Crescer Saudável, na adesão ao ciclo 2019/2020, que por sua vez compreendeu um total de 91 mil escolas públicas e creches conveniadas, e corresponde a 22.425.160 milhões de estudantes como principal público-alvo das ações. Nesse ano, foram realizadas 1.450.634 atividades das ações do PSE, com participação de 61.413.856 estudantes em uma ou mais ações, em 4.906 municípios. A ação de saúde ocular correspondeu a 2,81% dessas atividades.²⁵

É valioso trazer o papel da Base Nacional Comum Curricular (2017) para debate. A saúde ocular está inserida no componente curricular das Ciências, que tem como habilidades específicas a discussão de hábitos necessários para a manutenção da saúde auditiva e visual considerando as condições do ambiente em termos de som e luz.²⁶ A inserção da temática nos currículos escolares é o primeiro domínio para a implementação de intervenções pautadas no *framework* das Escolas Promotoras de Saúde, da OMS, e recomendado nas diretrizes atuais.²⁻⁵

Nos Estados Unidos, pelo menos quarenta estados exigem a triagem da visão de crianças em idade escolar.²⁷ Embora os exames de visão de crianças em idade escolar sejam apoiados por governos de países como Reino Unido, Canadá, Austrália, países do Mediterrâneo Oriental e África do Sul, não são obrigatórios. A falta de legislação leva a exames realizados de maneira *ad hoc* por consultórios particulares, resultando em prestação de serviços não mensurada e inconsistente.²⁷⁻²⁸

A grande maioria dos serviços de atendimento oftalmológico em países de baixa e média renda são prestados em hospitais secundários ou terciários, que estão localizados principalmente em áreas urbanas, que evidenciam a desigualdade no acesso. Isso destaca a importância de fortalecer a integração dos serviços de atenção oftalmológica na atenção primária à saúde e garantir um caminho de referência eficaz para o tratamento oportuno de doenças oculares.¹ Estratégias de promoção da saúde eficazes resultam em uma

mudança de comportamento e promovem concordância aos regimes de tratamento, por isso os profissionais devem pautar suas ações nas esferas da educação em saúde, da prevenção e da proteção da saúde.²⁹

O Projeto Olhar Brasil foi uma importante iniciativa nesse sentido, pois envolveu a participação dos profissionais da educação e profissionais da APS, representado pelos Agentes Comunitários de Saúde, ratifica-se a relevância dessas ações no SUS.³⁰ Apesar disso, ainda que a Portaria nº 2.299 de 2012 esteja vigente, na prática o Projeto Olhar Brasil foi descontinuado.

O Projeto Consultórios Itinerantes é outro que merece atenção. De acordo com a Portaria Interministerial nº 15 de 2013³¹, que institui o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia, no âmbito do PSE e Programa Brasil Alfabetizado, e dá outras providências, os consultórios itinerantes são veículos adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal e oftalmológica, compostos por caminhão para locomoção dos baús (o baú oftalmológico possui dois consultórios e um laboratório de montagem de óculos).

Esses eram passíveis de adesão municipal, e também passavam pelo crivo do Departamento de Atenção Especializada e Temática, contudo a adesão ao PSE era um critério para a adesão ao Projeto, bem como aqueles cuja rede de atenção era insuficiente para atendimento da demanda de assistência oftalmológica, por exemplo municípios não homologados ao Projeto Olhar Brasil. O Projeto Consultórios Itinerantes também não está mais em atividade atualmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso aos cuidados de saúde ocular no Brasil perpassa pelas ofertas no espaço escolar como ponto de atenção e parte da APS. A partir deste evidenciou-se que a saúde ocular integral e coordenada ainda é um desafio para o SUS, dado pela interrupção de iniciativas que garantem acesso à cuidados, como os Projetos Olhar Brasil e Consultórios Itinerantes, e pelo pouco incentivo à realização dessas práticas, em detrimento de outras ações do PSE. Vale ressaltar também que o debate das ações de saúde ocular no ambiente escolar são datadas anteriormente à Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, sugerindo certo pioneirismo no trabalho da temática na APS.

Uma das limitações deste trabalho é atribuída às ferramentas de buscas, que retornaram um grande volume de atos normativos, porém deixando passar alguns, haja vista as normativas reunidas por busca manual e utilizadas na discussão. Apesar das

fragilidades, essas ferramentas são essenciais para o aprofundamento das questões envolvendo o direito sanitário, especialmente em sistemas universais como o SUS. Além disso, as discussões apresentadas correspondem às interpretações do analista, assim, deve-se considerar as presentes interpretações e reconhecer a amplitude de interpretações possíveis, inclusive do leitor.

As discussões legais e técnicas dos direitos à saúde ocular na APS ainda são escassas, a julgar pela revisão dos atos normativos e literatura atual, sugerindo pouca visão estratégica e de planejamento para a temática no âmbito da APS e da saúde na escola.

A temática da saúde ocular ficou restrita a atividades de detecção precoce e pouco explorou o potencial da promoção da saúde, bem como reforçou o papel dessas no acesso a serviços e resolutividade desses problemas. Ao sair da perspectiva reducionista da avaliação oftalmológica, o PSE pode se tornar estratégico para implementação de atividades educativas, de promoção da saúde ocular e prevenção da cegueira, outrossim detecção precoce de condições reversíveis na APS.

O PSE até o momento apresenta-se como a política de saúde na escola mais consolidada no SUS, a julgar pelo trabalho ininterrupto de aperfeiçoamento da gestão do mesmo, de maneira a mudar a concepção das ações, facilitar os processos de adesão e financiamento, entre outros. Também foi possível observar que novos processos envolvendo a gestão do PSE e a implementação da ação de Saúde Ocular foram mais presentes nos anos de 2013 e 2017. O que prescreve reflexões do porque esses podem ter sobressaído, isso para além da perspectiva normativa, ou seja, demanda de maior análise de contexto.

Por fim, também recomenda-se uma profunda análise da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia tendo a consolidação das Redes de Atenção à Saúde como objetivo do SUS, e a APS como prisma do primeiro acesso, da continuidade do cuidado e de ações coordenadas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World report on vision. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. Langford R et. al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. BMC public health [Internet]. 2015 [cited 2020 may 20]; 15(1), 130. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1360-y>. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y>.

3. International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB). Standard school eye health guidelines for low and middle-income countries [Internet]. London: International Agency for the Prevention of Blindness; 2018 [cited 2020 may 20]. 96 p. Available from: <https://www.iapb.org/wp-content/uploads/Guidelines-School-Eye-Health-Programmes-English-Final.pdf>.
4. Burnett A, Yashadhana A, Lee L, Serova ND, Brain D, Naidoo K. Interventions to improve school-based eye-care services in low- and middle-income countries: a systematic review. Bull World Health Organ [Internet]. 2018 aug [cited 2020 may 20]; 96(10). Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/10/18-212332.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.212332>.
5. Global Partnership for Education (GPE). School Health Integrated Programming. Guidelines for School-based Eye Health Programs. Washington D.C.: Global Partnership for Education; 2017 [cited 2020 may 20]. 38 p. Available from: <https://www.globalpartnership.org/sites/default/files/2017-09-ship-guidelines-vision-screening.pdf>.
6. Kara-José N, Rodrigues MLV. Saúde Ocular e prevenção da cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009.
7. Becker TOF, Cortela DCB, Miura H, Matsuhara ML. Avaliação da acuidade visual em escolares do ensino fundamental. Rev. bras.oftalmol. [Internet]. 2019 Feb [cited 2020 May 20]; 78(1): 37-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802019000100037&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20190008>.
8. Brasil. Presidência da República. Decreto no 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos temáticos do PSE – Saúde Ocular. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2020 maio 20]. 32 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_ocular.pdf.
10. Vieira LS, Belisário SA. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. Saúde em Debate [online]. 2018 [citado 20 maio 2020]; v. 42, n. spe4, pp. 120-133. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe4/120-133/#>. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S409>.
11. Marconi M de A, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 6th ed. São Paulo: Atlas; 2008. 315 p.
12. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais [Internet]. 2009 jul [citado 2020 maio 20]; v. 1(1). Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/0>.
13. Brasil. Presidência da República. Portal da Legislação [Internet]. 2020 [citado 2020 maio 17]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Legis [Internet]. 2020 [citado 2020 Mai 16]. Disponível em: <https://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/>.

15. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. I&S [Internet]. 2014 abril [citado 2020 maio 30]; 24(1). Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/10000>.
16. Bisol J. Desafios da sistematização do direito sanitário: da consolidação normativa ao desenvolvimento teórico e dogmático. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2019 jul./set. [citado 2020 maio 30]; 8(3): 173-177. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v8i3.580>.
17. Silva CS. Saúde na Escola: Intersetorialidade e Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiência do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
19. Russo K, Arreguy ME. Projeto "Saúde e Prevenção nas Escolas": percepções de professores e alunos sobre a distribuição de preservativos masculinos no ambiente escolar. Physis [Internet]. 2015 Jun [citado 2020 Jun 28]; 25(2): 501-523. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200501&lng=en. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200010>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Desporto. Portaria Interministerial nº 1, de 17 de agosto de 1993. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 2, Edição 157, página 4628, 18 de outubro de 1993.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.185, de 25 de agosto 1997. Instituir Grupo Executivo Interministerial para apreciar e aprovar o material a ser veiculado no Programa "Saúde na Escola" e "Educação para Saúde", sua periodicidade e cronograma, bem assim, o material de apoio didático. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 2, Edição 163, página 5976, 26 de outubro de 1997.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Desporto. Portaria Interministerial nº 1.094, de 05 de setembro de 1997. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, Edição 172, página 19718, 08 de setembro de 1997.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Caderno do Gestor do PSE. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 68 p.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica - Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020 [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2020 [citado 2020 ago 05]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf.
26. Brasil. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular. MEC, 2017. Brasília: Ministério da Educação, 2017. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf.
27. Shakarchi AF, Collins ME. Referral to community care from school-based eye care programs in the United States. Surv Ophthalmol [Internet]. 2019 [cited 2020 set 07]; 64(6): 858-867. Disponível em:

[https://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257\(18\)30224-8/fulltext](https://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257(18)30224-8/fulltext).
doi: <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2019.04.003>.

28. Metsing I, Hansraj R, Jacobs W, Nel E. Review of school vision screening guidelines. *African Vision and Eye Health* [Internet]. 2018 [cited 2020 set 07], 77(1), 10 pages. doi: <https://doi.org/10.4102/aveh.v77i1.444>.
29. Williamson S, Seewoodhary R, Dampies L. Effect of poverty on eye health and implications for nursing practice. *Nursing Standard* [Internet]. 2016 [cited 2020 set 07]; 30(50), 42–51. doi: 10.7748/ns.2016.e10014.
30. Dalia ERC, Campos LM, Teixeira LP, Vilar MMC, Abreu PHL, Nassaralla Jr JJ. Análise da prevalência dos pacientes que necessitam de óculos em um Hospital Oftalmológico em Goiânia, Goiás, Brasil. *Projeto Olhar Brasil. Rev. bras. oftalmol.* [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Aug 23]; 76(2): 57-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802017000200057&lng=en. doi: <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20170011>.
31. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n° 15, de 10 de outubro de 2013. Institui o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia, no âmbito do Programa Saúde na Escola - PSE e Programa Brasil Alfabetizado - PBA, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, Edição 198, de 11 de outubro de 2013. Página 11.

4.1. Artigo 2 - submetido na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde (ISSN 2237-9622 / Classificação de periódicos 2016 na área da Saúde Coletiva: B2), em 20/05/2020, ID: 238349.

ANÁLISE DA AÇÃO DE SAÚDE OCULAR DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO BRASIL DE 2014 A 2019: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Lucas Agostinho Fernandes¹, Luciana Sepúlveda Köptcke².

¹ Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, Departamento de Promoção da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

² Escola de Governo Fiocruz Brasília, Gerência Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar a ação de Saúde Ocular do Programa Saúde nas Escolas (PSE) no Brasil, a partir do sistema de monitoramento das ações do PSE. **Métodos:** estudo transversal descritivo, realizado a partir de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) no período de 2014 a 2019. **Resultados:** observou-se 153.073 atividades da ação de Saúde Ocular do PSE e 5.697.109 participantes. Houve um incremento de 65,08% no período de 2014 a 2019. O número médio de ações realizadas nas escolas pactuadas foi de 4,35 (IC_{95%} 4,00;4,70). A média nacional de cobertura da ação foi de 8,32% (IC_{95%} 6,31; 10,33) no período. No ano de 2019, 15.325 estudantes foram identificados com alterações visuais. **Conclusão:** constatou-se que as intervenções de saúde ocular do PSE têm crescido ao longo dos anos no Brasil, por conseguinte contribuindo para a prevenção da deficiência visual e cegueira dos estudantes brasileiros. **Palavras-chave:** Saúde Ocular; Serviços de Saúde Escolar; Atenção Primária à Saúde; Política Pública; Estudos Transversais.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) atualmente, 2019, no mundo há pelo menos 2,2 bilhões de pessoas vivendo com deficiência visual ou cegueira, e cerca de 1 bilhão de pessoas com deficiência visual poderiam ter tido o agravo evitado ou ainda não obtiveram a devida abordagem. As causas da deficiência visual variam principalmente de acordo com a região, o nível socioeconômico, o sexo e a idade.¹ No Brasil, considerando a população de 2018, estima-se que entre 0 a 15 anos existem cerca

de 28 mil brasileiros cegos (0,062%), entre 15 e 49 anos são 169 mil (0,15%), e acima de 50 anos chega a 1,3%, ou seja, 66,3 mil pessoas.²

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO) é um importante marco para a saúde ocular no Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria N° 957, de maio de 2008. Entre os objetivos dessa Política, destaca-se a ampliação da cobertura no atendimento aos usuários do SUS com alterações visuais e a organização das redes de atenção em oftalmologia, mediante a criação de linhas de cuidado integrais que perpassem todos os níveis de atenção.²⁻⁴

Na Atenção Primária à Saúde, a PNAO prevê ações de promoção e prevenção em oftalmologia que permitam a identificação e o acompanhamento das famílias e dos indivíduos.³⁻⁴ Nesse cenário, o Programa Saúde na Escola (PSE) surge como uma estratégia da implementação dessas ações no âmbito da Atenção Primária ao promover intervenções de saúde ocular nas escolas.⁵⁻⁷

Intervenções de saúde ocular semelhantes a essa são descritas desde a década de 1970 no Brasil. Ao longo dos anos, os projetos e programas destinados à saúde ocular no ambiente escolar objetivavam prestar assistência oftalmológica a escolares, respaldadas por atividades educativas e desenvolvidas preferencialmente por equipes multiprofissionais.⁸⁻⁹

Assim, o PSE desde a sua gênese, em 2007, reputa intervenções de saúde ocular entre o rol das ações pactuadas na adesão ao Programa. A ação de Saúde Ocular, do PSE, consiste nas ações de promoção da saúde ocular e prevenção da cegueira e deficiência visual, por meio de atividades educativas, de sensibilização da família e comunidade, de avaliação da saúde ocular, e do encaminhamento dos estudantes identificados com problemas de visão, essencialmente. Entre as atividades, a avaliação da acuidade visual a partir da aplicação do Teste de Snellen recebe destaque especial na operacionalização da ação.^{5-7,9}

Diante disso, ao considerar a cegueira e a deficiência visual como problema de saúde pública e observar a importância e historicidade das intervenções de saúde ocular na escola, em especial a do PSE, este estudo tem como objetivo analisar a ação de Saúde Ocular do PSE no Brasil, a partir do sistema de monitoramento das ações do Programa.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, descritivo, realizado a partir dos registros da ação de Saúde Ocular do PSE no Sistema de Informação em Saúde

para a Atenção Básica (SISAB), no Brasil, no período de 2014 a 2019. Este período é justificado pela disponibilidade de dados no SISAB desde a sua instituição e pelas vigências dos ciclos de adesão ao PSE.

O SISAB foi instituído em 2013, por meio da Portaria GM/MS N° 1.412, de 10 de julho de 2013, quando passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas da Atenção Primária à Saúde.¹⁰ Naquele mesmo ano, o PSE passa por uma redefinição das regras e critérios para adesão, e passa a adotar o SISAB como sistema de monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito do Programa.¹¹

Atualmente, o monitoramento e a avaliação do PSE são realizados anualmente, mediante a observância dos ciclos bianuais de adesão ao Programa. Não obstante, em 2016, a gestão federal do PSE não disponibilizou período de adesão, assim, desde a redefinição de 2013, entre 2014 e 2019 serão analisados neste estudo os ciclos 2014/2015, 2017/2018 e 2019/2020.^{5,11-13} A Tabela 1, abaixo, apresenta as características das adesões ao PSE no período de 2014-2019, período adotado para análise deste estudo. Outra justificativa para a adoção desse período de análise foi que somente a partir de 2013 todos os municípios do território brasileiro estavam aptos à adesão do PSE, o que não ocorria nas adesões anteriores.¹¹

Tabela 1. Características das adesões ao Programa de Saúde na Escola (PSE) no período de 2014-2019*, por ciclo de adesão. Brasil, 2020.

