

PESQUISA NACIONAL DE AVALIAÇÃO  
DA GESTÃO INTERSETORIAL DO  
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)  
2021-2022.

## ESTUDO DE AVALIABILIDADE



INSTITUIÇÃO DE EXECUÇÃO: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CNPJ: 33781055000135 CHAMADA CNPQ/DEPROS/SAPS/MS  
Nº 20/2021 - PROCESSO: 440624/2021-5 VIGÊNCIA: INÍCIO:  
14/02/2022 FIM: 29/02/2024



# Ficha técnica

## **Ministério da Saúde**

Nísia Trindade Lima

## **Presidência Fundação Oswaldo Cruz**

Mario Moreira

## **Fundação Oswaldo Cruz – Brasília**

### **Diretora Geral**

Maria Fabiana Damásio

## **Escola de Governo Fiocruz Brasília**

### **Diretora Executiva**

Luciana Sepúlveda Köptcke

## **Equipe de Pesquisa**

Alexandro Rodrigues Pinto — Mestre em Farmacologia pela UFC/CE

Beatriz da Costa Soares – Mestre e doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz

Douglas Fernandes da Silva — Graduado em História pelo Centro Universitário Uniprojeção

Egléubia Andrade de Oliveira — Doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz

Erika Barbosa Camargo — Doutora em Medicina Interna e Terapêutica pela Unifesp

Felipe Medeiros Pereira — Mestre em Políticas Públicas pelo PPGPPS/EGF Brasília; Doutor em Bioética pela UnB/DF

Flávia Tavares Silva Elias — Doutora em Medicina Interna e Terapêutica pela Unifesp

Gisela Cordeiro Pereira Cardoso — Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ

Gisele de Jesus Silva — Mestre em Políticas Públicas em Saúde pelo PPGPPS/EGF Brasília

Luciana Garritano Barone — Mestre em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz

Luciana Sepúlveda Köptcke — Doutora em Museologia da Ciência pelo Muséum National D'histoire Naturelle, MNHN, França

Maria Edna Moura Vieira — Doutora em Medicina pela Universidad de Valencia/ES) e em Saúde Coletiva pela UnB/DF em regime de cotutela

Maria Regina Araújo de Vasconcelos Padrão — Mestre em Educação pela UnB/DF



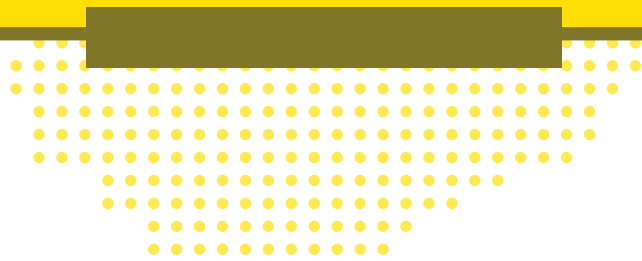
## Ficha técnica

Marta Azevedo Klumb Oliveira — Mestre em Psicologia pela UCB/DF

Rimena Gláucia Dias de Araújo — Mestre em Odontologia pela UFMG

Samia Kelle de Araujo — Mestre em Desenvolvimento Humano e Saúde pela UnB/DF

Simone Alves-Hopf — Mestre em Desenvolvimento Humano e Saúde pela UnB/DF; estudante de Medicina pela Friedrich Schiller University of Jena, Alemanha



---

P474 Pesquisa nacional de avaliação da gestão intersetorial do Programa Saúde na Escola (PSE) 2021- 2022: estudo de avaliabilidade / Luciana Sepúlveda Köptcke (org.). – Brasília, DF: Fiocruz, 2023.  
359 p. il. color.

1. Programa Saúde na Escola. 2. Avaliação. 3. Colaboração Intersectorial. 4. Saúde Pública. I. Fundação Oswaldo Cruz.

---

# Sumário

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>1. AVALIABILIDADE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA</b> .....	<b>11</b>
<b>2. ANÁLISE DO CONTEXTO</b> .....	<b>15</b>
<b>3. ANÁLISE DE PLAUSABILIDADE</b> .....	<b>28</b>
<b>4. ANÁLISE DE VIABILIDADE</b> .....	<b>89</b>
<b>5. ANÁLISE DE UTILIDADE</b> .....	<b>96</b>
<b>6. MODELO LÓGICO</b> .....	<b>104</b>
<b>7. O PSE É PASSÍVEL DE AVALIAÇÃO? CONSIDERAÇÕES SOBRE A AVALIABILIDADE DO PROGRAMA E TIPO DE PESQUISA INDICADO</b> .....	<b>107</b>
<b>ANEXO 1 – CADERNO DE INVENTÁRIO E DOCUMENTOS PSE</b> .....	<b>127</b>
<b>ANEXO 2 – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DOS PRODUTOS DAS CONSULTORIAS INDIVIDUAIS</b> .....	<b>177</b>
<b>ANEXO 3 – RELATÓRIO DE SISTEMATIZAÇÃO DAS CONSULTORIAS PRESTADAS AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE</b> .....	<b>185</b>
<b>ANEXO 4 - FINAL VERSION CONSOLIDADO DA SCOPING REVIEW 1 MANUSCRIPT</b> .....	<b>195</b>
<b>ANEXO 5 - O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, UMA ANÁLISE A PARTIR DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR</b> .....	<b>225</b>
<b>ANEXO 6 - I RELATÓRIO PARCIAL DO PROJETO: PESQUISA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO INTERSETORIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) - 2021-2022</b> .....	<b>238</b>

## INTRODUÇÃO

O contexto socioeconômico-cultural brasileiro reproduz situações de vulnerabilidade para crianças e jovens, aumentando sua chance de exposição a riscos resultantes não apenas de escolhas ou hábitos individuais, mas, sobretudo, de fatores contextuais, econômicos, sociais, culturais, ambientais e educacionais. Crianças e jovens que enfrentam maior suscetibilidade para adoecer e menor disponibilidade de recursos de proteção (Brasil, 2008).

O processo de disputa em torno de outro paradigma para as ações de saúde em decorrência do movimento da reforma sanitária no Brasil, criação do Sistema Único de Saúde (1988) e das Conferências internacionais de Promoção da Saúde (Ferreira; Buss, 2002), bem como a urgência de proposições que pudessem atuar na diminuição das vulnerabilidades às quais os jovens e crianças estão sujeitos e promover seu pleno desenvolvimento sob a perspectiva da integralidade, levou o Governo Brasileiro, em 2007, a propor um programa intersetorial para abordar o desenvolvimento integral da população infanto-juvenil, o Programa Saúde na Escola.

A abrangência e a complexidade dos desafios a serem enfrentados vêm mostrando um novo caminho: o da articulação de políticas para valorizar as contribuições setoriais possíveis e necessárias, assim como a participação da sociedade civil, [...] A construção de redes regionalizadas e descentralizadas [...] mostra-se, cada vez mais, ser condição essencial para a concretização das políticas públicas. [...] a necessidade de um novo modelo de atenção da saúde do(a) escolar, que entre outras coisas, incorpore a perspectiva da integralidade desse atendimento, assim como da intersectorialidade necessária para as ações. O PSE visa exatamente atender essas demandas. (BRASIL, 2008, p. 14)

O Programa Saúde na Escola (PSE) constitui programa federal instituído por meio de decreto intersetorial nº 6.286/2007 e, nesse sentido, previu um modelo de implementação e de governança visando à gestão e à implementação intersetorial nos níveis federal, estadual e municipal, composto pela Câmara Intersectorial de Educação e Saúde na escola (Ciese) e pelos Grupos de Trabalho Intersectoriais Estaduais e Municipais (GTIE e GTIM, respectivamente). O PSE propôs articular de forma permanente e dinâmica as equipes de saúde da família e as comunidades escolares, com a participação da sociedade civil, visando contribuir para a formação integral de estudantes da educação básica da rede pública, por meio de ações de promoção e atenção à saúde e prevenção de agravos e doenças, estruturadas em quatro componentes: avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens; ações de promoção da saúde e de atividades de prevenção; educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; monitoramento e avaliação. Posteriormente, com a Portaria do MS nº 1.055 de 2017, o Programa foi reestruturado, agregando os diversos componentes em doze ações obrigatórias, ampliadas para treze a partir de 2020, com a inclusão das ações coletivas de promoção da saúde e prevenção da covid-19.

Cavalcanti; Lucena; Lucena (2015, p. 5 apud Costa 2020a) ao analisar as ações do PSE, afirma que:

o Programa vai ao encontro da necessidade de mudanças no modelo de atenção, de uma lógica biomédica voltada para a doença e individualidade do corpo para outra que prioriza a saúde como construção histórica e social, conceitos como o de Promoção da Saúde e Prevenção são fortemente discutidos dentro das políticas de saúde e, conseqüentemente, no PSE. (Cavalcanti, P; Lucena, C; Lucena, 2015, p. 5)

O Programa coloca em suas diretrizes a integralidade das ações educacionais e da saúde como interface de sua ação. Para tanto, demanda esforços de implementação intersectorial e territorial e de articulação horizontal, descentralizada, privilegiando um novo paradigma para as políticas públicas sociais. No entanto, a relação

intersectorial é permeada por desafios, nos quais surgem conflitos suscitados pela perspectiva de mudanças entre corporações, atores e técnicos. Institui áreas de incerteza e de novas pactuações. Existem contradições referentes à partilha de poder entre os setores na distribuição de responsabilidades nos espaços de governança, no financiamento das ações do programa e na centralização do processo de adesão dos municípios, todos protagonizados pelo setor da saúde. A falta de coordenação e integração entre gestores e profissionais acarreta burocratização dos serviços; desperdício de tempo e de recursos humanos e financeiros; e duplicidade de ações (Koptcke; Caixeta; Rocha, 2015).

Ao celebrar seu 15º aniversário, o Programa Saúde na Escola observa a ampliação de seus critérios de adesão ao longo do tempo e, em 2013, sua universalização e expansão das ações para creches e pré-escolas. Segundo os dados de adesão de 2013, relatados por Silva *et al.* (2019), e de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, houve o aumento do número de municípios de 2013 a 2020 (2013: 4.861; 2017/2018: 5.040; 2019/2020: 5.289) e, no último ciclo de adesão, abrangeu 97% do território nacional (Moreira, 2020, p. 14). A quantidade de ações nas escolas ultrapassou a casa de 1 milhão antes da pandemia do covid-19 e chegou a uma cobertura nas escolas pactuadas de 63% (Fernandes *et al.*, 2022, p. 24).

Em que pese o vulto da implementação alcançada e o acúmulo de análises sobre o Programa ao longo dos anos, ele apresenta problemas gerenciais quanto ao registro de atividades e capacitação dos profissionais; e falta de estudos de avaliação e monitoramento sistemático e periódico, como previsto pela normativa do PSE (Moreira, 2020 produto 1, p. 15).

O Programa Saúde na Escola foi objeto de múltiplos estudos ao longo dos seus 15 anos de vida, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e teses de doutorado, artigos originais, apresentação e trabalhos em eventos científicos que abordam temas diversos, como a análise da gestão intersectorial, a satisfação com relação às atividades realizadas, a construção de modelos lógicos e estudo de avaliabilidade, a análise histórica e de seus marcos normativos, além de abordar a eficácia de algumas ações específicas, como a promoção da alimentação saudável; a saúde auditiva, bucal e ocular; a saúde sexual e reprodutiva; o uso de álcool e outras drogas; as ações de promoção da saúde e aquelas realizadas durante a covid-19, para citar algumas. Entretanto, são raros estudos sobre a efetividade do Programa. Costa, ao mapear e caracterizar, por meio de uma revisão bibliográfica, as ações do PSE (Brasil, 2020), observa que, dentre as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos desenvolvidas no contexto do programa, diversas são realizadas (e analisadas), *mas muitas mantêm seu foco nos processos de prevenção de doenças e agravos, numa perspectiva clínica e por meio de práticas fragmentadas, tais como: saúde ocular, nutricional, sexual e reprodutiva, entre outros*. Ressalta, ainda, que

[...] Os estudos agrupados para refletir sobre educação permanente e a formação de profissionais e de jovens para o PSE apontam um expressivo desconhecimento sobre o programa ou visões reducionistas sobre ele, seja na esfera normativa, conceitual e/ou prática; e a pouca participação social. Os estudos selecionados que apresentam uma aproximação com o componente monitoramento e avaliação do PSE, destacam percepções sobre normas ou princípios do programa que carecem de atenção e reorientação e apontam questões relacionadas à falta de equidade, intersectoralidade, integração e participação social em todos os níveis de ação e tomadas de decisão.

Diante da escassez de recursos e da necessidade de transparência e racionalidade dos investimentos públicos, o florescimento do campo da avaliação de políticas permanece constante, ao longo dos últimos stenta anos. Mas a necessidade de estabelecer parâmetros claros de julgamento sobre a implementação e o aprimoramento de um programa remete não apenas a fatores econômicos, mas também éticos, diante do compromisso de alcançar resultados reais para a saúde e a qualidade de vida das comunidades escolares, em particular crianças e jovens.

Os artigos sobre as ações do PSE levantados por Giacomozi *et al.*, (2012), Brito *et al.*, (2013), Izidoro *et al.*,

<sup>1</sup> Uma rápida busca no Google Acadêmico apresentou 86 títulos em resposta ao termo “Programa Saúde na Escola” no mês de abril de 2023.



(2014) apud Costa (2020), ratificam a importância de aprimoramento das ações programáticas, visto que

[...] explicitam a necessidade de ações efetivas que possam contribuir para a melhora do estado de saúde dos educandos, reduzindo a exposição a fatores de risco para a saúde, como o uso de tabaco, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo (IBGE, 2016). Estudos locais ou nacionais com estudantes reforçam esse cenário, em particular o uso de drogas, da violência e da obesidade. (Giacomozzi *et al.*, 2012; Brito *et al.*, 2013; Izidoro *et al.*, 2014 apud Costa, 2020)

Pesquisar a efetividade do PSE é relevante para o Sistema Único de Saúde e para a educação básica, no entanto, cabe enfatizar que a construção da noção de efetividade e de evidências de efetividade no campo específico das práticas de promoção da saúde levanta grandes desafios devido à complexidade dos fatores que intervêm na transformação de situações de vulnerabilidade no ambiente escolar e nos territórios de vida de crianças, adolescentes e jovens que são sujeitos do PSE. As abordagens metodológicas mais difundidas, oriundas dos campos disciplinares da epidemiologia ou da psicologia do comportamento, buscando controlar variáveis, muitas vezes excluem elementos inerentes das próprias ações de promoção que, por definição, compreendem o processo saúde-doença na sua complexidade e contextualidade.