Variáveis	Ciclos de adesão ao PSE		
	2014/2015	2017/2018	2019/2020
Municípios aderidos	4.787	5.040	5.289
Escolas pactuadas	79.167	85.700	91.659
Estudantes pactuados	18.313.214	20.521.416	22.425.160
Equipes AB pactuadas	32.317	36.990	57.001

*Em 2016 não houve adesão ao PSE.

Ressalta-se que uma das responsabilidades dos profissionais envolvidos na realização das ações do PSE, entre elas a ação de Saúde Ocular, é o registro dessas nos sistemas de informação em saúde vigentes.^{5,7} Destarte, as análises dos dados da ação de Saúde Ocular foram acessadas por meio dos relatórios do SISAB, sistema de informação adotado pelo Ministério da Saúde e de acesso restrito aos profissionais de saúde cadastrados.^{10,14}

Os dados disponíveis nesses relatórios são oriundos dos registros nos sistemas *softwares* da estratégia e-SUS AB: Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), através da Ficha de Atividade Coletiva (FAC) do e-SUS Atenção Básica, uma ferramenta de coleta de dados.^{10,15} Esses dados, registrados nesses sistemas, são gerados a partir do trabalho intersectorial dos profissionais que realizam as ações no âmbito do PSE. Assim, os registros desses sistemas são enviados à base federal do SISAB, onde são submetidos a um processo de validação antes de serem colocados à disposição nos relatórios.¹⁶

Cabe enfatizar que apesar da transmissão de dados para o SISAB ser realizada mensalmente, é permitido o envio retrospectivo, dessa forma os relatórios são sujeitos à alteração.¹⁴ Para a coleta de dados deste estudo, realizada em abril de 2020, foi utilizado o nível de granularidade até às escolas, identificadas nos registros das FAC entre 2014 e 2019.

A extração do SISAB reuniu informações da quantidade de atividades e número total de participantes, filtradas pela seleção “Saúde Ocular” da FAC. Já a extração dos estudantes com sinais de alteração na visão foi solicitada à Coordenação que administra o SISAB, nos mesmos termos da extração anterior, e correspondeu aos estudantes identificados pelo Cartão Nacional de Saúde e com marcação da seleção “avaliação alterada”, presente no verso da mesma Ficha.¹⁵

Utilizou-se no tratamento dos dados os *softwares* Microsoft Excel® e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). Quanto aos procedimentos estatísticos, todos os intervalos de confiança foram de 95% (IC_{95%}). E a cobertura percentual da ação de Saúde Ocular foi calculada conforme a fórmula utilizada no monitoramento do PSE, que considera o número de escolas que realizaram as ações sob o número total de escolas pactuadas.¹⁷

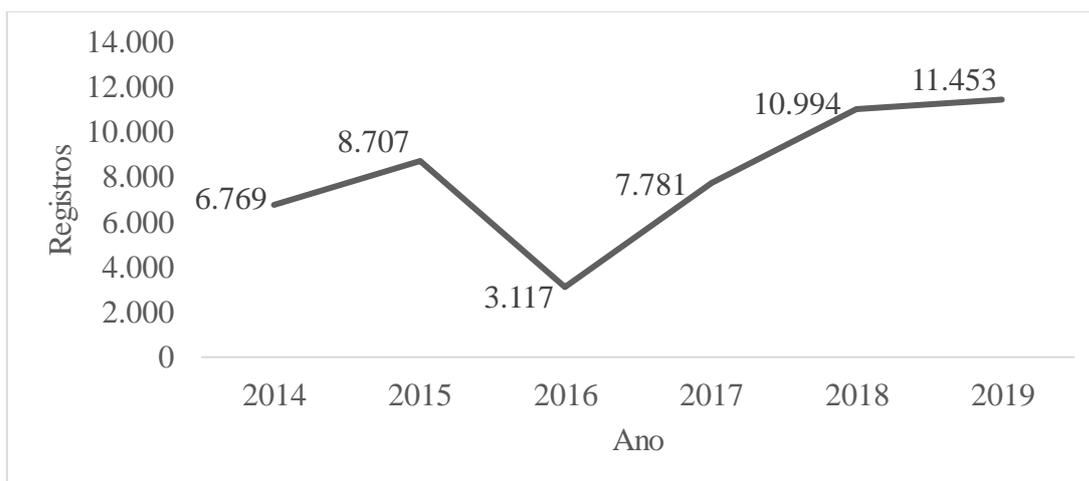
O acesso às bases de dados foi possível mediante consentimento institucional do Ministério da Saúde. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília, sob o parecer número 3.858.465 e CAAE número 28560320.0.0000.8027, no dia 27 de fevereiro de 2020.

RESULTADOS

Entre 2014 e 2019 foram identificados 48.821 registros das FAC que apresentavam ação de Saúde Ocular em escolas brasileiras no SISAB, sejam elas pactuadas ou não pactuadas nas adesões dos municípios ao PSE. Destaca-se o importante

crescimento do número de registros das Fichas entre 2014 (6.769) e 2019 (11.453), um incremento de 69,20% no período; bem como os mais de 3 mil registros em 2016, mesmo não tendo adesão ao Programa naquele ano (Figura 1). 79,06% (38.597) são registros da ação realizadas apenas nas escolas pactuadas, ou seja, nos cinco anos das adesões ao PSE de 2014 a 2019.

Figura 3. Número total de registros das Fichas de Atividade Coletiva com marcação da ação de Saúde Ocular em escolas brasileiras, em municípios aderidos e não aderidos ao Programa de Saúde na Escola (PSE), no período de 2014-2019.



Ao analisar os registros das ações de Saúde Ocular realizadas apenas nas escolas pactuadas, as atividades somaram o número de 153.073 e totalizaram 5.697.109 participantes no período analisado (Tabela 2). Entre 2014 (24.525) e 2019 (40.487) as atividades apresentaram um incremento de 65,08%.

Tabela 2. Número total de atividades e participantes das ações de Saúde Ocular nas escolas pactuadas na adesão ao Programa de Saúde na Escola (PSE), no período de 2014-2019*, Brasil, 2020.

Ano	Atividades das ações de Saúde Ocular	Participantes das ações de Saúde Ocular
2014	24.525	951.080
2015	28.224	952.028
2017	24.011	915.608
2018	35.826	1.353.675
2019	40.487	1.524.718
Total	153.073	5.697.109

*Em 2016 não houve adesão ao PSE.

Entre os municípios aderidos ao PSE no ciclo 2014/2015 (4.787), 898 municípios registraram a ação de Saúde Ocular no primeiro ano do ciclo, e 1.079 municípios em 2015, correspondendo a 18,76% e 22,54% do total de municípios pactuados no ciclo. Em 2017, 1.380 (27,38%) municípios, e 1.785 em 2018, proporcional a 35,42% do total de municípios aderidos no ciclo 2017/2018 (5.040). No ano de 2019, 2.018 municípios registraram a ação, ou seja, 38,15% do total de 5.289 municípios aderidos no ciclo 2019/2020.

Daqueles municípios que registraram a ação no período, o número médio de ações de Saúde Ocular realizadas por escola pactuadas foi de 4,35 (IC_{95%} 4,00;4,70), sendo 4,80 (IC_{95%} 4,57;5,03) em 2014, 4,24 (IC_{95%} 4,05;4,44) em 2015, 4,02 (IC_{95%} 3,87;4,18) em 2017, 4,37 (IC_{95%} 4,20;4,53) em 2018, e 4,32 (IC_{95%} 4,17;4,47) em 2019.

Ao analisar o percentual de cobertura da ação de Saúde Ocular nas escolas pactuadas, agrupadas por Unidade da Federação, no geral, observa-se uma progressividade no aumento da cobertura no período analisado. A média nacional de cobertura foi de 8,32% (IC_{95%} 6,31; 10,33) nos cinco anos observados (Tabela 3).

Tabela 3. Número total de escolas que realizaram ações e percentual de cobertura da ação de Saúde Ocular nas escolas pactuadas na adesão ao Programa de Saúde na Escola (PSE), no período de 2014-2019*, por Unidade da Federação, Brasil, 2020.

UF	2014		2015		2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BRASIL	5.109	6,45	6.649	8,40	5.968	6,96	8.205	9,57	9.369	10,22
AC	6	1,57	21	5,51	6	1,42	22	5,21	36	8,37
AL	210	9,80	97	4,53	139	6,40	314	14,46	247	11,54
AM	72	5,45	181	13,70	136	7,14	282	14,81	292	14,29
AP	24	15,38	60	38,46	62	27,07	26	11,35	42	15,22
BA	737	7,25	751	7,38	716	6,39	1.023	9,12	1.088	9,41
CE	379	8,22	585	12,68	680	14,88	851	18,63	852	18,26
DF	0	0,00	0	0,00	1	0,39	7	2,71	5	1,68
ES	43	4,93	81	9,29	85	7,39	56	4,87	83	5,94
GO	132	5,87	248	11,02	197	7,84	248	9,87	262	9,95
MA	559	7,90	852	12,04	446	5,96	593	7,92	446	6,00
MG	492	6,42	623	8,13	901	10,77	1.123	13,42	1.322	14,37
MS	44	6,11	60	8,33	25	3,98	69	10,99	101	13,65
MT	130	9,29	151	10,79	98	7,70	134	10,53	209	13,63
PA	96	2,70	160	4,50	153	3,24	292	6,19	321	6,44
PB	255	6,43	277	6,98	184	4,77	301	7,80	314	8,54
PE	236	5,61	213	5,07	208	4,27	410	8,42	394	8,36
PI	181	4,65	131	3,36	133	3,69	267	7,42	276	7,71
PR	333	7,95	423	10,09	213	5,47	183	4,70	340	7,61
RJ	101	3,27	158	5,11	138	3,68	212	5,65	214	5,38

RN	163	6,45	194	7,68	252	10,84	254	10,92	297	12,31
RO	3	0,76	12	3,05	5	0,81	32	5,17	90	12,84
RR	3	1,20	8	3,20	1	0,38	2	0,77	14	3,49
RS	144	5,34	276	10,23	467	13,59	501	14,58	838	18,70
SC	216	7,97	256	9,44	207	6,53	194	6,12	345	9,61
SE	137	10,01	197	14,39	102	7,22	190	13,45	167	11,62
SP	313	4,90	481	7,52	314	4,83	464	7,14	644	8,32
TO	100	10,04	153	15,36	99	9,02	155	14,13	130	11,44

*Em 2016 não houve adesão ao PSE.

Quando se analisa o percentual de cobertura das ações nas Unidades da Federação no ciclo de 2014/2015 observa-se que o Distrito Federal (DF), e os estados de Rondônia (RO) e de Roraima (RR) obtiveram os menores percentis, respectivamente. Ademais, os estados do Amapá (AP) e Tocantins (TO) ostentaram os maiores percentuais de cobertura do país no ciclo de 2014/2015.

No ciclo 2017/2018, no primeiro ano do ciclo (2017), Roraima (RR), Distrito Federal (DF) e Rondônia (RO) apresentaram cobertura inferior a 1%, dos quais o estado de Roraima (RR) permaneceu nesse patamar no ano seguinte. Os maiores percentis são identificados nos estados do Amapá (AP), 27,07%, e Ceará (CE), 14,88%, em 2017, sendo que esse último sustentou a alta com um percentual de 18,63 % em 2018.

Em 2019, primeiro ano do ciclo 2019/2020, constatou a permanência do Distrito Federal (DF) como a Unidade da Federação com menor percentual de cobertura do país (1,68%). Nesse ano, o estado do Rio Grande do Sul (RS) superou o percentual de cobertura do estado do Ceará (CE), com 18,70% e 18,26%, respectivamente.

O número de estudantes que apresentaram alteração visual ao participar das ações de Saúde Ocular apresentou crescimento no período, apesar da ligeira queda em 2017, como observado nas demais análises. No ciclo 2014/2015, encontra-se 12.524 e 12.896 nos respectivos anos do ciclo, já no ciclo 2017/2018, em seu primeiro ano 9.063 e 12.358 em 2018. No ano de 2019, 15.325 foram identificados com alterações visuais.

DISCUSSÃO

Ações de Saúde Ocular são realizadas em escolas pactuadas e não pactuadas na adesão ao PSE, contudo o número de registros é maior nas escolas pactuadas, indicando que a adesão como ao Programa é fator promotor das ações. Tanto o número de atividades, quanto o número de participantes, também os identificados com alterações visuais, exibiram um crescente no período, apesar do recuo em 2017. A cobertura das

ações cresceu, ainda que o número médio de ações por escola tenha reduzido em relação aos primeiros anos do período analisado.

As escolas oferecem um enorme potencial para os programas de promoção de saúde ocular e prevenção da cegueira, tal como é evidente os benefícios das intervenções de saúde ocular sob a visão e aprendizagem dos estudantes, além de poder agir como uma poderosa motivação para pais e professores apoiarem as atividades de prevenção da cegueira.¹⁸⁻¹⁹ A concretização dessas atividades na rotina das escolas pode fornecer uma solução para a necessidade de cuidados dos estudantes, e ser custo-efetiva na prevenção da cegueira, especialmente para crianças que vivem em locais remotos.²⁰⁻²¹

Segundo Hubley & Gilbert¹⁸ algumas informações quantitativas são necessárias para a implementação de programas de promoção da saúde ocular, por exemplo, prevalências e incidências que considerem variáveis como idade, sexo, etnia, e perfil socioeconômico, informações sobre os serviços de saúde ocular, bem como avaliações da efetividade e impacto das intervenções. Corroborando com os autores, a publicação da *International Agency for the Prevention of Blindness*²² ainda elenca a adoção de sistemas de monitoramento e avaliação como o último passo para a implementação dos programas.

Tendo os resultados deste estudo como base, percebe-se que o SISAB consegue reunir parte dessas informações, assim, torna-se uma ferramenta para esse sistema de monitoramento e avaliação, no contexto do PSE e, conseqüentemente, pode subsidiar a definição de indicadores e metas da ação de Saúde Ocular. A partir desta análise, foi possível constatar que as intervenções de saúde ocular na escola têm crescido ao longo dos anos no Brasil, tanto a nível regional, quanto a nível nacional.

O estudo também evidenciou que apesar do crescimento da ação de Saúde Ocular, ainda é reduzido o número de municípios que registram as ações no sistema, sendo apenas 38,15% dos municípios aderidos no último ano. Percentual distante do observado no monitoramento do PSE no ano de 2019, de 92,75% dos municípios aderidos para as doze ações do Programa. Ademais, os dados podem estar subestimados, porque os registros podem ser negligenciados ou mesmo invalidados por descumprimento de critérios estabelecidos pelo Programa, como o correto registro do número INEP das escolas aderidas ao PSE.¹⁷

Os resultados da ação de Saúde Ocular do PSE são fruto do trabalho síncrono das equipes da Atenção Primária à Saúde, especialmente da Estratégia Saúde da Família, com as equipes de profissionais da Educação Básica da rede pública de ensino.^{6,23} Estes reconhecem a importância do trabalho conjunto para o cuidado dos estudantes, proposto

pelo PSE, apesar dos desafios na implementação desse trabalho intersetorial.²⁴⁻²⁵ Ademais, os estudantes reconhecem os efeitos desse cuidado à saúde ocular proporcionado por esses profissionais, sobretudo ao terem seus problemas identificados e resolvidos.²⁶

Sabe-se que a medida da acuidade visual é o indicador clínico mais utilizado de qualidade da visão, geralmente feito com o uso de tabelas de símbolos ou letras (optótipos), a exemplo do Teste de Snellen, e requer competências para sua adequada realização.²⁷ Embora a ação de Saúde Ocular considere a acuidade visual no escopo de suas atividades, os registros das ações presentes no SISAB não versam unicamente desta medida, pois o campo referente às alterações identificadas também engloba outros problemas visuais, que não a alteração da acuidade visual.^{7,15}

Assim, é difícil associar com precisão a prevalência de baixa acuidade visual por meio da avaliação dos estudantes apontados com alteração no Sistema. Especialmente pela antiga orientação de identificação apenas dos estudantes alterados, o que difere das demais atividades de avaliação presente na FAC, podendo inclusive ser um fator de confusão no momento do registro das ações de Saúde Ocular.²⁸