Estima-se que, ao considerar as “intervenções” ou programas como práticas sociais em contexto, a avaliação de programas, como o PSE, deva buscar um desenho de pesquisa avaliativa que fortaleça os valores promocionais e a capacidade dos atores de agir para melhoria de suas condições de vida, em suma, que “a avaliação da promoção da saúde seja, ela mesma, promotora de saúde!” (Potvin; MacQueen, 2008, p. 28), de modo que o presente projeto espera contribuir, igualmente, para a reflexão metodológica sobre a avaliação de programas e atividades de promoção da saúde.

Nesse contexto, foi publicada pelo CNPq a Chamada CNPq/DEPROS/SAPS/MS Nº 20/2021 para a realização de pesquisa avaliativa, visando construir conhecimentos capazes de promover seu aprimoramento e orientar sua continuidade. O edital para a submissão de propostas definiu como requisitos que a pesquisa fosse de abrangência nacional e estruturada, obrigatoriamente, em três etapas:

Etapa I: desenvolver análise crítico-reflexiva dos produtos das consultorias individuais celebradas pelo Ministério da Saúde que compõem o estudo da avaliabilidade do Programa Saúde na Escola, consolidando os achados em um único material norteador para as avaliações realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola.

Etapa II: desenvolver estudo de efetividade da gestão intersectorial do PSE no Brasil capaz de realizar apontamentos substanciais sobre a implementação do Programa no Brasil.

Etapa III: desenvolver estudo de efetividade das ações do PSE no Brasil de cada uma das treze ações elencadas pelo Programa, por nível de ensino (infantil, fundamental, médio e EJA), capazes de realizar apontamentos substanciais sobre a implementação do Programa no Brasil<sup>2</sup>.

O projeto da Pesquisa Nacional de Avaliação da Gestão Intersectorial do Programa Saúde na Escola (PSE) 2021-2022, selecionado pela Chamada citada anteriormente, tem como objetivo geral avaliar, em nível nacional, a efetividade da gestão intersectorial e das ações do Programa Saúde na Escola, em 2021-2022.

Os objetivos específicos da pesquisa são:

1. descrever o funcionamento do programa;
2. compreender os arranjos atuais da gestão do PSE nos níveis federal, estadual, distrital e municipal;
3. aferir em que medida o PSE consegue formar coalizões intersectoriais estáveis e atuantes para a efetividade do programa no período da pesquisa;
4. aferir a efetividade das ações do programa junto a seu público-alvo, no período da pesquisa.

<sup>2</sup> Chamada CNPq/DEPROS/SAPS/MS Avaliação nacional da efetividade da gestão intersectorial e das ações do Programa Saúde na Escola. Nº 20/2021, páginas 1-2.

Dentre as primeiras atividades, após a divulgação e homologação do resultado da supracitada Chamada, encontra-se a apresentação da proposta escolhida para técnicos do CNPq e da área técnica do Ministério da Saúde, solicitante da pesquisa. Essa apresentação foi objeto de uma reunião organizada pelo CNPq denominada “Marco Zero”, na qual, além da apresentação, detalhamento e esclarecimentos sobre a proposta submetida, foi possível realizar ajustes metodológicos e processuais no desenvolvimento do projeto. Durante a reunião referida, que ocorreu no dia 17 de fevereiro de 2022<sup>3</sup>, foi apresentado o desenho do estudo de avaliabilidade, como base para a descrição do funcionamento do programa e detalhamento das perguntas avaliativas, que corresponde à primeira entrega da etapa 1 da pesquisa. Além da análise dos produtos de consultorias prévias, reunindo os achados em documento único, organizamos o estudo de avaliabilidade em quatro dimensões, descritas e apresentadas posteriormente neste relatório.

Ainda, na supracitada reunião do Marco Zero, foi pactuada uma agenda de reuniões periódicas de acompanhamento do projeto, envolvendo a equipe do DEPROS e os seus interlocutores do Ministério da Educação, sempre que oportuno e possível, por tratar de um projeto formulado intersetorialmente<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> A Reunião de Marco Zero contou com participação da equipe de pesquisa, equipe técnica do Departamento de Promoção da Saúde; da Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde; e representante do CNPq, por meio da plataforma Teams, das 10h às 12h. Sua memória encontra-se em anexo (Anexo I).

<sup>4</sup> As memórias das reuniões e oficinas realizadas neste âmbito encontram-se no Anexo II.

# 1. AVALIABILIDADE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O estudo de avaliabilidade é um processo voltado para assegurar avaliações úteis e viáveis, que contribui para o desenho do projeto de avaliação a ser desenvolvido (Wholey, 2004).

Um tipo de pesquisa de “mercado” que acessa a demanda por informação oferecida por diferentes tipos de avaliação, a viabilidade das várias avaliações, e ajuda combinar o melhor tipo de avaliação para responder à demanda, pela seleção de um desenho de avaliação viável, relevante e pertinente para seu uso. (Wholey, 1987, p. 33, tradução nossa)

O estudo em questão se caracteriza por ser exploratório, com forte vocação para apoiar avaliações formativas, voltadas para revelar o funcionamento de um programa ou projeto, esclarecendo e alinhando a compreensão sobre seu desenho, entre os principais atores-chave e confrontando esse desenho com a realidade de sua implementação (Hartz *et al.*, 2005; Leviton *et al.*, 2010). Desse modo, espera-se que a pesquisa avaliativa sirva para aprimorar o programa/projeto em foco. Os estudos de avaliabilidade são ainda mais importantes quando se pretende avaliar programas com ampla cobertura, descentralizados, em que a gestão é dispersa ou, ainda, quando os critérios de avaliação não estão claros ou os resultados do programa não são facilmente perceptíveis.

A avaliabilidade, como dimensão de processos avaliativos no campo da saúde coletiva, deve compreender o seu objeto de análise como “prática social”, alargando seu escopo de visão para além de um desenho pautado por uma intervenção definida preliminarmente. Trata de compreender as relações, as condições e as determinações que alimentam e conformam as ações de promoção e atenção à saúde e prevenção de doenças e agravos que buscam interferir nos processos saúde-doença (Potvin, 2008 apud Vieira-da-Silva, 2014).

Na perspectiva do campo das análises e avaliações de políticas públicas, essa abordagem colabora para a construção de uma agenda de pesquisa avaliativa pragmática, baseada nas práticas, com retorno mais rápido para os atores solicitantes e principais interessados pela pesquisa; apoiando o delineamento ou a redefinição de objetivos realistas e acesso mais rápido ao estado de implementação de um programa ou política e, finalmente, ajudando a desenhar uma avaliação de efetividade mais próxima da realidade do programa e das preocupações e dúvidas dos gestores e participantes sobre o que esperam aprimorar, sobre seus efeitos e desempenho (Leviton *et al.*, 2010).

Busca-se responder a três perguntas estruturantes (Smith, 1989):

## 1. O Programa tem resultados plausíveis de serem avaliados?

Para responder a esta questão, são analisados os objetivos e os resultados esperados, de modo a verificar a relação entre o que se pretende e se espera alcançar, por um lado, assim como as atividades e componentes propostos, por outro, incidindo na análise da racionalidade interna do programa. Além dessa análise, é observado o estágio de implementação do programa, ou seja, se as atividades foram executadas por tempo suficiente e com recursos para alcançar os efeitos desejados. Nesse momento, se verifica a viabilidade dos objetivos do programa, diante do seu desenho, dos recursos dispendidos e das atividades que de fato são realizadas, construindo entendimento sobre a adequação do programa a ser avaliado ou se será necessário rever objetivos ou atividades a serem abordados na pesquisa avaliativa.

## 2. O Programa é avaliável?

Este bloco de análise trata da verificação da existência de medidas e procedimentos, dados e sistemas de informação que permitam avaliar os objetivos previstos pelo programa. Identifica fontes de dados existentes e/ou necessárias para mensurar o desempenho do programa, considerando resultados esperados, tanto aqueles proximais – que registram efeitos nos processos de implementação (trabalho

intersetorial, colaborativo, horizontal, sustentável) ou junto à comunidade escolar, (conhecimento, comportamento e atitude, participação) — quanto os distais, como mudanças em indicadores relativos à vigilância e desfechos de saúde. A resposta a essa pergunta incidirá diretamente na resposta à primeira questão. Pois, para definir a metodologia de aferição da efetividade de um programa, é necessário conhecer os dados e as informações disponíveis sobre sua implementação.

### 3. A avaliação terá utilidade?

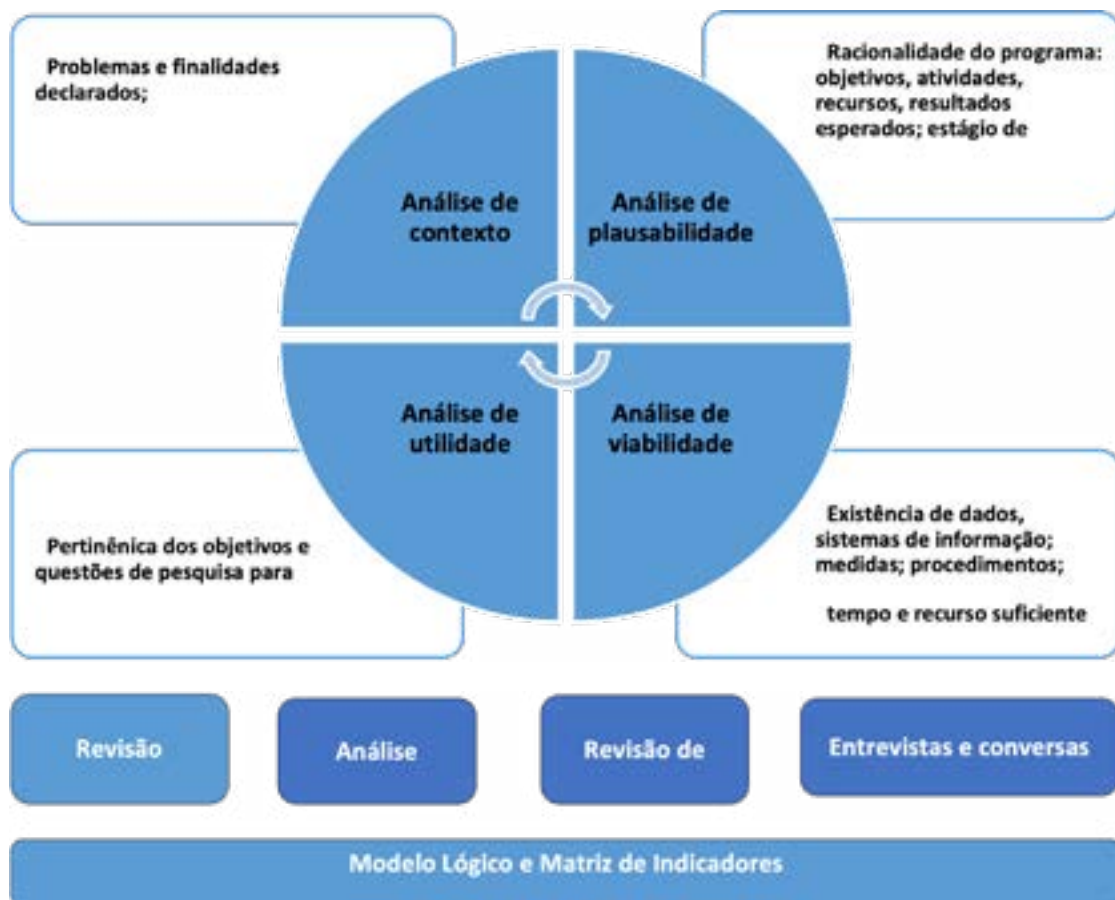
Consiste em explicitar as perguntas avaliativas e o uso que será dado aos resultados da avaliação. De modo a contribuir com a utilidade da avaliação, é importante favorecer o engajamento dos atores demandantes e futuros usuários da avaliação solicitada, desde o início do processo avaliativo.

### 4. Dimensões da avaliabilidade

Para responder às três questões iniciais acima, buscamos abordar três dimensões transversais da avaliabilidade, voltadas para descrever o que inspirou o programa (finalidade declarada, problemas ou questões aos quais o programa buscou resolver, políticas-irmãs e programas e políticas convergentes); como foi delineado o programa (objetivos, recursos, atividades, metas, produtos, resultados); e como funciona ou qual o desempenho do programa (Qual a cobertura do programa? Quais ações são realizadas? Que atores se envolvem? Quais atividades são as mais frequentes? Quais resultados são obtidos com essas atividades? Há atividades prioritárias? A gestão é intersetorial?).

Para responder às questões acima e propor a construção da matriz de indicadores, foi construído o percurso metodológico ilustrado pela figura a seguir.

Figura 1: Dimensões do estudo de avaliabilidade



Fonte: Elaboração própria, 2023.

## 2. Organização do Estudo de Avaliabilidade do Programa Saúde na Escola

No escopo deste estudo, de modo a responder às questões elencadas, foram desenvolvidas quatro frentes de trabalho:

### 2.1. Análise documental

A análise documental visa apoiar o estudo de avaliabilidade, contribuindo com o desenho do seu modelo lógico.

Nesse sentido, pretende:

- identificar os marcos normativos do Programa nas suas dimensões da gestão e da implementação;
- conhecer as características do Programa;
- analisar a existência de mudanças no Programa ao longo do tempo.

Foram definidos como elegíveis para a análise os diplomas normativos, em particular decreto e portarias interministeriais federais e do Ministério da Saúde referentes ao PSE e materiais técnicos disponíveis, como documentos de apoio produzidos pela equipe técnica do programa ao longo do tempo, além dos 24 produtos previamente contratados junto a consultores, pelo Departamento de Promoção da Saúde.