Todavia, a literatura aponta que cerca de 20% de crianças e adolescentes em idade escolar apresentem dificuldades visuais não corrigidas, e 10% necessita de correção óptica.^{7,9,19} Um estudo recente apontou que essa necessidade pode chegar a 25% das crianças em idade escolar nos Estados Unidos.²⁹ Dessa forma, intervenções do gênero demandam o correto encaminhamento para serviços e cuidados específicos, segundo suas necessidades.^{7,21,29}

Atualmente, 2019, estima-se que haja 20.455 oftalmologistas para uma população de 208.494.900 habitantes no Brasil, uma relação de 1/9.224 hab. O quantitativo é mais que suficiente para cobrir as necessidades da especialidade no país.^{2,19} Entretanto, o gargalo dessa realidade é a alta concentração desses profissionais nas capitais e em algumas regiões, como o Sudeste e o Centro-Oeste brasileiro, situação diferente da região Norte, pior relação o país (1/12.084 hab.).²

A atuação da especialidade fragmentada e não coordenada com os demais níveis de atenção já provou não ser resolutiva para a melhora das condições de saúde da população. As intervenções de saúde ocular são mais efetivas quando promovem a saúde ocular e previnem a cegueira no ambiente familiar e comunitário, inclusive nas escolas, reforçando a importância de se trabalhar ações de saúde ocular na Atenção Primária à Saúde e no PSE.^{9,21,30}

As limitações deste estudo giram em torno da qualidade dos registros das ações nas FAC da estratégia e-SUS AB. Bem como é importante frisar que o monitoramento do PSE deve considerar o desenvolvimento de instrumentos para o tipo de atividade desenvolvida, ou seja, conhecer como é abordada a temática no território (quais oficinas, quais recursos utilizados, qual a duração, quais avaliações), que atualmente não são descritos. E a partir deste também é possível vislumbrar a necessidade de se desenvolver estudos de avaliação da efetividade e impacto da ação de Saúde Ocular do PSE.

Essa recomendação para que se realize avaliação de efetividade deve-se a constatada historicidade das ações de Saúde Ocular no contexto escolar brasileiro, as quais têm crescido ao longo dos anos no Brasil e num número crescente de municípios. Assim, a maior oferta de práticas de saúde ocular na escola pode representar uma oportunidade de acesso à serviços de saúde, visto que por meio dessas ações os estudantes são identificados com alterações visuais, evidenciando necessidades que podem ter sido ou não atendidas no Sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World report on vision. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. Ottaiano JAA, Ávila MP, Umbelino CC, Taleb AC. As Condições de Saúde Ocular no Brasil [Internet]. São Paulo: CBO; 2019 [citado 2020 fev 25]. 104 p. Disponível em: http://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 957, de 15 maio de 2008. Institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 mai 16 [citado 2020 fev 25]; Seção 1:43. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0957_15_05_2008.html.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 288, de 19 maio de 2008. Definir que as Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2008 mai 20 [citado 2020 fev 25]; Seção 1:73. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0288_19_05_2008.html.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017 abr 26 [citado 2020 fev 25]; Seção 1:36. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html.

6. Fontenele RM, Sousa AI, Rasche AS. SAÚDE OCULAR EM ESCOLARES E A PRÁTICA DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA [Internet]. Cogitare Enfermagem, 2016 jan [citado 2020 fev 22]; 21(1). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41889>. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.41889>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos temáticos do PSE – Saúde Ocular. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2020 fev 22]. 32 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_ocular.pdf
8. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 jun [citado 2020 fev 29]; 21(6): 1777-1788. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601777&lng=pt&tlng=pt. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016>.
9. Carvalho KM, Zin, AA, Ventura LM, Vasconcelos G, Furtado JM, organizadores. Prevenção da cegueira e deficiência visual na infância. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2016.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2013 jul 11 [citado 2020 fev 25]; Seção 1:294. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2013 jul 11 [citado 2020 fev 25]; Seção 1:263. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1413_10_07_2013.html.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 23 de julho de 2015. Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola em 2014 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2015 jul 24 [citado 2020 fev 25]; Seção 1:46. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1067_23_07_2015.html.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.744, de 16 de dezembro de 2016. Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros correspondente aos 80% do alcance de metas relativas às ações do Programa Saúde na Escola 2014/2015 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2016 dez 19 [citado 2020 fev 25]; Seção 1: 76. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2744_16_12_2016.html.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 135, de 21 de janeiro de 2020. Institui os prazos para o envio da produção da Atenção Primária à Saúde para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referente às competências de janeiro a dezembro de 2020 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF),

- 2020 jan 23 [citado 2020 fev 25]; Seção 1:81. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-135-de-21-de-janeiro-de-2020-239407394>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ficha de Atividade Coletiva – versão 3.2 [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020 [citado 2020 fev 25]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_atividade_coletiva_v3_2.pdf.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica – Relatório de Processamento/Validação – fichas válidas [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2020 [citado 2020 fev 25]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nt_inconsistencia_validacao_fichas_validas_012016.pdf.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica - Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020 [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2020 [citado 2020 mai 05]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf.
 18. Hubley J, Gilbert C. Eye health promotion and the prevention of blindness in developing countries: critical issues. *Br J Ophthalmol* [Internet]. 2006 mar [cited 2020 fev 27]; 90(3): 279–284. Available from: <https://bj.o.bmj.com/content/90/3/279>. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bjo.2005.078451>.
 19. Kara-José N, Rodrigues MLV. Saúde Ocular e prevenção da cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009.
 20. Schmalzried HD, Gunning B, Platzer T. Creating a school-based eye care program. *J Sch Health* [Internet]. 2015 may [cited 2020 fev 27]; 85(5): 341-5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/josh.12250>. doi: <https://doi.org/10.1111/josh.12250>.
 21. Burnett A, Yashadhana A, Lee L, Serova ND, Brain D, Naidoo K. Interventions to improve school-based eye-care services in low- and middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2018 aug [cited 2020 fev 29]; 96(10). Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/10/18-212332.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.212332>.
 22. International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB). Standard school eye health guidelines for low and middle-income countries [Internet]. London: International Agency for the Prevention of Blindness; 2018 [cited 2020 fev 29]. 96 p. Available from: <https://www.iapb.org/wp-content/uploads/Guidelines-School-Eye-Health-Programmes-English-Final.pdf>.
 23. Schumacher M, Gasparetto M. Saúde ocular de escolares: atuação de enfermeiros. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 2016 dez [citado 29 fev 2020] 24(6), e15108. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagmuerj/article/view/15108>. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.15108>.
 24. Medeiros ER et al. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. *Rev Cuid* [Internet].

- 2018 ago [citado 2020 fev 29]; 9(2): 2127-2134. Disponível em: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/514>. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.514>.
25. Helena WC, Ramona FCT. Programa Saúde na Escola: potencialidades e desafios na construção de redes de cuidado. *Saúde em Redes* [Internet]. 2018 [citado 2020 fev 29]; 4(3): 37-47. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1835>. doi: <https://doi.org/10.18310/2446-48132018v4n3.1835g297>.
26. Oliveira FPSL, Vargas AMD, Hartz Z, Dias S, Ferreira EF. Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 set [citado 2020 fev 29]; 23(9): 2891-2898. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902891&lng=pt. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.16582018>.
27. Régis-Aranha L de A, Moraes FH, Santos STC dos, Heufemann NEC, Magalhães WOG, Zacarias FRP, et al. Visual acuity and academic performance of students in a Brazilian Amazon municipality. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado 2020 may 06]; 21(2): e20170032. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/en_1414-8145-ean-21-02-e20170032.pdf. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170032>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 3.0 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [citado 2020 mai 06]. 145 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_3_0.pdf.
29. Shakarchi AF, Collins ME. Referral to community care from school-based eye care programs in the United States. *Surv Ophthalmol* [Internet]. 2019 [cited 2020 may 06]; 64(6): 858-867. Disponível em: [https://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257\(18\)30224-8/fulltext](https://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257(18)30224-8/fulltext). doi: <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2019.04.003>.
30. Paula JS et al. Clinical and regulatory protocols for the management of impaired vision in the public health care network [Internet]. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2011 Jun [cited 2020 May 06]; 74(3): 175-179. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492011000300006&lng=en. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-27492011000300006>.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações do PSE podem ser analisadas de diversos ângulos, tendo-se como base as análises apresentadas, a ação de saúde ocular pode ser visualizada a partir da sua produção quantitativa ao longo de um período, por meio dos sistemas de informação em saúde. Sendo possível identificar que as ações são realizadas em escolas pactuadas e não pactuadas na adesão ao PSE, contudo o número de registros é maior nas escolas pactuadas, indicando a adesão como promotora dessas ações. Portanto, o SISAB é uma potência para o monitoramento das ações de maneira sistemática, além de ser um dos últimos passos para implementação dos programas de saúde ocular e prevenção da cegueira.