### 2.2. Revisão de escopo sobre os domínios avaliativos da efetividade de ações de promoção à saúde, prevenção primordial e primária e atenção à saúde de escolares da educação básica.

A revisão visa identificar diferentes desenhos de avaliação de efetividade, considerando o desenho do programa (intervenção), critérios de desempenho, informações disponíveis, perguntas explicitadas pelos estudos analisados e seus resultados. Os achados da Revisão poderão apoiar na definição do que entenderemos por efetividade nesta pesquisa avaliativa, em diálogo com os critérios de excelência existentes ou a serem estabelecidos para a avaliação do programa (o que se entende como critério de efetividade?), alinhados com as perguntas avaliativas prioritárias a serem respondidas.

### 2.3. Desenho do modelo lógico do Programa (ML)

Elaborado com base na busca e análise de modelos já existentes, nas oficinas com a participação da equipe e na análise realizada dos marcos normativos do PSE. A formulação do ML contribui para identificar, com clareza, os objetivos da avaliação junto aos interessados.

### 2.4. Conversa com informantes-chave

Com o objetivo de verificar a disposição dos atores e mobilizar os gestores e a equipe técnica envolvida com o programa no uso dos resultados da avaliação, foi realizada uma oficina junto aos gestores do PSE nos ministérios da Educação e da Saúde, bem como de seu corpo técnico, em 8 de julho de 2022, por meio da plataforma Teams. Nessa oportunidade, foram lançadas questões geradoras sobre a percepção dos participantes acerca do PSE em diferentes dimensões. As oficinas foram registradas, com o consentimento de todos, e as transcrições foram analisadas.

### 2.3. Considerações éticas

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília em 26 de agosto de 2022, CAAE 625477228 e aprovado, em 21 de setembro de 2022, pelo Parecer de número 5656695.

## 2.6. Síntese do percurso realizado

Este relatório parcial apresenta o resultado das atividades desenvolvidas para o cumprimento do primeiro objetivo específico do projeto<sup>5</sup>, relacionado à primeira etapa definida na Chamada. O Relatório está estruturado segundo os quadrantes de análise apresentados na Figura 1. Contém anexos com documentos complementares, incluindo as atividades preliminares, como complementação da equipe inicial e alinhamento, reuniões, oficinas e participações em eventos realizadas no período e o detalhamento metodológico, além dos produtos específicos, das várias frentes de trabalho, que resultaram na conclusão do estudo de avaliabilidade.

A seguir, o Quadro 1 sintetiza a percurso desenvolvido no período.

**Quadro 1 – Relação entre objetivo específico, etapa da pesquisa, estudos, metodologia utilizada e resultados**

Objetivo	Etapa	Estudos	Metodologia	Resultados
Descrever o funcionamento do programa.	Desenvolver análise crítico-reflexiva dos produtos das consultorias individuais, celebradas pelo Ministério da Saúde, que compõem o estudo da avaliabilidade do Programa Saúde na Escola.	Análise de contexto de criação do PSE.	Revisão histórico-conceitual; conversas com informantes chave análise documental;	Sistematização sobre o contexto de criação, problemas socio sanitários e demais políticas na origem e desenvolvimento do PSE.
		Análise de Plausibilidade.	Análise documental; conversas informais com informantes chave; oficinas de diálogo;	Proposta de Modelo lógico do programa, detalhamento das questões avaliativas.
		Análise de Viabilidade.	Análise documental; revisão de escopo.	Definição do significado de efetividade para a gestão intersetorial e para as ações do programa em 2021 e 2022. Proposta de Matriz de indicadores
		Análise de utilidade.	Oficinas de diálogo e reuniões regulares.	Acordo sobre questões e indicadores da pesquisa avaliativa

Fonte: Elaboração própria, 2023.

<sup>5</sup> Os objetivos específicos da pesquisa foram reorganizados pela equipe responsável, de modo a simplificar e melhor estruturar o plano de trabalho.

## 2. ANÁLISE DO CONTEXTO

### 1. A criação do PSE: um programa e suas circunstâncias...

Introduz-se esta análise comentando o número especial da *Revista Brasileira Saúde da Família*, de número 20, de outubro de 2008, voltado exclusivamente para o Programa Saúde na Escola. Considera-se esse documento revelador, pois lá foram registradas as inspirações, preocupações e, mais ainda, as crenças compartilhadas por formuladores e gestores que inauguraram o programa. Essa análise agregou, ainda, a leitura de documentos normativos técnicos do programa, informações do IBGE e referências bibliográficas.

Quando o Programa Saúde na Escola fez sua entrada formal na agenda política, em 2007, o Brasil já tinha reeleito o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva para seu segundo mandato. O país crescia, com aumento de 6,1% do PIB e o orçamento de 2007 para o Ministério da Saúde era de mais de R\$ 49,69 bilhões; 12,15% maior que o executado em 2006. Na educação, o percentual de investimento público direto no mesmo ano, em relação ao PIB, foi de 4,6%, o maior desde 2000. Até 2010, estimava-se atingir 26 milhões de alunos, com investimento de R\$ 800 milhões. Os dados atuais informam que, até 2010, o PSE atingiu 17.004.824 de alunos, se for considerada a soma de estudantes pactuados em 2008, 2009 e 2010 quanto aos investimentos; de 2008 a 2021, foram repassados 725 milhões de recurso ordinário do PSE (Fernandes *et al.*, 2022, p. 20). A despeito de não ter logrado alcançar as estimativas de cobertura e de investimento previstas em 2008, o programa impressiona por seguir através de ambos os mandatos do Governo Dilma, atravessar a era Temer e manter-se nos quatro anos de Bolsonaro. Seu alcance, implementação, foco e, principalmente, o lugar ocupado e o sentido atribuído nas pastas envolvidas na sua criação, transformaram-se ao longo dos seus mais de quinze anos de vida. O contexto atual do programa será analisado mais adiante, na pesquisa.

José Gomes Temporão era o Ministro da Saúde (2007-2011) e anunciou, em Recife, Pernambuco, que em breve as equipes de saúde da Família — que cobriam, então, 100 milhões de brasileiros — responsáveis pelo trabalho de promoção da saúde e prevenção fundamental trabalhariam junto com as escolas. Os médicos, enfermeiros e odontólogos examinarão as crianças pelo menos duas vezes ao ano: verificarão peso e altura, desenvolvimento conforme a faixa de idade, pressão arterial e acuidade visual e auditiva; além de atualizariam o calendário vacinal. Seriam, ainda, garantidos os exames oftalmológicos, o encaminhamento para especialistas, o acesso a óculos e implante coclear, se necessário, e a parte odontológica, tudo pelo SUS.

Nesse sentido, o PSE era percebido como uma alternativa mais sustentável de prover a saúde do escolar, pois, segundo o então coordenador Antônio Dercy Silveira Filho (Brasil, 2008, p. 12), a oferta de cuidado em saúde com equipes de médicos e dentistas contratados pelo MEC, atuando diretamente nas escolas, além do alto custo, não garantiam a continuidade do cuidado.

Estava presente o componente de atenção à saúde, possibilitando que as Unidades Básicas de Saúde atingissem o público infantojuvenil, de forma ativa e garantindo aos estudantes o acesso aos cuidados básicos que fossem capazes de contribuir para que acompanhassem com qualidade o ensino ofertado pelas instituições educacionais. Uma verdadeira “revolução”, na qual as crianças deste país teriam o respeito do governo, anunciavam o presidente da República e seu ministro da Saúde. A revolução, à qual se referia o Ministro Temporão em sua fala, parece remeter à proposta de atuação intersetorial, com o entrelaçamento das duas maiores e mais capilarizadas redes de serviço/presença estatal nos territórios: a educação básica e a atenção primária em saúde.

Mas o programa não se limitava à atenção primária e à prevenção fundamental. O PSE foi ancorado na disputa pela afirmação do paradigma promocional e da Estratégia de Saúde da Família, considerando as determinações e condicionalidades da saúde. Naquele momento, o tema da violência já ganhava destaque como uma das principais causas de morte dos jovens, principalmente os negros. Alimentação saudável, atividade física, informações sobre o tabagismo, o álcool e as doenças sexualmente transmissíveis, além da cultura da paz,

completavam as principais preocupações sanitárias regionais e globais.

O PSE foi gestado e acolhido no Departamento de Atenção Básica, na Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde; e na Diretoria de Educação Integral, Direitos Humanos e Cidadania da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação.

No centro desse encontro, estavam o desempenho escolar e o desenvolvimento infantojuvenil. Sem maiores predicativos, não seriam esses os objetivos originais se olharmos várias décadas de projetos de informação, capacitação, atenção nas escolas, capitaneados ora pela pasta da educação, ora pela saúde. Projetos higienistas, biomédicos, conteudistas, descontextualizados, verticalizados, pontuais, fragmentados. Mas repousavam ali, no PSE, alguns conceitos que, junto com a intersectorialidade e um sentimento partilhado de propósito, faziam toda a diferença. Começamos com a integralidade.

Na fala da diretora do Departamento de Atenção Básica de então, Claunara Schilling,

[...] Os profissionais das equipes da Saúde da Família, juntamente com os professores, têm o papel de ofertar condutas e intervenções eticamente aceitáveis, principalmente aumentando a capacidade de um ambiente escolar saudável [...] portanto, ao contrário da medicalização, o programa está centrado na promoção à saúde [...] É um projeto que respeita o que vem sendo construído nas duas redes sociais (educação e saúde) em busca do desenvolvimento integral dos alunos. [...] Partimos do pressuposto que saúde é fruto de boas condições de vida, de trabalho, educação, cultura e lazer, portanto trata-se de aumentar a oportunidade de novas relações entre alunos, cidadãos brasileiros e as políticas públicas com base na realização de ações intersectoriais. Nossa missão é construir um país com cidadãos responsáveis, aptos a viver a plenitude da vida com saúde e felicidade (Revista Brasileira Saúde da Família, 2008).

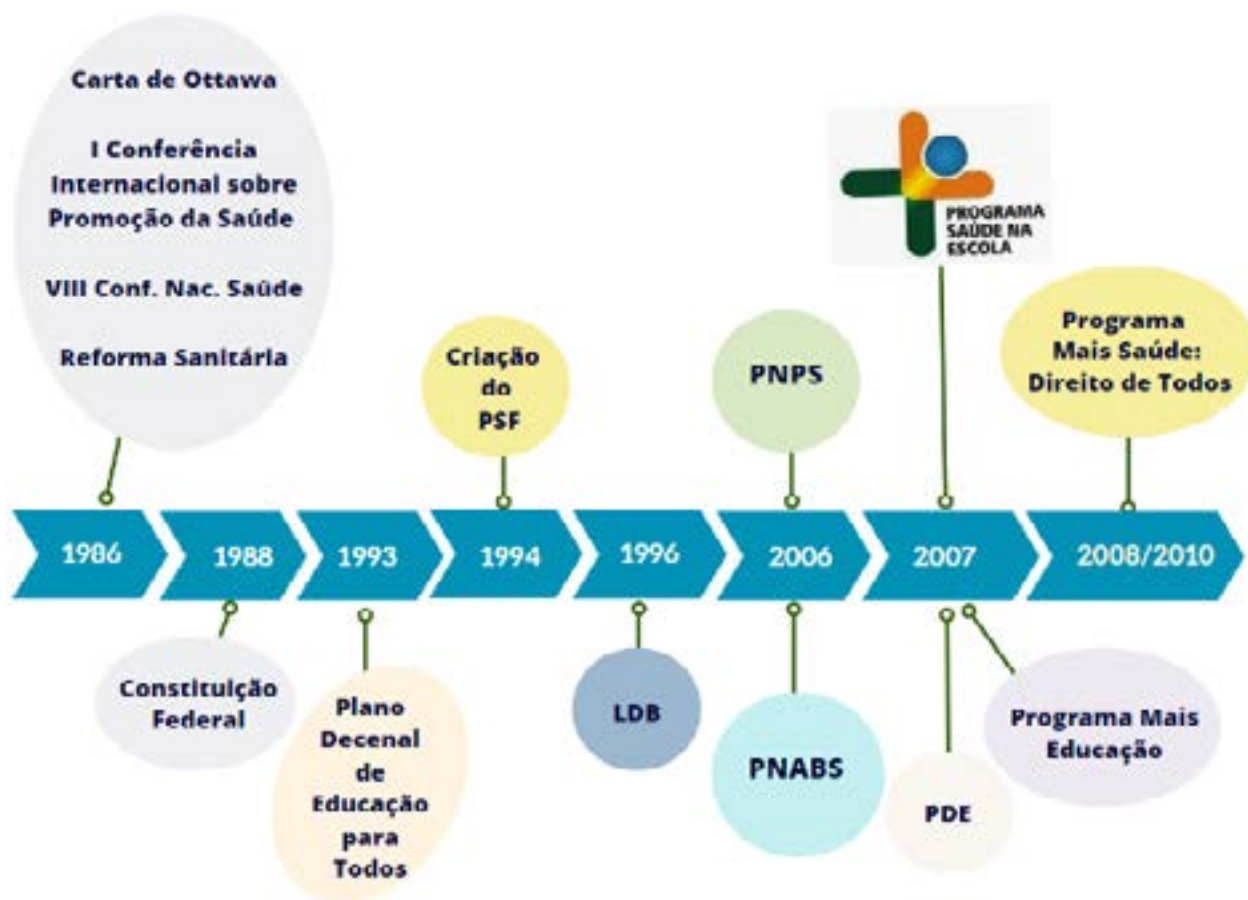
Da mesma forma, a coordenadora do Programa no MEC, Jaqueline Moll, comentava:

Nós estamos consolidando uma política de Educação Integral, induzida pelo Programa Mais Educação, que procura materializar as políticas de educação, atenção e desenvolvimento integral [...] Essas políticas partem da compreensão do desenvolvimento da criança considerada em sua inteireza física, motora, cognitiva, atitudinal, de convivência social [...] A ação intersectorial no campo da educação, aliada à saúde, nasce de uma demanda clara que é a construção de políticas para atender essa integralidade (Revista Brasileira Saúde da Família, 2008).

Cabe, ainda, chamar a atenção para o fato de que, além de alinhamento de propósito no que se refere ao papel do Estado na perspectiva da cidadania e de atuação no território, em ambos os setores existia um desejo de abertura, tanto na perspectiva da proatividade da estratégia de saúde da família, indo ao encontro dos estudantes nas escolas — “a grande inovação do PSE é implantarmos a partir do modelo brasileiro de atenção primária, que são as equipes de Saúde da Família” (Revista Brasileira Saúde da Família, 2008) — quanto na educação, onde o Programa Mais Educação mobilizava o movimento de abertura da escola. “Trata de uma compreensão sobre a ação no território, o espaço em que os usuários dos serviços públicos vivem” (Revista Brasileira Saúde da Família, 2008).



Figura 2 – Contexto da criação do PSE



Fonte: Elaboração própria, 2023.

O programa não nasce no vácuo. Além de andar de mãos dadas com o Mais Saúde<sup>6</sup> e o Mais Educação<sup>7</sup>, ambos criados no mesmo ano que o PSE, este surge no rastro de uma série de políticas associadas. A Figura 3 identifica alguns eventos relacionados a uma proposta de organização da atenção à saúde de inspiração “promocionista” e com o fortalecimento da atenção básica em saúde, que acabaram por tecer condições para o desenho de um programa como o PSE.

Em particular, chamamos a atenção para a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Trazia uma proposta de atenção primária à saúde abrangente e integral, com concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, em Alma-Ata, 1978, abordando necessidades de saúde tanto individuais como coletivas.

<sup>6</sup> Lançado em dezembro de 2007, trouxe mudanças importantes para o setor saúde, sustentadas pela qualificação da gestão em áreas como promoção, assistência, vigilância e complexo produtivo – entre outras metas definidas pelo Mais Saúde, como o fortalecimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a implementação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), a ampliação do programa Saúde na Família, a consolidação do complexo produtivo da saúde, entre outros avanços. Além, é claro, de um grande investimento na força de trabalho em saúde, na sua qualificação e expansão. ([https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_resultados\\_conquistas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_resultados_conquistas.pdf))

<sup>7</sup> O Programa Mais Educação, criado pela Portaria Interministerial nº 17/2007 e regulamentado pelo Decreto 7.083/10, constitui-se como estratégia do Ministério da Educação para indução da construção da agenda de educação integral nas redes estaduais e municipais de ensino que amplia a jornada escolar nas escolas públicas, para no mínimo 7 horas diárias, por meio de atividades optativas nos macrocampos: acompanhamento pedagógico; educação ambiental; esporte e lazer; direitos humanos em educação; cultura e artes; cultura digital; promoção da saúde; comunicação e uso de mídias; investigação no campo das ciências da natureza e educação econômica.

A promoção da saúde pode ser compreendida, simultaneamente, como uma experiência humana; uma construção/representação sociocultural e política; um processo/fenômeno/realidade para intervenção social; uma responsabilidade do Estado; e uma agenda internacional.

Começamos pela última asserção. Passado o otimismo do período pós-Segunda Guerra Mundial (desenvolvimento tecnológico e sistemas de saúde socialmente mais equilibrados), os países ricos deparam-se com a ineficiência/alto custo do modelo curativo, voltado prioritariamente para o atendimento individualizado e hospitalar, com foco na atenção terciária em curso e com a manutenção das desigualdades na saúde. Durante os anos 1970 e 1980, com a restrição de investimentos, crise econômica e retomada de vertente neoliberal no Ocidente, os sistemas de saúde e a Organização Mundial da Saúde questionam a eficiência do modelo vigente e discutem alternativas. O Relatório Lalonde (1974) e a I Conferência Internacional de Atenção Primária à saúde em Alma Ata (1978) abrem novas perspectivas, com foco em um conceito ampliado de saúde e a reestruturação do cuidado a partir da atenção primária. Um novo paradigma, mais abrangente e compreensivo para a saúde, começa a ganhar atenção, reunindo evidências sobre a multiplicidade de fatores sociais, ambientais, econômicos, culturais e políticos em jogo no processo saúde-doença (Buss, p. 5; Brasil, 1995).

O conceito de promoção da saúde foi formulado em 1986, durante a Conferência de Ottawa, e resultou na publicação da carta homônima, marco da discussão internacional sobre o assunto. As discussões refletem a busca por alternativas em “resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo” (OMS, 1986).

Na sequência, outras quatro Conferências internacionais, Adelaide (1988), Sundsvall (1991), e Jakarta (1997) e, ainda, Bogotá (1992), organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), delinearão com maior nitidez o conceito, diretrizes, problemas prioritários e ações estratégicas e levantaram a importância do engajamento intersectorial e da participação da comunidade como iminentes à promoção da saúde e outras dimensões incluídas, a exemplo da centralidade da sustentabilidade ambiental na sua intrínseca relação com a saúde, apresentada na Conferência de Adelaide.

Desde 1986, em Ottawa, cinco campos de ação foram definidos:

1. elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
2. criação de ambientes saudáveis;
3. reforço da ação comunitária;
4. desenvolvimento de habilidades pessoais; e
5. reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Segundo expresso na Carta de Ottawa, a promoção da saúde

[...] é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (Brasil, 1995, p. 11-12)

Na segunda metade do século XX, foram áreas de ação prioritárias da Promoção da Saúde o apoio à saúde da mulher, a alimentação e nutrição e a diminuição do consumo de tabaco e álcool. Tais agendas, de abrangência internacional, possuam, talvez, significados ou contornos diferentes daqueles que enfrentaríamos nas primeiras

décadas do século XXI mas, certamente, revelam pautas sociais de magnitude, como a fome e a desnutrição, a igualdade de gênero e a ampliação dos movimentos feministas, o impacto do modelo de produção e consumo no desenvolvimento de doenças não transmissíveis com alto custo para o sistema de saúde, como o câncer, ou mortes e morbidades decorrentes de acidentes causados por ingestão de álcool e direção automotiva, por exemplo.

Retomando 1986 e os conceitos e práticas de Promoção da Saúde (PS) apresentados na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, o Brasil, realiza a **8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)**, que foi a primeira conferência aberta para participação da sociedade, cujo relatório final serviu como base para a Constituição Federal de 1988, resultando na criação do **Sistema Único de Saúde (SUS)**. A CNS foi um grande marco da Reforma Sanitária Brasileira. Em 1990, a **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, é considerada a lei que **cria o SUS**.

Em 1991, surge o **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, iniciando a implantação de ações pelos estados do Nordeste e priorizando as ações da área materno-infantil. Essas experiências foram relevantes para o lançamento, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), que mantém estreita relação com o PSE. Em 1994, o **Programa Saúde da Família**

foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial. Pouco mais de dez anos depois, então como eixo norteador da base do SUS, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família, enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017” (Giovanela, L e Pinto, LF, 1905, 2018).

A educação, por sua vez, em 1993, elabora o **Plano Decenal de Educação para Todos** (Portaria nº 489, de 18 de março de 1993), uma demanda pós-**Conferência Mundial de Educação para Todos**, realizada em 1990, em Jomtien, Tailândia. O Plano Decenal incidirá no desenho da Lei nº 9.394, que estabelece as **diretrizes e bases da educação nacional** (LDB), promulgada em 20 de dezembro de 1996. Na Declaração mundial, derivada da Conferência de Jomtien, sobre educação para todos e plano para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem, são apresentados objetivos e propostas que anunciam uma visão mesclada entre preocupações instrumentais com a preparação dos jovens e crianças para terem espaço no mundo produtivo de uma “sociedade da informação” e uma visão de direitos humanos mais humanista e consciente das dimensões extracurriculares necessárias para o sucesso de promover habilidades de leitura de mundo a todos. Além de apontar nos seus objetivos o enriquecimento de valores culturais e morais comuns e promover a equidade, são explicitadas necessidades como propiciar um ambiente adequado à aprendizagem, compreendido como a garantia aos educandos, de nutrição, cuidados médicos, apoio físico e emocional essencial para que os educandos participem de sua educação e dela possam tirar benefícios (UNESCO, 1990). O Plano Decenal e a LDB de 1996 derivam dessa chamada global, ratificando, como na saúde, a interconexão das agendas globais e nacionais nas áreas econômica e social e fortalecendo a concepção da educação básica como fator de desenvolvimento humano, afirmada e ressignificada, posteriormente, em 2007, com o Mais Educação e o PSE.

Em 1998 e 1999, a Promoção da Saúde (PS) é institucionalizada no Ministério da Saúde mediante o **projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”**. Nessa mesma época, em decorrência do projeto, o Brasil foi destaque no contexto mundial da PS, na elaboração do Tratado Internacional para o Controle do Tabaco, desenvolvido no âmbito da OMS. Em 2002, o MS elabora a **Política Nacional de Promoção da Saúde**, que fomentou diversos documentos nas áreas de alimentação saudável, atividades físicas e violência no trânsito, a proposta de promoção da saúde na escola, entre outros. Em 2003, foi realizada a 12ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi *Saúde, direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos*, tendo como um dos eixos temáticos a intersectorialidade das ações de saúde.

Em 2006 é lançada, com a Portaria nº 687, de 30 de março, a **Política Nacional de Promoção da Saúde** no SUS,

que vocaliza formalmente a intenção governamental de acolher os marcos conceituais e políticos construídos no rastro das conferências e debates globais e locais em torno da promoção da saúde e da centralidade da atenção primária para a qualidade e o acesso da saúde como direito de todos.

No ano seguinte (2007), a **13ª Conferência Nacional de Saúde** teve como tema central *Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento* e um eixo temático, o pacto pela saúde, sinalizando a permanente construção em torno da implantação de outro modelo de atenção à saúde a partir de seu conceito amplo, da interdependência entre promoção, prevenção e acesso ao cuidado, atuação sobre as determinações sociais da saúde. Esse modelo implica a construção de políticas intersetoriais, com a participação da comunidade e a corresponsabilidade entre setores do governo e da sociedade, na perspectiva de promover a saúde como qualidade de vida e direito da sociedade brasileira.

Ainda nesse ano, tem-se dois marcos importantes na Educação, publicados em abril: **O Plano de Desenvolvimento da Educação** (PDE), instituído mediante a Resolução/CD/FNDE nº 9, de 24 de abril, que foi um conjunto de programas para melhorar a educação no Brasil, em todas as suas etapas; e o **Programa Mais Educação**, instituído pela Portaria Interministerial nº 17/2007, em 25 de abril, assinada pelos ministros da Educação, Cultura, Esportes e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e regulamentado pelo Decreto nº 7.083/2010. Uma estratégia do Ministério da Educação para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular na perspectiva da educação integral. As escolas das redes públicas de ensino deveriam desenvolver acompanhamento pedagógico e atividades em educação ambiental, esporte e lazer, direitos humanos, cultura e artes, cultura digital, promoção da Saúde, comunicação e uso de mídias, ciências da natureza e educação econômica.

Pode-se sugerir que o processo dentro do qual a criação de um programa como o Saúde na Escola foi possível remonta ao final da década de 1970, quando as diretrizes internacionais na área da saúde trazem as ideias globalmente discutidas sobre promoção da saúde, bem como sobre os seus determinantes e determinações e a resignificação da atenção primária, disputando alternativas de investimento e caminhos para a organização dos sistemas de saúde. No Brasil, particularmente no final dos anos 1980, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, o movimento sanitário, a promulgação da Constituição cidadã e a criação do Sistema Único de Saúde, são institucionalizados os alicerces de lutas históricas por direitos em nossa sociedade e ganha força a discussão sobre o conceito ampliado de saúde e sua promoção, como com a proposta de um novo modelo de atenção à saúde, com ênfase na Atenção Primária.

A percepção da importância da relação entre o PSE e a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica foi sustentada, recentemente, por uma gestora da Saúde, agente político do programa, em grupo focal realizado em 2022<sup>8</sup>, ao responder sobre quais políticas corroboram no processo de manutenção e ampliação do PSE dentro do MS:

Duas políticas bem estruturantes. A primeira é a política nacional de promoção da saúde, inclusive ela está na gestão do DEPROS, que tem total convergência com o PSE, tem na veia a intersetorialidade, o princípio mais importante do PNPS, a intersetorialidade. O segundo é a política nacional de atenção básica. Ela também tem toda convergência no que tange à nossa responsabilidade sanitária dentro do PSE, o princípio da Estratégia Saúde da Família, a atuação dessas equipes no território junto com as equipes da educação. A gente tem conseguido ao longo dos anos dar visibilidade ao programa, aos secretários e aos ministros. (GS1, informação verbal)

Mas, quando surge o PSE, a interlocução entre a educação e a saúde, em particular ações de saúde na escola, eram práticas há muito disseminadas, construindo experiências que povoavam a percepção e as práticas dos professores, profissionais de saúde e de toda a comunidade escolar envolvida com tais ações. A recomposição dessa história será abordada, brevemente, a seguir, pois constitui outro vetor das forças que possibilitaram a construção do programa.

<sup>8</sup> Oficina realizada por meio de plataforma TEAMS, em 08 de julho de 2022, reunindo quadros federais, para apresentação do projeto de pesquisa e escuta sobre expectativas visando subsidiar a definição das perguntas avaliativas.

Figura 3: Marcos Nacionais da Educação e da Saúde



Fonte: Elaboração própria, 2023.