Como diretriz, o monitoramento e avaliação do PSE pode centrar-se na qualificação dos processos existentes, como por exemplo, desenvolver instrumentos para monitoramento do tipo de atividade desenvolvida, ou seja, superar o monitoramento do número de atividades e cobertura da temática (saúde ocular), a partir do conhecimento de como é abordada a temática no território (quais oficinas, quais recursos utilizados, qual a duração, quais avaliações).

Na perspectiva qualitativa e legal, o acesso a cuidados de saúde ocular no Brasil perpassou pelas ofertas no espaço escolar como ponto de atenção e parte da APS. Debate que é datado anteriormente à Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, sugerindo certo pioneirismo no trabalho da temática na APS. A saúde ocular integral e coordenada ainda é um desafio para o SUS, pela interrupção de iniciativas como os Projetos Olhar Brasil e Consultórios Itinerantes, e pelo pouco incentivo à realização dessas práticas, em detrimento de outras ações do PSE. Isso é significativo porque até o momento o Ministério da Saúde não apresentou programas ou iniciativas substitutas a essas e que possam ofertar cuidados de saúde ocular na APS, com garantia da continuidade do cuidado.

A revisão da nomenclatura “avaliação oftalmológica”, em 2017, ampliou os conceitos da ação de Saúde Ocular e aproximou dos objetivos do PSE de que as ações contemplem a promoção, prevenção e atenção à saúde. Destarte, a nomenclatura “Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração” da Portaria 1.055/2017 é favorável à atenção integral e dialoga com a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia. Esta por sua vez merece uma profunda análise para que se identifique os aparatos que Política dispõe, como a saúde na escola, tendo a

consolidação das Redes de Atenção à Saúde como objetivo. Bem como discorrer mais sobre o papel da promoção da saúde no contexto da saúde ocular na APS.

A análise estratégica possibilitou conceber a riqueza teórica e técnica das intervenções de saúde ocular na escola, especialmente do PSE, por sua historicidade e relevância para a atenção integral à saúde ocular. Demonstrando que o Programa é facilitador da promoção do acesso a cuidados de saúde ocular no Brasil e seus objetivos condizem com as práticas de prevenção da cegueira e deficiência visual preconizadas. Teoricamente há recursos disponíveis para que isso se concretize na prática no território, contudo é preciso explorar contextos e as diversas realidades do país, demandando outros processos avaliativos.

O PSE até o momento apresentou-se como a política de saúde na escola mais consolidada no SUS, a julgar pelo trabalho ininterrupto de aperfeiçoamento da gestão do mesmo, de maneira a mudar a concepção das ações, facilitar os processos de adesão e financiamento, entre outros. Assim, a qualificação do trabalho dos profissionais de saúde e educação, por práticas baseadas em evidência, como a realização de estudos de avaliação, pode ser benéfico para os trabalhadores envolvidos na execução das ações, e essencialmente para os estudantes brasileiros, principal público-alvo dessas.

Dentre o escopo da análise estratégica, os principais objetivos foram alcançados, como a discussão dos objetivos da ação de Saúde Ocular do PSE, a análise dos dados dessa ação, e análise das suas normativas, dessa forma explorando sua construção histórica e conhecendo seu processo de implantação e implementação. Salvo a discussão aprofundada dos atores envolvidos nessas intervenções de saúde ocular na escola. Todavia, essa etapa também pode ser desenvolvida na análise lógica, outro componente da avaliabilidade, e preferencialmente associada a técnicas de consenso, logo, ainda pode ser objeto de um novo estudo.

As análises apresentadas são fundamentais para o aprofundamento das questões envolvendo o direito sanitário, a implementação de programas, e a sua efetividade, especialmente em sistemas universais como o SUS. Um estudo de avaliabilidade se encerra com a elaboração de recomendações, neste caso ainda se faz necessário analisar logicamente, porém, a partir deste trabalho é possível vislumbrar a necessidade de se desenvolver estudos de avaliação da efetividade e impacto da ação de saúde ocular do PSE. Isto porque a literatura sustenta a eficácia dessas ações no espaço escolar, porém não se sabe como elas são desenvolvidas na prática, seus processos, e os resultados que podem variar de acordo com os cenários e contextos assumidos.

REFERÊNCIAS

1. Graziano RM. *Oftalmologia para o pediatra*. 1ed. Editora Atheneu; 2009. 384 p.
2. Carvalho KM, Zin A, Ventura LM, Vasconcelos G, Furtado JM. *Prevenção da Cegueira e Deficiência Visual na Infância*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2016. 139 p.
3. Burnett AM, Yashadhana A, Lee L, Serova N, Brain D, Naidoo K. Interventions to improve school-based eye-care services in low- and middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2018 Oct 1; 96(10): 682-694D. Available from: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/96/10/18-212332.pdf>.
4. World Health Organization. *Universal eye health: a global action plan 2014–2019*. WHO; 2013. 22 p.
5. Pan American Health Organization. *Plan of Action for the Prevention of Blindness and Visual Impairment*. In: 53rd Directing Council of PAHO, 66th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas, 29 September 3 October 2014 [Internet]. Washington, D.C, USA: PAHO; 2014. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=53-directing-council-7004&alias=26730-cd53-11-e-730&Itemid=270&lang=en.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 957 de 15 maio de 2008 [Internet]. Institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.; 2008. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0957_15_05_2008.html.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 288 de 19 de maio de 2008 [Internet]. Definir que as Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia.; 2008. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0288_19_05_2008.html.
8. World Health Organization. *World report on vision*. Vol. 214, World health Organization. 2019.
9. 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.; 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n° 1.055 de 25 de abril de 2017 [Internet]. 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.; 2017. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html.
11. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersetorialidade no programa saúde na escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(6):1781–90.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos temáticos do PSE – Saúde Ocular*. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 28 p.
13. Fernandes LA, Franzi MAH. PREVALÊNCIA DE BAIXA ACUIDADE VISUAL EM CRIANÇAS DE UMA ESCOLA DA REDE PÚBLICA DE ENSINO. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2020 Jun 23;25. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67144>.
14. Kara-José N, Rodrigues M de LV. *Saúde Ocular e Prevenção da Cegueira*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009. 442 p.

15. Silva CS. Saúde na Escola: intersectorialidade e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019. 170 p.
16. Fontenele RM, Sousa AI, Rasche AS, Souza MH do N, Medeiros DC de. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *Saúde em Debate*. 2017;41(spe):167–79.
17. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. 1st ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 110 p.
18. Esteves JF, Telichevesky N, Kwitko S. Rotinas em oftalmologia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para a Prevenção de Deficiências Visuais. 2ed. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 1–42 p.
20. Ávila M, Alves MRA, Nishi M. As Condições de Saúde Ocular no Brasil. Vol. 1. 2015.
21. Ottaiano JAA, Ávila MP, Umbelino CC, Taleb AC. As Condições de Saúde Ocular no Brasil [Internet]. 2019. Available from: http://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf
22. Temporini ER. Aspectos do Plano de Oftalmologia Sanitaria Escolar do Estado de Sao Paulo. *Rev saúde pública* [Internet]. 1982; 16(4): 243–60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101982000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
23. Schwab L. Eye Care in Developing Nations. Foundation of the American Academy of Ophthalmology. San Francisco: Foundation of the American Academy of Ophthalmology; 1999.
24. Putz C. Oftalmologia Ciências Básicas. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 676 p.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.; 2017. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.
26. Bertucci LM, Mota A, Schraiber LB. Saúde e Educação, um encontro plural. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. 326 p.
27. Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro. Manual de Saúde Escolar da SOPERJ 2009. Rio de Janeiro: SOPEJR; 2009.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde, editor. Brasil: Ministério da Saúde; 2007. 304 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf.
29. Lima TS. Programa Saúde na Escola: saberes e diálogos nos caminhos complexos da promoção da alimentação saudável. [Dissertação]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde, Escola Fiocruz de Governo; 2017.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica [Internet]. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde; 2006. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 de 30 de março de 2006 [Internet].