## 2. Traços, florações e convivências: a sempre desafiadora relação entre a educação básica e a saúde

A relação entre saúde e educação é antiga e multifacetada, em particular, a realização de ações de saúde no ambiente escolar parte da premissa de que a escola teria “a potencialidade de atingir grande número de indivíduos e, dado seu caráter educativo, ser efetivo na mudança de comportamentos e hábitos” (Monteiro; Bizzo, 2015, p. 441). Registros sobre propostas que as associam, sob a égide do poder estatal, remontam ao final do século XVIII e se materializam no guia publicado pelo médico Alemão Johann Peter Frank, que abordava não apenas a saúde escolar, mas múltiplos aspectos sociais da relação saúde e doença. Tendo como pano de fundo um projeto de incrementar o crescimento populacional (Rosen, 1979 apud Figueiredo; Machado; Abreu, 2010), no que toca às ações voltadas exclusivamente aos escolares da época, o guia

[...] dispunha detalhadamente sobre o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais particularizando desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula. (Lima 1985, p. 80)

No Brasil, após a chegada da corte portuguesa, com um decreto de 1889, o Barão do Lavradio tentou regulamentar a Inspetoria das escolas públicas e privadas da Corte, sem grande êxito. Apenas no início do século XX, diante dos fluxos migratórios relacionados à cafeicultura, ao se debruçar sobre a grave crise na saúde pública com epidemias de febre amarela, alta incidência de malária, sífilis e hanseníase, além da peste bubônica e cólera, o Estado retoma a ideia da saúde escolar. O cenário apontava alta mortalidade infantil, que além das doenças transmissíveis, aconteciam em razão de desnutrição e diarreia e, ainda, doenças atualmente controladas, como o sarampo. (Figueiredo; Machado; Abreu, 2010, p. 398).

Lima (1985) avalia que a saúde escolar ou a higiene escolar resultou de três doutrinas: a polícia médica, inspirada no exemplo alemão acima referido, o sanitarismo e a puericultura. O modelo de saúde vigente propunha ações baseadas em medidas de asseio e higiene dos escolares, a fim de evitar doenças infectocontagiosas e comportamentos indesejáveis. Já no limiar do novo século, em 1918, são criados a Cátedra de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e o Instituto de Higiene (atual Faculdade de Saúde Pública), com parceria da Fundação Rockefeller. De modo que surge um tipo de ensino voltado para professores primários, agentes de saúde pública e técnicos de saúde pública, com base na ciência da higiene, além da produção de impressos. É interessante enfatizar que as ações de higiene escolar instituídas na primeira década do século XX ocorreram sob a égide da Educação. Tais ações, a partir de 1910, “visavam promover e vigiar o saneamento do ambiente escolar e a saúde das crianças, criando condições necessárias para a aprendizagem” (Collares; Moysés, 1985, p. 13).

Em 1922, mesmo ano da realização da Semana de Arte Moderna, é organizado o Departamento da Higiene Escolar, sob a direção do dr. Almeida Júnior, dois anos após a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. As ações do Departamento de Higiene Escolar terão como referência a teoria do hábito, fundada no conceito de plasticidade infantil (Mohr; Schall, 1992).

Sua ação (da escola) se exerce sobre o cérebro infantil ainda plástico, virgem de defeitos, e pode, por isso afeicoar-lhe a estrutura mental, orientá-lo, e inculcá-lhe um sistema duradouro de hábitos. Ela só é capaz [...] (Almeida Júnior, 1922, p. 51).

As atividades então desenhadas se inspiravam, igualmente, nas correntes da jovem ciência do comportamento humano, a psicologia, cujos princípios embasavam abordagens pedagógicas com foco nas metodologias ativas, veiculadas pelo Movimento internacional da Escola Nova, nacionalmente incorporado pelo Movimento dos Pioneiros da Educação.

A educação higienica bem entendida é um conjunto de hábitos, [...] e não se adquirem hábitos pela audição, pela leitura ou pela cópia de preceitos. Os hábitos resultam da permeabilidade das vias nervosas. É a ação que os gera. É a atividade continuada que os aperfeiçoa e os fixa. [...] Nenhum assunto merece mais do que a higiene os favores da metodologia. Nenhuma precisa tanto do ensino activo, pelo qual a criança investiga, descobre, critica e faz. (Almeida Júnior, 1922, p. 45)

Nos anos subsequentes, até a próxima década, na esteira do positivismo, das revoluções microbianas e do modernismo, são afirmadas intervenções sanitárias e o fortalecimento do papel do Estado sobre as questões sociais, com a criação, sob o primeiro governo Vargas, do Ministério da Educação e da Saúde, em 1930. As atividades de educação sanitária passaram a ser realizadas nas campanhas sanitárias, nas escolas e nos centros de saúde e propagavam conteúdos de puericultura com ênfase nos aspectos biológicos e na consciência sanitária individual. Essa abordagem para o enfrentamento dos agravos à saúde, menos policial e mais persuasiva, apostava na educação para a formação da consciência sanitária do indivíduo, de modo a agir na prevenção das doenças.

O eixo dessa nova orientação deslocou-se do policiamento para a educação e as ações sanitárias transferiram-se da população em geral para o indivíduo em particular. Com isso, na prática sanitária, o policiar as coisas – habitação, água, esgoto, lixo –, o vigiar a cidade ganhava um novo aliado- a persuasão do indivíduo, o uso das palavras para forjar no indivíduo a consciência sanitária, a prática sanitária definiu-se como policiar e persuadir. (Ribeiro, 1993, p. 95)

Em **1937**, ainda sob Vargas, foi sancionada a **Lei nº 378**, reorganizando o Ministério da Educação e Saúde Pública e instituindo, no mesmo ato, a **Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde**. Assim definiu a Lei no seu art. 90:

**Ficam instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde**, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o País, e orientá-lo na execução dos serviços locais da educação e de saúde, bem como na comissão do auxílio e da subvenção federais. (grifo nosso).

A continuidade da abordagem higienista se reflete na educação, sobretudo na **1ª Conferência Nacional de Educação**, em 1937 onde, segundo Abreu Jr. e Carvalho (2012), os discursos higienistas são utilizados para formar uma consciência higienista nacional voltada para o “progresso do país”, “instaurando a preocupação com a saúde física, mental e social da população” e para “persuadir” a sociedade brasileira com questões eugênicas presentes, desde as orientações para o controle da sexualidade dos jovens até orientações para os adultos sobre quem seria apto a se “reproduzir”, pensando em uma sociedade “perfeita”. Havia, ainda, a discussão sobre pessoas “anormais”, do ponto de vista físico, mental e moral, sendo recorrente o uso de termos como “retardados”, “anormais” ou “raça inferior”.

Em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), começaram a ser introduzidas novas técnicas de educação de grupos e de desenvolvimento para organização assistencial às comunidades. No campo da odontologia, particularmente, com origem e financiamento do modelo assistencial norte americano, denominado sistema incremental, se organizava a atenção à saúde exclusivamente para os escolares. A assistência, na maioria das vezes, se sobrepunha à prevenção e à educação em saúde. O sistema incremental perdurou por cinquenta anos como modelo hegemônico de organização do cuidado em saúde bucal. Somente a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), seguida da incorporação das equipes de saúde bucal no PSF em 2000, é que o sistema de saúde alcançou uma concepção e prática mais voltadas para a promoção da saúde.

Em meados do mesmo século, o modelo biologista com ênfase em aspectos como a desnutrição, os distúrbios neurológicos, auditivos e visuais, dentre outros, apontam o indivíduo como responsável por seu adoecimento, por seu corpo ser o hospedeiro de microrganismos causadores de doenças. Esse reducionismo do processo Saúde-doença a aspectos biológicos trará implicações para a educação sugerindo a medicalização do “fracasso escolar” como decorrência de incapacidades individuais na explicação de comportamentos indesejados ou não adaptados ao *ethos* escolar. Trata-se de um modelo sanitário de controle e disciplina dos corpos (Schall, 2005).

Em 1962, no governo João Goulart, foi aprovado pelo Conselho Federal de Educação o primeiro **Plano Nacional de Educação (PNE)**, um conjunto de metas quantitativas e qualitativas para serem cumpridas no prazo de oito anos. Destaca-se, por sua relação com a redução do analfabetismo e seu caráter democrático, a meta para o Ensino Primário que preconiza: “matrícula até a quarta série de 100 % da população escolar de 7 a 11 anos de idade e matrícula nas quinta e sexta séries de 70% da população escolar de 12 a 14 anos” (Teixeira, 1962).

Na década de 1970, durante a ditadura, o governo militar entendia que cabia à escola “contribuir para o desenvolvimento integral da criança durante o período escolar” (Marcondes, 1972). Com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, nº 5.692/1971, o Estado estipula a obrigatoriedade da educação em saúde

nas escolas brasileiras de 1º e 2º graus, em seu artigo 7º. Tal lei será regulamentada pelo parecer nº 2.264/1974 do Conselho Federal de Educação. A proposta segue afirmando que a aprendizagem deve se processar prioritariamente por ações, e não explicações. Cobia à escola tornar acessível o conhecimento científico e atualizar-se; estimular atitudes positivas e dinâmicas em relação à saúde, desenvolver habilidades necessárias para que promovam educação sanitária nas próprias famílias e em suas profissões futuras e manter contato permanente com a comunidade, escola sem muros (Marcondes, 1972). Ao mesmo tempo, a medicina escolar tinha como tônica a realização de exames físicos em massa, com revisões periódicas e campanhas educativas, direcionadas para a prevenção de algumas doenças.

Como já referido neste texto, em 1978, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) realiza, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a **I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, em Alma-Ata, no Cazaquistão, tem-se um importante marco histórico para a promoção da saúde com as conclusões e recomendações, indicando metas internacionais ligadas ao tema.

Grande parte dos programas de saúde escolar na América Latina e Caribe ainda se caracterizavam pela ênfase nas práticas higienistas, na prevenção de doenças transmissíveis, no tratamento de doenças e nos exames de triagem. A partir de meados dos anos de 1980, o espaço escolar começa a ser percebido como um campo da promoção da saúde, onde o trabalho educativo em saúde reflete dimensões advindas da democracia no Brasil e da luta pela cidadania. Tal processo agrega um conjunto de práticas educativas em saúde que disputam o espaço na rotina didático-pedagógica das escolas.

A partir de 1995, a Opas orientou o desenvolvimento de iniciativas regionais com enfoque mais amplo, que transcendessem métodos tradicionais, baseando-se na promoção da saúde. Nesse aspecto, no Brasil, a Lei nº 9.394/1996 estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional trazendo como princípio a vinculação entre a educação escolar e as práticas sociais. Os educadores foram incumbidos de colaborar com as atividades de articulação da escola com as famílias e a comunidade. Ao educando, propôs-se assegurar a formação comum indispensável para o exercício da cidadania.

Desde o lançamento formal, em 1995, das Escolas Promotoras de Saúde, as unidades escolares demonstraram bastante potencialidade como comunidades saudáveis. Contribuíram para a conquista de objetivos comuns em diferentes setores sociais, principalmente saúde e educação.

As Escolas Promotoras de Saúde buscaram fortalecer a capacidade dos setores saúde e educação para promoverem a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos escolares, pais, professores e outros membros da comunidade. A promoção da saúde nas escolas engloba a educação em saúde com enfoque integral, a criação de entornos saudáveis e a provisão de serviços de saúde. A saúde escolar tem, portanto, sua prática higienista e assistencialista questionada, na busca de avançar e ampliar a sua concepção e prática com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano. Nesse contexto, tendo em vista os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), a Saúde deve ser considerada um tema transversal dos currículos escolares.<sup>9</sup>

Como uma estratégia relevante de promoção da saúde no âmbito escolar, as Escolas Promotoras de Saúde representam um mecanismo articulado de esforços e recursos multissetoriais, orientados para o melhoramento das condições de saúde e bem-estar. Possibilita a ampliação das oportunidades para um aprendizado de qualidade, bem como um desenvolvimento sustentável para todos os indivíduos das comunidades educativas. Busca desenvolver, por meio de atividades educativas, conhecimentos e habilidades para o autocuidado e a prevenção das condutas de risco. Incentiva uma análise crítica, por parte da comunidade escolar, de seus valores, condutas, condição social e estilos de vida, fortalecendo as medidas que contribuem para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano. Estimula, dessa forma, a participação de todos os atores da comunidade escolar na tomada de decisões.

<sup>9</sup> Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) para o ensino fundamental, estabelecem conteúdos e orientações didáticas para as atividades integradas às áreas curriculares, aos temas transversais e ao cotidiano da vida escolar. O ensino da saúde é apresentado como um desafio para a educação, em que se busca uma aprendizagem transformadora de comportamentos/atitudes, para que estudantes possam desenvolver hábitos que motivem uma vida saudável. Ao educar para a saúde de forma contextualizada, o professor contribui para a formação de cidadãos capazes de atuarem em favor da coletividade.



No mesmo período, na década de 1990, diante dos desafios sanitários e sociais apontados pela epidemia do HIV-Aids, uma série de aportes do Banco Mundial ao Brasil, como os projetos Aids I, Aids II e Aids III, ensejaram investimentos importantes do governo brasileiro, inclusive em ações preventivas. Em apoio aos esforços da Coordenação Nacional de DST/Aids, visavam aumentar a capacidade de combater a epidemia de HIV/aids e reduzir o seu impacto. O valor total do Projeto Aids III era de US\$ 200 milhões, dos quais o Banco Mundial financiou US\$ 100 milhões e o Governo Federal, US\$ 100 milhões, com ações implementadas entre o 2º semestre de 2003 até 2006 (Monteiro; Villela, 2009).

Em 2003, é implementado o projeto Saúde e Prevenção na Escola (SPE), que teve como base o campo da prevenção do HIV/Aids e da gravidez adolescente, com apoio do Programa de HIV-Aids/MS, em diálogo com as noções de direitos humanos para lidar com o tema da sexualidade nas escolas, na perspectiva dos direitos reprodutivos e sexuais. O Projeto contou com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e do Unicef. Um marco na integração saúde e educação, por ser a escola o melhor espaço para a articulação das políticas relativas aos adolescentes e jovens, principalmente por poder contar com a participação dos vários sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde (Brasil, 2009).

A educação sexual promovida pelo SPE não se limitava à prevenção das DST e da gravidez precoce. Dizia respeito à sexualidade dos adolescentes, como discussões sobre gênero, diversidade sexual, álcool e outras drogas, protagonismo juvenil, entre outros temas. O SPE já previa, como estruturante, a parceria entre as pastas da saúde e da educação, com ênfase na participação social.

O projeto teve como elementos inovadores a disponibilização de preservativos nas escolas, a integração entre as escolas e as unidades básicas de saúde, respeitando a autonomia dos sistemas educacionais e das escolas, bem como a participação da comunidade no processo. (Brasil, 2006, p. 9)

Posteriormente, já em 2005, o Saúde e Prevenção nas Escolas propôs a criação dos grupos gestores intersetoriais nos níveis federal, estadual e municipal.

Em 2005, o “Saúde e Prevenção nas Escolas” (Projeto) foi reformulado. Novas estratégias foram definidas, entre elas: o monitoramento das escolas a partir da inclusão de um questionário específico no Censo Escolar; a incorporação de diretrizes para que as ações possam atingir alunos a partir das primeiras séries do ensino fundamental; o apoio a estados e municípios na constituição de 22 grupos gestores intersetoriais nas 27 UF; a realização de oficinas macrorregionais; o apoio a eventos regionais e a produção, impressão e distribuição de materiais educativos. (Brasil, 2006, p. 9)

Em dezembro de 2007, é instituído o **Programa Saúde na Escola**, orientado pelos referenciais teóricos da Política de Promoção da Saúde (PS), que se fundamenta nos princípios da intersectorialidade, da integralidade e da territorialidade e se materializa na parceria entre escola e unidade básica de saúde como espaço de convivência social.

O PSE traz consigo as experiências das Escolas Promotoras de Saúde, assim como do Saúde e Prevenção nas Escolas, que foi considerado como uma “ação” do componente dois do Programa, voltado para a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

A Figura 4, a seguir, resume as grandes correntes da educação da saúde na escola.

Figura 4: Modelos orientadores de ações de saúde na escola



Fonte: Elaboração própria, 2023.

### 3. O contexto como recurso, a história como espiral

A saúde escolar consiste em uma prática bastante difundida que parece ter relação com o papel do Estado diante das questões sociais ou, ainda, as relações sociais do processo saúde-doença. As ideias que permeiam a compreensão sobre esse processo e sobre os comportamentos humanos interferem no modo como a relação entre educação e saúde se constrói e se desenvolve no espaço escolar. As práticas preconizadas ao longo do tempo remetem ao desenvolvimento das ciências sociais, humanas e biológicas e apresentam intrincadas correlações com a cultura, o ambiente político e os recursos disponíveis em dado momento. Também é notória a dimensão internacional desse debate, em que agendas construídas em fóruns internacionais ou experiências de outros países servem, muitas, vezes como modelos para a construção de políticas, programas ou diretrizes governamentais.

### 4. Considerações

Ao observar o contexto capaz de gerar o Programa Saúde na Escola e a trajetória das ações de saúde na escola, cabe enfatizar alguns pontos:

1. O Programa foi criado no segundo governo Lula, em meio ao otimismo do desenvolvimento econômico, com melhoria de indicadores sociais e perspectivas de aumento gradual do investimento real público na saúde e na educação.
2. Cabe sinalizar a internacionalização das agendas da saúde e da educação, nas quais investimentos, pautas multilaterais e agendas compartilhadas marcam, principalmente a partir da segunda metade do século XX, compromissos do Governo Brasileiro no que refere à realização de ações de saúde nas escolas.
3. O PSE é um programa que refletiu, em seu momento de criação, a vontade técnico-política de

abertura dos equipamentos escolares e de atenção básica para o território, onde a ampliação do Programa Saúde da Família e de programas como o Mais Educação e o Mais Saúde foram fatores críticos para sua implantação.

4. Ações anteriores ao PSE eram, em sua grande maioria, a exceção das Escolas Promotoras de Saúde e do SPE (2003), setorializadas, ora provenientes da Educação, ora da Saúde.
5. O Programa pôde incorporar traços de experiências anteriores, como as Escolas Promotoras de Saúde e o Saúde e Prevenção nas Escolas, no que diz respeito à proposta de uma estrutura de governança intersetorial e desenvolvimento de ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde.
6. O PSE foi o primeiro programa institucionalizado por decreto intersetorial e com previsão de repasse de incentivo fundo a fundo para as ações da atenção primária em saúde nas escolas.
7. Interessante notar que nem sempre a Saúde protagonizou as iniciativas da saúde no ambiente escolar. O setor saúde assume uma ação mais proeminente a partir da década de 1990, com a propostas das Escolas Promotoras de Saúde e da situação do HIV-aids, promovendo aportes para ações preventivas, inclusive nas escolas; logo não é evidente ou “natural” que a saúde seja a pasta mais ativa ou com maior poder nesse campo ou até mesmo com maiores interesses em jogo.
8. Os modelos higienista, biomédico, incremental e promocional, a intersetorialidade, a integralidade, as abordagens pedagógicas ativas, ou seja, as bases conceituais e teóricas tanto no campo da saúde como no campo da educação, apresentam inovações que parecem não excluir do universo das práticas possíveis, os modelos anteriores. Assim, mais do que observar uma evolução linear das abordagens nessa área, é possível perceber, junto às experiências concretas, um emaranhado de sentidos em que tais experiências se tocam, mesclam ou coabitam.
9. A promoção da saúde, desde Ottawa, foi desenvolvida sob perspectivas diferentes: a partir do foco na prevenção de doenças e transformação de comportamentos, de escopo individual, ou na perspectiva da ação sobre as determinações da saúde, em que o foco maior reside na participação e na ação do sujeito coletivo.
10. O PSE atravessou cinco governos, sugerindo seu reconhecimento como dispositivo, a custo razoável, para alcançar a população infanto juvenil no que toca, em particular, as políticas de saúde.
11. A análise dos elementos que embasaram a criação do programa contribui para melhor compreender os pontos fortes e os desafios de sua implementação ao longo do tempo.

### 3. ANÁLISE DE PLAUSABILIDADE

Nesta etapa do estudo de Avaliabilidade, cabe descrever o funcionamento do programa, considerando os objetivos explicitados, os recursos investidos para seu alcance, bem como as atividades planejadas e executadas. Além de uma abordagem descritiva, serão analisados dados de monitoramento da implementação. Nesse processo, a partir da análise documental, bem como da análise de dados e revisão bibliográfica, espera-se compreender a racionalidade do programa e problematizar sua implementação a partir dos dados disponíveis.

Como produtos da análise de plausibilidade, apresentaremos a validação do modelo lógico que servirá de base para a construção das questões avaliativas, e a proposta dessas questões. Com isso, o processo avaliativo deverá ser respaldado na construção de um modelo capaz de refletir as condições reais de funcionamento do programa, agora, sem ignorar a dimensão histórica que conforma e nutre tais condições.

#### 1. Finalidade e objetivos: Saúde na Escola, um programa de promoção da saúde?

Segundo Potvin e McQueen (2008), um programa pode ser definido como “uma forma de planejar e organizar a ação coletiva que busca produzir transformações desejáveis”<sup>10</sup> (p. 33, tradução nossa). Situamos, assim, a análise de um programa não apenas na sua racionalidade técnica, fundamentada pelo arcabouço teórico que produziu seu desenho, mas como uma ação social, permeada por interações entre atores distintos, com dimensões múltiplas de compreensão e interesses nos momentos de formulação e de implementação da proposta.

Objetivos constituem declarações basilares sobre as intencionalidades de uma ação. No caso dos objetivos de um programa, consistem em um tipo de constructo mediador que externaliza as intenções resultantes de negociações anteriores, entre os atores envolvidos no processo de formulação, e as enuncia como eixo de sustentação para orientar as atividades e os investimentos propostos.

A análise dos objetivos de um programa remete, em primeiro lugar, ao seu contexto de criação. Modificações nos objetivos denotam repactuações e referem-se a transformações no contexto socio-sanitário e político, no arcabouço técnico científico e, ainda, nas microinterações singulares aos atores políticos em ação nesse processo.

A finalidade de um programa consiste em declaração de âmbito mais filosófico, que remete a valores, contribuindo para a compreensão sobre priorização e delineamento dos problemas para os quais a ação se dirige, a partir de um conjunto de pressupostos dentro de um sistema de ideias abrangentes. Para Libâneo (2019), ao analisar as finalidades da educação básica no contexto do neoliberalismo,

As finalidades indicam [...], uma orientação filosófica e valorativa, elas “explicitam os valores escolhidos e que dão fundamento à organização do sistema educativo” (Lenoir, 2016), diferentemente de objetivos que se referem a resultados mais precisos, circunscritos, voltados a ações concretas delimitadas para certo período, inclusive operacionalizados em metas quantificáveis. (Libâneo, 2019, p. 35)

A análise da finalidade e dos objetivos do PSE possibilita situar tais declarações no seu contexto teórico-conceitual e histórico e, ainda, investigar em que medida as ações e atividades previstas e realizadas no programa correspondem à finalidade e aos objetivos declarados. Também buscamos perceber se houve mudança na enunciação dos objetivos e finalidades ao longo do tempo.

Com a finalidade de explorar a enunciação da finalidade e dos objetivos do PSE, analisamos 87 documentos, dentre os quais portarias setoriais e interministeriais, materiais de apoio, como cadernos, orientações e diretrizes temáticas, notas técnicas, e pregões<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Livre tradução da autora: “... we define a program as a mode of planning and organisation for collective action that aims at producing a desirable transformation.”

<sup>11</sup> Embora o inventário tenha abordado também 4 recursos educacionais abertos, totalizando um corpus de 91 documentos, decidimos não analisar os REA com relação à declaração de objetivos e finalidade.

Quadro 2: Natureza dos documentos analisados

Tipo de documento	Quantidade
Decreto	1
Portarias Interministeriais MEC/MS	9
Portarias MS	37
Notas Técnicas	4
Pregões eletrônicos	3
Materiais de Apoio	33
Total	87

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Iniciamos a análise pelo Decreto Intersectorial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa. O decreto é composto por nove artigos. O primeiro diz respeito à sua finalidade; o segundo aos seus objetivos; o terceiro às diretrizes; o quarto às ações; o quinto remete às competências dos ministérios da Saúde e da Educação; o sexto artigo refere-se ao monitoramento e à avaliação; o sétimo às dotações orçamentárias; o oitavo à pactuação interfederativa; e o nono à data de sua vigência.

Finalidade e objetivos do Programa Saúde na Escola, segundo o documento instituinte, são enunciados nos artigos primeiro e segundo:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com 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.

Art. 2º São objetivos do PSE:

I - Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - Articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de

informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Enquanto a análise dos objetivos aponta para atividades passíveis de aferição, denotando problemas específicos, a declaração de finalidade remete para um postulado, seja, no caso do Programa saúde da Escola, o pressuposto de que a escola é um espaço-tempo voltado para a formação integral.

A *formação integral* constitui um conceito ancorado no paradigma de uma educação humanista, com ênfase no desenvolvimento de todas as dimensões da criança e do jovem e do seu direito à participação com igualdade de oportunidades na vida coletiva. Legado do pensamento de Anísio Teixeira, Paulo Freire e Darcy Ribeiro, entre outros, defende o dever do Estado em garantir educação pública, laica, republicana e de qualidade para todas as crianças e jovens, em resposta às demandas das classes sociais em situação de vulnerabilidade, que demandam mais creches, mais educação infantil, mais tempos espaços na educação para seus filhos (Arroyo, 2012, p. 34-35), diante dos desafios de nossa sociedade caracterizada como “do conhecimento”. Valoriza a construção dos diferentes aspectos ou dimensões do ser humano, o cognitivo, o estético, o ético e o afetivo-social. A formação ou a educação integral considera que “os processos mais elementares de humanização, de apreender a produção intelectual, ética, cultural, função central da escola e da docência, estão condicionados a esses direitos mais básicos à vida-corpo-espaço-tempos humanos” (Arroyo, 2012, p. 40).

Tal perspectiva, que também defende a reflexividade crítica como elemento basilar a ser construído por meio do diálogo entre saberes e seres em contexto, busca

imaginar e praticar uma educação cujo sentido seja o de recriar continuamente comunidades aprendentes geradoras de saberes e, de maneira crescente e sem limites, abertas ao diálogo e à intercomunicação. A educação não gera habilidades, ela cria conectividades e o que há de instrumental e utilitário nelas é apenas a sua dimensão mais elementar. (Brandão, 2012, p. 61)

Nesse sentido, à educação integral se contrapõe a uma educação tecnicista, focada prioritariamente na instrução e capacitação, voltadas às exigências do mercado de trabalho, uma escola instrumental e utilitária, como observa Carlos Brandão na citação acima. Tal embate remonta há muitas décadas, embora precise ser compreendido segundo as cores de cada contexto e momento histórico.

A finalidade enunciada do PSE no momento de sua criação, refletia a resignificação política dessa abordagem educacional, na perspectiva do dever do Estado Republicano e democrático em garantir direitos, em particular o acesso à educação e à saúde para as populações em situação de vulnerabilidade social.

Ancorava-se, ainda, como visto na análise de contexto, em referenciais de pensamento, como a teoria da complexidade (Morin, 2005), o conceito positivo de saúde (Almeida Filho; Andrade, 2009), o modelo promocional e as determinações sociais da saúde (Buss, 2009), conformando o caldo epistêmico, sociocultural e político que banhava e conduzia a outros desenhos de políticas públicas, na interface dos campos da educação e da saúde.

Quanto aos objetivos do PSE, foram categorizados neste texto, segundo os objetivos e princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014<sup>12</sup>e, ainda, em diálogo com os cinco campos de ação apresentados em Ottawa (1986)<sup>13</sup>. No âmbito deste estudo, nos pareceu importante verificar em que medida o PSE pode

<sup>12</sup> A PNPS adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade” (p. 11).

Objetivo geral: Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Objetivos específicos:

I. Estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articulada às demais redes de proteção social. II. Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação

ser considerado como um programa de promoção da saúde, considerando seus objetivos e finalidade. Foram analisados documentos diversos, além do decreto de criação do programa, em particular os materiais de apoio nos quais foram encontradas enunciações sobre objetivos complementares àqueles sete enunciados no decreto.

Foi realizada análise de conteúdo a partir de categorias dedutivas, de acordo com as referências já apresentadas anteriormente. A análise dos 33 materiais de apoio revelou que a maior parte dos objetivos do PSE encontra-se no escopo da promoção da saúde. Porém alguns objetivos foram classificados como de prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis e um como voltado para ampliar o acesso à saúde, dentro de categoria indutiva “Mais saúde”. A Figura 5, a seguir, sintetiza a categoria promoção da saúde e 12 subcategorias encontradas.