- Aprova a Política de Promoção da Saúde.; 2006. Available from: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html.
32. Russ HHA, Temporini ER, Kara-José N. Impacto da Campanha Olho no Olho em escolas de ensino fundamental: percepção do pessoal de ensino. *Arq bras oftalmol* [Internet]. 2004;67(2):311–21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492004000200023.
 33. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 15 de 24 de abril de 2007 [Internet]. Instituir o “Projeto Olhar Brasil”, que tem como objetivo identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração, visando reduzir as taxas de evasão escolar e facilitar o acesso da população idosa à consulta oftalmológica e aquisição de óculos.; 2007. Available from: https://www.jusbrasil.com.br/diarios/545692/pg-4-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-26-04-2007?ref=previous_button.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.299 de 3 de outubro de 2012 [Internet]. Redefine o Projeto Olhar Brasil.; 2012. Available from: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/pri2299_03_10_2012.html.
 35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.229 de 30 de outubro de 2012 [Internet]. Regulamenta o parágrafo único do art. 4º e o inciso I do art. 6º da Portaria Interministerial nº 2299/MS/MEC, de 3 de outubro de 2012, que redefine o Projeto Olhar Brasil.; 2012. Available from: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1229_30_10_2012.html.
 36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Documento Orientador: Indicadores e Padrões de Avaliação - PSE Ciclo 2019/2020 [Internet]. Brasília; 2019. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/documento_orientador_2019-20.pdf.
 37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020. [Internet]. Brasília; 2020. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf.
 38. Contandriopoulos A-P. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro; 1997.
 39. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244 p.
 40. Dubois C-A, Champagne F, Bilodeau H. História da Avaliação. In: Brousselle A (Org) Avaliação: conceito e métodos. 1st ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 292.
 41. Hartz ZM de A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [Internet]. 1st ed. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. 132 p. Available from: http://books.scielo.org/id/xzdnf%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100027&lng=pt&tlng=pt.
 42. Furtado JP. Avaliação de Programas e Serviços. In: Campos GWS et al Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
 43. Hartz ZM de A. Meta-avaliação da atenção básica à saúde – teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 410 p.

44. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégia para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA; Vieira-da-Silva LM (Orgs) Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 275.
45. Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: Mattos RA; Baptista TWF (Orgs) Caminhos para análise das políticas públicas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p. 509.
46. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz ZM de A. Avaliação: conceito e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 p.
47. Hartz ZM de A, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 1st ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 275 p.
48. Wholey JS. Exploratory Evaluation. In: Wholey JS; Hatry HP; Newcomer KE (Eds) Handbook of practical program evaluation. 3rd ed. United States of America: Jossey-Bass; 2010. p. 745.

ANEXOS

ANEXO A – Atos normativos que regulamentam o PSE

ANO	ATO NORMATIVO	EMENTA
2007	Decreto Presidencial n° 6.286, de 5 de dezembro de 2007	INSTITUI O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
2008	Portaria Interministerial n° 675, de 4 de junho de 2008	INSTITUI A COMISSÃO INTERSETORIAL DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA ESCOLA.
	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).
	Portaria n° 2.931, de 4 de dezembro de 2008	ALTERA A PORTARIA N° 1.861/GM, DE 4 DE SETEMBRO DE 2008, QUE ESTABELECE RECURSOS FINANCEIROS PELA ADESÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE E CREDENCIA MUNICÍPIOS PARA O RECEBIMENTO DESSES RECURSOS.
2009	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.

2010	Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010	ALTERA A PORTARIA Nº 3.146/GM, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2009, QUE ESTABELECE RECURSOS FINANCEIROS PELA ADESÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).
	Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010	CREDENCIA MUNICÍPIOS PARA O RECEBIMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS PELA ADESÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE, CONFORME A PORTARIA Nº 3.146/GM, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2009.
	Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010	ESTABELECE CRITÉRIOS PARA ADESÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) PARA O ANO DE 2010 E DIVULGA A LISTA DE MUNICÍPIOS APTOS PARA MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE.
	Portaria nº 3.918, de 10 de dezembro de 2010	ESTABELECE RECURSOS FINANCEIROS PARA MUNICÍPIOS COMEQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, CREDENCIADOS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE.
2011	Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011	ESTABELECE O TERMO DE COMPROMISSO MUNICIPAL COMO INSTRUMENTO PARA O RECEBIMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).

	Portaria Interministerial nº 1.911, de 8 de agosto de 2011	ALTERA A PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 3.696/MEC/MS, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2010, QUE ESTABELECE CRITÉRIOS PARA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS AOS MUNICÍPIOS CREDENCIADOS AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) E DEFINE LISTA DE MUNICÍPIOS APTOS A ASSINAREM TERMO DE COMPROMISSO MUNICIPAL.
	Portaria nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011	HABILITA MUNICÍPIOS E O DISTRITO FEDERAL PARA O RECEBIMENTO DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS RELATIVOS AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).
2012	Portaria nº 357, de 1º de março de 2012	INSTITUI A SEMANA ANUAL DE MOBILIZAÇÃO SAÚDE NA ESCOLA (SEMANA SAÚDE NA ESCOLA) E O RESPECTIVO INCENTIVO FINANCEIRO, E ESTABELECE REGRAS ESPECÍFICAS PARA A EXECUÇÃO NO ANO DE 2012.
	Portaria nº 2.693, de 29 de novembro de 2012	PROPÕE A EXPANSÃO DE AÇÕES EM 122 (CENTO E VINTE E DOIS) MUNICÍPIOS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).
2013	Portaria nº 364, de 8 de março de 2013	REDEFINE A SEMANA DE MOBILIZAÇÃO SAÚDE NA ESCOLA (SEMANA SAÚDE NA ESCOLA), DE PERIODICIDADE ANUAL, E O

		RESPECTIVO INCENTIVO FINANCEIRO.
	Portaria nº 1.302, de 28 de junho de 2013	ALTERA O PRAZO PARA O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DAS AÇÕES REALIZADAS NA SEMANA DE MOBILIZAÇÃO SAÚDE NA ESCOLA (SEMANA SAÚDE NA ESCOLA) JUNTO AOS SISTEMAS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO PSE.
	Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013	REDEFINE AS REGRAS E CRITÉRIOS PARA ADEÇÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) POR ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS E DISPÕE SOBRE O RESPECTIVO INCENTIVO FINANCEIRO PARA CUSTEIO DE AÇÕES.
	Portaria nº 1.835, de 27 de agosto de 2013	PRORROGA O PRAZO PARA O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DAS AÇÕES REALIZADAS NA SEMANA DE MOBILIZAÇÃO SAÚDE NA ESCOLA JUNTO AOS SISTEMAS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO PSE PARA PAGAMENTO DO INCENTIVO FINANCEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
	Portaria nº 297, de 28 de fevereiro de 2013	HABILITA MUNICÍPIOS E O DISTRITO FEDERAL AO RECEBIMENTO DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS RELATIVOS AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).

	Portaria nº 2.608, de 31 de outubro de 2013	DEFINE MUNICÍPIOS COM ADEÇÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA DE 2013 E OS HABILITA AO RECEBIMENTO DE 20% (VINTE POR CENTO) DO TETO DE RECURSOS FINANCEIROS PACTUADOS EM TERMO DE COMPROMISSO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
	Portaria nº 3.210, de 26 de dezembro de 2013	INCLUI OS MUNICÍPIOS DE GLÓRIA (BA), PALMEIRA DOS ÍNDIOS (AL) E PAULO FRONTIN (PR) À LISTA DOS MUNICÍPIOS QUE FINALIZARAM A ADEÇÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA DE 2013 E AO RECEBIMENTO DE 20% (VINTE POR CENTO) DO TETO DE RECURSOS FINANCEIROS PACTUADOS EM TERMO DE COMPROMISSO.
2014	Portaria nº 220, de 25 de março de 2014	DEFINE NORMAS PARA O CADASTRAMENTO NO SCNES DAS EQUIPES COM PROFISSIONAIS NÃO CADASTRADOS EM ESTABELECIMENTOS DE ATENÇÃO BÁSICA, QUE DESEMPENHAM AÇÕES PACTUADAS NO PROGRAMA SAÚDE DA ESCOLA.
2015	Portaria nº 798, de 17 de junho de 2015	REDEFINE A SEMANA DE MOBILIZAÇÃO SAÚDE NA ESCOLA (SEMANA SAÚDE NA ESCOLA).