Figura 5: Categoria Promoção da saúde e subcategorias



Fonte: Elaboração própria, 2023.

e no controle social, a fim de reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, respeitando as diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e a identidade de gênero; entre gerações; étnico-raciais; culturais; territoriais; e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais. III. Favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade; o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável. IV. Promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios. V. Apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver. VI. Valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares. VII. Promover o empoderamento e a capacidade para a tomada de decisão, e também a autonomia de sujeitos e de coletividades, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida. VIII. Promover processos de educação, de formação profissional e de capacitação específicos em promoção da saúde, de acordo com os princípios e os valores expressos nesta Política, para trabalhadores, gestores e cidadãos. IX. Estabelecer estratégias de comunicação social e de mídia direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e das ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis. X. Estimular a pesquisa, a produção e a difusão de conhecimentos e de estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde. XI. Promover meios para a inclusão e a qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e de inquéritos, permitindo a análise, o monitoramento, a avaliação e o financiamento das ações. XII. Fomentar discussões sobre os modos de consumo e de produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e com os valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde. XIII. Contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrassetoriais com as agendas nacionais e internacionais.

<sup>13</sup> Desde 1986, em Ottawa, cinco campos de ação foram definidos

1. Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2. Criação de ambientes saudáveis; 3. Reforço da ação comunitária; 4. Desenvolvimento de habilidades pessoais; e 5. Reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

As subcategorias mais frequentes foram “desenvolvimento integral” e “redução das vulnerabilidades”, presentes no decreto e diversos materiais de apoio.

- Art. 2º, III: contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos” (Decreto Presidencial 2007).
- Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola – PSE, com **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 (Decreto, presidencial nº 6.286, 2007).
- Fruto do esforço do governo federal em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Nesse contexto, **as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público”** (Material de Apoio, Passo a Passo, PSE, tecendo caminhos da intersectorialidade. Série C. Projetos, programas e relatórios, 2011, p. 5).
- Contribuir para o fortalecimento de ações que integrem as áreas de Saúde e Educação no enfrentamento de vulnerabilidades e que ampliem a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação das iniciativas **para alcançar o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de educação básica** e que apoiem o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada” (Caderno de Saúde ocular, 2016).
- “O Programa Saúde na Escola (PSE) é intersectorial, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5/12/2007. Visa contribuir para o fortalecimento de ações que integrem as áreas de Saúde e Educação no enfrentamento de vulnerabilidades e que ampliem a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação das iniciativas **para alcançar o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de educação básica** e que apoiem o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada (Caderno de Saúde Bucal, 2016, Página 7, parágrafo 2º).
- “O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma estratégia intersectorial da saúde e da educação, **voltada ao desenvolvimento integral do educando e do território de responsabilidade compartilhada por escolas e unidades de saúde”** (Caderno de Educação Ambiental, 2015).
- “O PSE foi desenhado para fortalecer a integração de políticas públicas, em destaque a saúde e a educação. O programa é uma estratégia de articulação intrasetorial e intersectorial **capaz de propiciar o pleno desenvolvimento do estudante por meio de ações de promoção à saúde e prevenção a doenças e agravos à saúde**, assim como articular o usufruto dos direitos de políticas públicas pelos estudantes (Caderno do Gestor 2022).
- “V - Fortalecer o **enfrentamento das vulnerabilidades**, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar” (Decreto Presidencial Interministerial, 2007).
- **“Contribuir para o fortalecimento de ações que integrem as áreas de Saúde e Educação no enfrentamento de vulnerabilidades** e que ampliem a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação das iniciativas para alcançar o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de educação básica e que apoiem o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada” (Caderno de saúde ocular, 2016).
- “O Programa Saúde na Escola visa **contribuir para o fortalecimento de ações que integram as áreas de Saúde e Educação no enfrentamento de vulnerabilidades [...]**” (Documento



orientador de monitoramento, 2017).

- “o Programa Saúde na Escola (PSE), programa essencialmente intersetorial, instituído pelo Decreto Presidencial n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007, **visa contribuir para o fortalecimento de ações que integrem as áreas de saúde e de educação no enfrentamento de vulnerabilidades** e que ampliem a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação das iniciativas para alcançar o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de educação básica, e que apoiem o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada. (página 4; parágrafo 3º, Apoio, Caderno doenças negligenciadas, 2022).
- “Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE), programa essencialmente intersetorial, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, **visa contribuir para o fortalecimento de ações que integrem as áreas de saúde e de educação no enfrentamento de vulnerabilidades** e que ampliem a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação das iniciativas para alcançar o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de educação básica, e que apoiem o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada” (Página 4, parágrafo 3º, Caderno temático saúde bucal, 2022).
- “O Programa é uma estratégia intersetorial entre Ministério da Saúde e da Educação, com **objetivo de promover a atenção integral à saúde dos estudantes da rede pública de educação básica** por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. **Neste contexto, as Políticas de Saúde e Educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público**” (Brasil, MS, 2014, Nota Técnica Conjunta nº 56/2014 de 29 de abril de 2014, p. 1-2).

Outra subcategoria importante, foi aquela que reuniu menção à intra e intersetorialidade, que pode ser relacionada à reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

- Art.2º “II- **articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública**, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis” (Decreto Presidencial nº 6.286, 2007).
- O PSE **foi desenhado para fortalecer a integração de políticas públicas, em destaque a saúde e a educação. O programa é uma estratégia de articulação intrassetorial e intersetorial** capaz de propiciar o pleno desenvolvimento do estudante por meio de ações de promoção à saúde e prevenção a doenças e agravos à saúde, assim como articular o usufruto dos direitos de políticas públicas pelos estudantes (Caderno do Gestor 2022).
- “o Programa Saúde na Escola (PSE), programa essencialmente intersetorial, instituído pelo Decreto Presidencial n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007, **visa contribuir para o fortalecimento de ações que integrem as áreas de saúde e de educação** no enfrentamento de vulnerabilidades **e que ampliem a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação das iniciativas** para alcançar o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de educação básica, **e que apoiem o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada** (página 4; parágrafo 3º, Caderno doenças negligenciadas, 2022).
- O PNI, conjuntamente com o PSE, busca **promover a integração e a comunicação entre UBS e escolas, de forma a ampliar o alcance de suas ações relativas aos educandos e suas famílias**, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis, articulando entre

diversos setores e instituições, de todas as esferas de gestão, para a adoção de estratégias de vacinação (Caderno Temático de Verificação da Situação Vacinal, 2022).

- “A ação de saúde auditiva no âmbito do PSE **consiste na formação de rede intersetorial com integração entre os setores de educação e saúde, capacitação de educadores e comunidade;** observação dos aspectos que envolvem a audição, linguagem e fala como indicadores do desenvolvimento infantil e aplicação do instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para detecção de possíveis sinais de alterações auditivas (Orientações gerais, Promoção da saúde auditiva).

Promover a equidade por meio do acesso a direitos, também foi objetivo do programa.

- Art.2º“IV - **contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos**” (Decreto Presidencial, 2007).
- O PSE foi desenhado para fortalecer a integração de políticas públicas, em destaque a saúde e a educação. O programa é uma estratégia de articulação intrasetorial e intersetorial capaz de propiciar o pleno desenvolvimento do estudante por meio de ações de promoção à saúde e prevenção a doenças e agravos à saúde, assim como **articular o usufruto dos direitos de políticas públicas pelos estudantes** (Caderno do Gestor, 2022).
- A proposta do PSE é de **atuar na promoção e educação em saúde comprometidas com a garantia e ampliação de direitos, a prevenção à violações desses direitos** e o cuidado e atenção aos estudantes. Por meio de ações que compartilham saberes e práticas nos processos permanentes de educação em saúde, o PSE pretende **fomentar o reconhecimento entre sujeitos, gerando sentimento de pertencimento mútuo entre os agentes dos equipamentos públicos, em particular a escola e a unidade de saúde, a comunidade e os educandos.** (Caderno de Direitos Humanos, 2015, página 2; parágrafos: 1º, 4º e 5º).

A criação de ambientes saudáveis poderia ser considerada característica intrínseca ao PSE, na perspectiva das escolas promotoras de saúde, apareceu, algumas vezes, como objetivo vinculado a outros objetivos mais específicos, como no caso da eliminação de focos do mosquito *Aedes aegypti* ou na escolha de alimentação saudável.

- “Vocês conhecerão experiências de ações de identificação e eliminação dos focos do mosquito *Aedes aegypti*, associadas a atividades de educação em saúde ambiental **para a promoção de ambientes saudáveis**, que estão sendo desenvolvidas pelo Brasil afora. São grandes os desafios a enfrentar quando se procura direcionar as ações para a melhoria da qualidade e das condições de vida, por isso precisamos investir na formação de comportamentos favoráveis à saúde e ao bem-estar desde a infância. [...] A educação em saúde ambiental tem papel fundamental na promoção da saúde, na construção de ambientes saudáveis e na formação de hábitos e atitudes sustentáveis, visando a melhoria da qualidade de vida das comunidades e a proteção à saúde humana” (Caderno de anotações relato experiências da Semana Saúde na Escola, 2016).
- “[...] é preciso **discutir a constituição de um ambiente gerador de práticas saudáveis e que favoreça escolhas saudáveis**, extrapolando o espaço de sala de aula e que incorporem o diálogo com as famílias e o território onde vivem os educandos. [...] promover saúde e qualidade de vida, influenciando na formação desses hábitos saudáveis e no desenvolvimento de habilidades para cuidar da saúde e prevenir práticas que a coloquem em risco [...]” (Caderno SAN e PAAS, 2015).

Construir conhecimento e compartilhar informações são também objetivos específicos da promoção da saúde e do PSE, junto à comunidade escolar, incluindo estudantes e profissionais da educação e da saúde, na perspectiva da educação permanente.

- Art. 2º“VI - **promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações** sobre as condições de saúde dos estudantes” (Decreto Presidencial 2007).
- **“apoiar o processo formativo dos profissionais de saúde e educação** de forma permanente e continuada [...]” (Documento orientador do monitoramento, 2017).
- “o Programa Saúde na Escola (PSE), programa essencialmente intersetorial, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, **visa contribuir para o fortalecimento de ações que integrem as áreas de saúde e de educação no enfrentamento de vulnerabilidades e que ampliem a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação das iniciativas para alcançar o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de educação básica, e que apoiem o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada** (página 4; parágrafo 3º, Caderno doenças negligenciadas, 2022).

A melhoria da qualidade de vida também foi objetivo do PSE.

- “Fruto do esforço do governo federal em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira” (Material de Apoio, Passo a Passo, PSE, tecendo caminhos da intersectorialidade. Série C. Projetos, programas e relatórios, 2011, p. 5).
- “Vocês conhecerão experiências de ações de identificação e eliminação dos focos do mosquito *Aedes aegypti*, associadas a atividades de educação em saúde ambiental para a promoção de ambientes saudáveis, que estão sendo desenvolvidas pelo Brasil afora. São grandes os desafios a enfrentar quando se procura direcionar as ações para a melhoria da qualidade e das condições de vida, por isso precisamos investir na formação de comportamentos favoráveis à saúde e ao bem-estar desde a infância. [...] A educação em saúde ambiental tem papel fundamental na promoção da saúde, na construção de ambientes saudáveis e na formação de hábitos e atitudes sustentáveis, visando a melhoria da qualidade de vida das comunidades e a proteção à saúde humana” (Caderno de anotações relato experiências da Semana Saúde na Escola, 2015).
- “[...] promover saúde e qualidade de vida, influenciando na formação desses hábitos saudáveis e no desenvolvimento de habilidades para cuidar da saúde e prevenir práticas que a coloquem em risco [...]” (Caderno SAN, PAS, 2015).
- “Favorecer a vivência das práticas corporais nos territórios compartilhados entre educação e saúde exige considerar, pelo menos, a diferença de idade, a pertinência das práticas propostas para o universo das crianças, adolescentes, jovens e adultos daquela comunidade; a variedade destas práticas corporais, além da questão de gênero” (Caderno de Práticas Corporais, 2015).

Dois outros atributos da promoção da saúde, a participação comunitária e a vinculação com o território, também foram declarados como objetivos do programa.

- “A proposta do PSE é de atuar na promoção e educação em saúde comprometidas com a garantia e ampliação de direitos, a prevenção à violações desses direitos e o cuidado e atenção aos estudantes. Por meio de ações que compartilham saberes e práticas nos processos permanentes de educação em saúde, o PSE pretende **fomentar o reconhecimento entre sujeitos, gerando sentimento de pertencimento mútuo entre os agentes dos equipamentos públicos, em particular a escola e a unidade de saúde, a comunidade e os educandos**” (Caderno de Direitos ahaumanos, 2015, página 2; parágrafos 1º, 4º e 5º).
- Art.2º “VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo” (Decreto Presidencial 2007).

- “O PSE constitui-se em uma estratégia que procura **fomentar a gestão coletiva das ações de Saúde e Educação a partir da participação de profissionais da Saúde, da Educação**, dos educandos e na comunidade, no território onde convivem! (Brasil, MS, Caderno Gestor, 2015, p. 25).
- “Este guia contém **sugestões de atividades para serem desenvolvidas não apenas durante a Semana Saúde na Escola, mas ao longo do ano letivo**. A proposta do guia é fornecer um conjunto de atividades capazes de estimular e enriquecer o trabalho educativo dos profissionais de saúde e de educação, sendo seus princípios a promoção e a prevenção de agravos à saúde. O objetivo principal da Semana Saúde na Escola é dar início a uma mobilização temática prioritária de saúde que deverá ser trabalhada ao longo do ano letivo nas escolas. Seus **objetivos específicos visam** a: a. Fortalecer ações prioritárias de política de governo, no âmbito da Saúde e da Educação. b. Socializar as ações e os compromissos do Programa Saúde na Escola (PSE) nos territórios. c. Fortalecer os Sistemas de Monitoramento e Avaliação do PSE (E-SUS/Simec) como sistemas de informação, de gestão, de monitoramento e de avaliação do PSE e da saúde dos educandos. d. Incentivar a integração e a articulação das redes de educação e atenção básica. e. Fortalecer a comunicação entre escolas e equipes de Atenção Básica. f. Socializar as ações desenvolvidas pelas escolas. g. Fomentar o envolvimento da comunidade escolar e de parcerias locais. h. Mobilizar as Redes de Atenção à Saúde para as ações do PSE (Brasil, Ministério da Saúde, 2014, Guia de Sugestões de Atividades - Semana Saúde nas escolas).