	Portaria nº 1.067, de 23 de julho de 2015	DEFINE MUNICÍPIOS COM ADESÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM 2014 E OS HABILITA AO RECEBIMENTO DE 20% (VINTE POR CENTO) DO TETO DE RECURSOS FINANCEIROS PACTUADOS EM TERMO DE COMPROMISSO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
	Portaria nº 1.260, de 27 de agosto de 2015	HABILITA MUNICÍPIOS AO RECEBIMENTO DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS RELATIVOS AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA 2013
	Portaria nº 1.337, de 8 de setembro de 2015	HABILITA MUNICÍPIOS E O DISTRITO FEDERAL AO RECEBIMENTO DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS RELATIVOS À REALIZAÇÃO DA SEMANA ANUAL DE MOBILIZAÇÃO SAÚDE NA ESCOLA (SEMANA SAÚDE NA ESCOLA) NO ANO DE 2014.
2016	Portaria nº 2.744, de 16 de dezembro de 2016	HABILITA MUNICÍPIOS AO RECEBIMENTO DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS CORRESPONDENTE AOS 80% DO ALCANCE DE METAS RELATIVAS AS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA 2014/2015.

2017	Portaria Interministerial n° 1.055, de 25 de abril de 2017	REDEFINE AS REGRAS E OS CRITÉRIOS PARA ADEÇÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE POR ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS E DISPÕE SOBRE O RESPECTIVO INCENTIVO FINANCEIRO PARA CUSTEIO DE AÇÕES.
	Portaria n° 2.706, de 18 de outubro de 2017	LISTA OS MUNICÍPIOS QUE FINALIZARAM A ADEÇÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA PARA O CICLO 2017/2018 E OS HABILITA AO RECEBIMENTO DO TETO DE RECURSOS FINANCEIROS PACTUADOS EM TERMO DE COMPROMISSO E REPASSA RECURSOS FINANCEIROS PARA MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL COM ESCOLARES.
2018	Portaria n° 895, de 19 de junho de 2018	REVOGA A PORTARIA N° 220/SAS/MS, DE 25 DE MARÇO DE 2014, QUE DEFINE NORMAS PARA O CADASTRAMENTO NO SCNES DAS EQUIPES COM PROFISSIONAIS NÃO CADASTRADOS EM ESTABELECIMENTOS DE ATENÇÃO BÁSICA, QUE DESEMPENHAM AÇÕES PACTUADAS NO PROGRAMA SAÚDE DA ESCOLA.

	Portaria nº 3.662, de 14 de novembro de 2018	HABILITA MUNICÍPIOS AO RECEBIMENTO DO RECURSO FINANCEIRO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO CONJUNTO DE AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO SEGUNDO ANO DO CICLO 2017/2018 E DESTINA RECURSOS FINANCEIROS PARA MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL COM ESCOLARES.
2019	Portaria nº 2.264, de 30 de agosto de 2019	DEFINE MUNICÍPIOS COM ADESÃO AOS PROGRAMAS SAÚDE NA ESCOLA (PSE) E CRESCER SAUDÁVEL PARA O CICLO 2019/2020, OS HABILITA AO RECEBIMENTO DO TETO DE RECURSOS FINANCEIROS PACTUADOS EM TERMO DE COMPROMISSO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
2020	Portaria nº 2.141, de 14 de agosto de 2020	HABILITA MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL AO RECEBIMENTO DO INCENTIVO FINANCEIRO PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO SEGUNDO ANO DO CICLO 2019/2020 E DESTINA RECURSOS FINANCEIROS PARA OS MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL ADERIDOS AO PROGRAMA CRESCER SAUDÁVEL QUE ALCANÇARAM AS METAS DO PROGRAMA.

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
							Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

***Campo com obrigatoriedade condicionada

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA AVALIABILIDADE DA AÇÃO DE SAÚDE OCULAR DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Pesquisador: Lucas Agostinho Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28560320.0.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.858.465

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de avaliabilidade, ou seja, consiste em um exame sistemático e preliminar de um programa, para que se determine a justificativa da avaliação, configurando-se como um estudo exploratório.

Os sujeitos interessados e stakeholders deverão ser representantes do PSE no Ministério da Saúde e Ministério da Educação, ou seja, da Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais - CGPROFI, da equipe Coordenação-Geral de Temas Transversais da Educação Básica e Integral - CTTEBI; e demais áreas do organograma do Ministério da Saúde e da Educação relacionadas a ações de promoção e prevenção de problemas oculares, como o Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET, e a Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência - COSPD.

Pretende-se incluir também representantes municipais do PSE de duas regiões brasileiras que apresentem o maior e o menor número de atividades realizadas da Ação de Saúde Ocular, conforme dados epidemiológicos atuais do Programa.

Assim, cerca de dez a quinze participantes, dois de cada área citada acima, serão convidados a compor o processo avaliativo, que será iniciado por uma entrevista semi-estruturada sobre a

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.858.465

problemática e o contexto atual da Ação de Saúde Ocular no Brasil.

As entrevistas serão um importante recurso para a construção do modelo lógico da Ação. A modelização é um método estruturado de explicar a fundamentação lógica de um programa, assim, o recurso torna-se um instrumento de comunicação capaz de esquematizar o funcionamento de uma intervenção (HARTZ, 1997).

Por fim, ressalta-se que o estudo de avaliabilidade da Ação deverá ter validação de conteúdo, neste caso, mediante a aplicação da técnica de Delphi. Segundo Pereira (2015), trata-se de uma ferramenta de pesquisa que busca um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de um problema complexo.

As respostas dos entrevistados serão analisados subjetivamente por meio da exploração das concepções e dos pensamentos apresentados que posteriormente serão devolvidos aos mesmos para processamento dos achados nas perspectivas qualitativa e quantitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar o estudo da avaliabilidade da Ao de Saúde Ocular do Programa Saúde na Escola.

Objetivo Secundário:

Descrever sistematicamente a Ao de Sade Ocular (análise estratégica);

Analisar logicamente a Ao de Saúde Ocular;

Elaborar modelo lógico de avaliação para a Ao de Saúde Ocular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa estarão voltados aos sentimentos de constrangimento e preocupação com o sigilo diante das perguntas e do resultado das entrevistas.

Destaca-se que o pesquisador responsável estará atento e procurará minimizar os riscos, reforçando a garantia de sigilo e do direito de recusar a responder e/ou participar qualquer questão ou situação que lhe seja constrangedora ou evoque desconforto e/ou sofrimento emocional. Além disso, caso seja identificada necessidade de apoio psicológico no decorrer da pesquisa, o pesquisador responsável realizará o encaminhamento para atendimento individual em instituição apropriada.

Endereço: Av L3 Norte. Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO

Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3329-4746

E-mail: cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.858.465

Benefícios:

O Participante estará contribuindo para o conhecimento da situação atual de implementação da Ao de Saúde Ocular do Programa Sade na Escola, que tem por objetivo promover saúde ocular e identificar educandos com possíveis sinais de alteração. A informações geradas poderão aperfeiçoar o trabalho do gestor do Programa ao passo do mesmo obter subsídios técnicos para a tomada de decisão dessa prática em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de avaliabilidade, ou seja, consiste em um exame sistemático e preliminar de um programa, para que se determine a justificativa da avaliação, configurando-se como um estudo exploratório.

Espera-se que avaliabilidade permita expor os nós críticos da sua implementação em relação ao Programa, voltado para resolução de problemas e aperfeiçoamento da tomada de decisões que se configura como uma importante estratégia de promoção e prevenção de problemas oculares nos educandos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisador apresentou todos os Termos de apresentação obrigatória necessários a realização da pesquisa.

Recomendações:

Ajustar o cronograma do projeto de pesquisa com cronograma proposto no Projeto Básico apresenta na Plataforma Brasil que está correto. Deve-se atentar que as etapas de submissão, apreciação e aprovação pelo CEP sempre antecederão a fase de coleta que envolva participante de pesquisa. Sendo assim, todos os cronogramas que nortearão o estudo deverão estar compatíveis (Projeto Básico/ Plataforma Brasil com Projeto de Pesquisa).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com as Resoluções do CNS 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e 510/16 c, Capítulo VI - V, os pesquisadores responsáveis deverão enviar ao CEP relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.858.465

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1502217.pdf	31/01/2020 10:51:46		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	31/01/2020 10:50:23	Lucas Agostinho Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_LUCAS_FERNANDES.docx	26/01/2020 19:24:49	Lucas Agostinho Fernandes	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	26/01/2020 19:24:25	Lucas Agostinho Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/01/2020 19:20:00	Lucas Agostinho Fernandes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/01/2020 19:19:38	Lucas Agostinho Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 27 de Fevereiro de 2020

Assinado por:

BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO

Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3329-4746

E-mail: cepbrasil@fiocruz.br