Visar à detecção oportuna de doenças ou agravos à saúde, pode ser considerado um objetivo de vigilância ou prevenção primária, enquanto dimensões conexas à promoção da saúde individual ou coletiva.

- A ação de saúde auditiva no âmbito do PSE consiste na formação de rede intersetorial com integração entre os setores de educação e saúde, capacitação de educadores e comunidade; observação dos aspectos que envolvem a audição, linguagem e fala como indicadores do desenvolvimento infantil e aplicação do instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde **para detecção de possíveis sinais de alterações auditivas** (Orientações gerais, Promoção da saúde auditiva).

Promoção da cultura de paz e de atividades físicas são objetivos da PNPS (2014) e do PSE.

- Art.2, “**I-promover a saúde e a cultura da paz**, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação” (Decreto Presidencial nº 6.286, 2007).
- **Favorecer a vivência das práticas corporais** nos territórios compartilhados entre educação e saúde exige considerar, pelo menos, a diferença de idade, a pertinência das práticas propostas para o universo das crianças, adolescentes, jovens e adultos daquela comunidade; a variedade destas práticas corporais, além da questão de gênero” (Caderno de Práticas Corporais, 2015).

O Programa Saúde na escola desenvolve ações de atenção, prevenção e promoção, portanto, alguns documentos técnicos de apoio expressam objetivos voltados para a prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis.

- O Programa Saúde na Escola traz no elenco de suas ações a verificação da situação vacinal a partir da conferência do cartão de vacinação e/ou da Caderneta da Criança, do Adolescente, da Gestante e do Idoso junto aos próprios educandos e suas famílias. Essa ação tem importância devido aos benefícios atrelados à realização de esquemas vacinas, tais como: **proteger contra algumas doenças que podem causar incapacitação temporária e/ou permanente; conter**

**a disseminação e promover a erradicação de doenças; redução no uso de medicamentos que combatam os microrganismos prevenindo a resistência aos antibióticos; redução nos custos com doença e utilização de medicamentos; diminuição de internações hospitalares e perda de tempo de trabalho e anos de vida** (Verificação vacinal, 2015, página 2, parágrafo 2º).

- “Busca-se o desenvolvimento de uma abordagem integral capaz de **prevenir agravos causados pelo consumo inadequado de energia ou nutrientes (desnutrição, carências de ferro, vitamina A, entre outras), bem como o excesso de peso e outras doenças relacionadas (obesidade, diabetes, hipertensão e alguns tipos de câncer), que acometem de forma alarmante grande parte da população brasileira, inclusive crianças**” (Caderno de segurança alimentar e nutricional e promoção da alimentação saudável, 2015).

Finalmente, identificamos objetivos abrangentes como o de ampliação do acesso de crianças e jovens aos serviços de saúde:

- “[...] **ampliar as ações de saúde para estudantes da rede pública de educação básica**” (Documento orientador do monitoramento, 2017). Considerando os objetivos declarados nos documentos que referem ao Programa Saúde na Escola, é possível afirmar que o programa foi construído, prioritariamente, a partir de objetivos relacionados à promoção da saúde.

Considerando os objetivos declarados nos documentos que se referem ao Programa Saúde na Escola, é possível afirmar que o programa foi construído, prioritariamente, a partir de objetivos relacionados à promoção da saúde.

### **Houve mudanças na finalidade e nos objetivos enunciados do PSE ao longo do tempo?**

No papel, o decreto que institui o PSE segue vigente, reverberando, em 2023, as mesmas enunciações de há quinze anos passados.

A análise de portarias e portarias interministeriais indicou que a finalidade foi preservada nas portarias ao longo dos anos, onde não são citados objetivos<sup>14</sup>.

Considerando o Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que institui o Programa Saúde na Escola – PSE, 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. (Portaria nº 1.861, 04/09/2008, Portaria 3.146 de 17/12/2009; Portaria 3.696, de 25/11/2010; Portaria 3.014 de 20/12/2011; Portaria 357, de 01/03/2012; Portaria 1.413 de 10/07/2013; Portaria nº 220 de 25 de março de 2014; Portaria nº 1.337 de 08 de setembro de 2015; Portaria 2.744 de 16 de dezembro de 2016; Portaria nº 2.706 de 18 de outubro de 2017; Portaria nº 3.662 de 14 de novembro de 2018; Portaria 2.264 de 30 de agosto de 2019; Portaria 1.857 de 28 de julho de 2020; Portaria nº 1320 de 22 de junho de 2012.)

Dentre os 33 materiais de apoio, 31 referem algum objetivo ou finalidade do programa. Os documentos analisados reforçam e sustentam a finalidade inicial, como ilustrado nos trechos a seguir.

- “O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino” (Passo a Passo PSE – Programa Saúde na Escola, 2011, p. 6).
- “O Programa Saúde na Escola (PSE) visa contribuir para o pleno desenvolvimento dos estudantes

<sup>14</sup> Foram analisadas todas as 37 portarias inventariadas. Para fins ilustrativos, citamos uma portaria para cada ano, entre 2008 e 2021, em que foi enunciada a finalidade do PSE. Cabe informar que nem todas as portarias citam a finalidade. Nenhuma cita objetivos.

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” (Documento Orientador: indicadores e padrões de avaliação – PSE Ciclo 2019/2020).

- “Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE), que é essencialmente intersetorial, instituído pelo Decreto Presidencial n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007, visa contribuir para o fortalecimento de ações que integrem as áreas de saúde e de educação no enfrentamento de vulnerabilidades e que ampliem a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação das iniciativas para alcançar o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de educação básica, e que apoiem o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada (BRASIL, 2007)” (Caderno do Gestor, PSE, 2022, p. 4).

Outros, apontam objetivos mais específicos, relacionados ao campo temático de cada material. O Material de Apoio a seguir, extraído do *Caderno Temático: práticas corporais, atividade física e lazer* (Brasil, 2015), ao propor estratégias, indica igualmente alguns objetivos específicos a serem atingidos, na perspectiva de promover práticas corporais pelos estudantes.

No âmbito escolar, há estratégias que podem ajudar a construir uma adesão às práticas corporais pelos educandos, tais como: Incentivar o suporte social, engajando pais ou pessoas de referência na elaboração e vivências de práticas corporais; Promover a interlocução entre as disciplinas, fazendo com que o tema da atividade física ligado à promoção da saúde seja recorrente nas disciplinas; Valorizar o esporte na escola, organizando competições internas e externas, como jogos interclasses e escolares, respectivamente; Potencializar atividades esportivas e de lazer em datas comemorativas, como dia do professor, dia da criança, dia mundial da atividade física, dia mundial da saúde, dia do desafio, entre outros; Articular a prática de atividade física com os demais fatores de proteção da saúde, como alimentação saudável, retardar o não uso de bebidas alcoólicas e tabaco; prevenção das violências, entre outros; Fortalecer a saúde como conteúdo transversal; Promover atividades, como gincanas e festivais de jogos, que envolvam, além dos educandos, os profissionais de educação e saúde, família e outras pessoas de referência do educando, e nas quais seja possível debater sobre todos os temas ligados à temática da prática de atividade física e promoção da saúde, como direito ao lazer e acesso aos espaços públicos com este fim, segurança pública, meio ambiente, uso do tempo livre, estrutura da escola; Propor o desenvolvimento, em conjunto com a comunidade, de atividades esportivas e de lazer no turno escolar, buscando trabalhar aspectos relativos à intergeracionalidade e socialização, com ênfase na troca de experiência, no desenvolvimento do sentimento de pertencimento dos indivíduos à escola e na construção de novos conhecimentos; Promover a articulação da escola com programas governamentais existentes, referenciando os educandos para a prática das atividades esportivas oferecidas e retomando a importância desta participação no cotidiano escolar. Um bom exemplo é identificar programas ou projetos em curso - Programas Segundo Tempo e Esporte e Lazer da Cidade (Ministério do Esporte); Programa Academia da Saúde (Ministério da Saúde), Programas Mais Educação e Relação Escola-Comunidade (Ministério da Educação), para vislumbrar possíveis articulações. Promover recreios ativos, disponibilizando materiais esportivos e brinquedos para serem utilizados em atividades escolhidas pelos educandos; Promover debates sobre as práticas corporais na escola e o acesso das pessoas com deficiência; Fortalecer o papel social da escola em pautar problemas coletivos junto aos gestores da educação e de setores afins ao tema da promoção da saúde, como secretarias de ação social, de infraestrutura, de esporte, de cultura, de meio ambiente, entre outras; Potencializar o mote “Brasil de grandes eventos

esportivos”, trazendo a Copa do Mundo de Futebol, as Olimpíadas e as Paraolimpíadas para o cotidiano dos educandos; e Difundir a metodologia de educação entre pares para valorizar e potencializar práticas corporais, atividade física e lazer na escola e na comunidade.

A análise do *corpus* documental que rege o programa e de seus materiais de apoio não identificou modificações substantivas no que se refere aos objetivos e finalidades do programa.

Caberia, entretanto, comentar o uso alternado ou concomitante das expressões “formação integral” e “desenvolvimento integral ou pleno desenvolvimento”. Tais conceitos podem ser assumidos como sinônimos?

Relembramos que o termo *formação integral* “tem vínculos com o conceito de educação integral e pode ser considerado como resultado do uso de seus princípios em práticas educacionais” (Oliveira, 2020, p. 79) que propõem considerar como objeto da educação todas as dimensões do ser humano, de forma holística, não se reduzindo à ampliação da carga horária escolar para realizar reforço de conteúdos trabalhados, mas ampliar experiências entre o educando, seu território e sua cultura, de modo a fortalecer sua capacidade crítica e reflexiva de leitura e transformação do mundo.

O termo desenvolvimento integral ou pleno refere aos sujeitos do desenvolvimento (no nosso caso, educandos da creche até o EJA), que vivenciam esse desenvolvimento como processo de sua constituição ontológica. Souza e Veríssimo (2015) analisaram definições disponíveis sobre o termo “Desenvolvimento infantil” para a prática e para a educação na enfermagem, segundo a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 2011), composta por quatro elementos interligados: processo-pessoa-contexto-tempo, em contraposição a uma abordagem exclusivamente biológica do desenvolvimento. Nessa perspectiva:

O Desenvolvimento Infantil é parte fundamental do desenvolvimento humano, um processo ativo e único de cada criança, expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária e no exercício de seu papel social. O período pré-natal e os anos iniciais da infância são decisivos no processo de desenvolvimento, que é constituído pela interação das características biopsicológicas, herdadas geneticamente, e experiências oferecidas pelo meio ambiente. O alcance do potencial de cada criança depende do cuidado responsivo às suas necessidades de desenvolvimento. (Souza, 2014).

A escolha do termo ou conceito de “desenvolvimento integral ou pleno” como objetivo finalístico do PSE, pode ser interpretada como um ponto de convergência entre os campos da promoção da saúde e da educação, a partir de perspectivas teórico-filosóficas específicas, com base no humanismo e no conceito positivo de saúde e suas determinações. Nesse caso, à finalidade de formação integral se relaciona o objetivo de desenvolvimento integral, de modo complementar.

## **2. Em que medida os objetivos e finalidade declarados nos documentos do programa são percebidos e operacionalizados pelos atores?**

É comum, na análise das políticas públicas, buscar compreender não apenas os interesses em disputa durante sua formulação e a instituição de um programa ou política, mas também a percepção sobre ele por parte dos atores responsáveis por sua implementação, em particular em programa implementado pelas esferas federal, estadual, distrital e municipal, na interface entre dois setores de governo, educação e saúde. O clássico estudo de Michael Lipsky (2019) sobre o papel dos trabalhadores que operam, no cotidiano, a entrega dos serviços derivados de políticas públicas, trouxe para o estudo de implementação a dimensão das interações e representações que moldam ações discricionárias nas pequenas tomadas de decisão realizadas na execução de ações previstas em programas e políticas públicas.

Apple (2006), ao comparar diferentes orientações de países em relação ao sistema escolar no contexto neoliberal, mostra como diferentes visões e interesses sociais entram em disputa com o objetivo de controlar o campo social do poder em que estão envolvidas as políticas educativas e as práticas escolares. Esse controle das orientações para o sistema escolar e as escolas não parte apenas dos organismos institucionais oficiais, mas, também, de agentes sociais como os políticos, os planejadores da educação, a grande imprensa, os pesquisadores, o empresariado, os movimentos sociais e culturais, as entidades religiosas etc., levando a diferentes concepções e significados sobre finalidades educativas escolares e sua repercussão no funcionamento das escolas.

O programa e sua finalidade podem ser compreendidos e implementados segundo variadas matizes, tanto entre agentes políticos como técnicos. Pode-se inferir que, para o presidente da República, ministros e secretários da Educação e da Saúde, a perspectiva sobre a pertinência e a relevância do PSE tenha ênfases distintas mesmo no dia 4 de setembro de 2008, quando todos juntos anunciavam a chegada do programa em Recife (PE), bem como para as áreas técnicas do MEC e do MS. Do mesmo modo, nos níveis estadual e municipal, é plausível crer que atores técnicos e políticos tenham vivenciado e interpretado o programa segundo perspectivas múltiplas, atreladas a seus respectivos interesses de campo profissional, do imaginário e das representações sociais sobre as crianças e jovens a quem o programa se destina e das realidades socio sanitárias tão diversas dos microterritórios onde as atividades são realizadas.

No escopo desse estudo de avaliabilidade, em oficina realizada junto aos gestores políticos e equipe técnica, na esfera federal, reunindo ambos os setores<sup>15</sup> em julho de 2022, foi possível perceber como os diferentes participantes, atores políticos e técnicos, da saúde e da educação, sustentavam prioridades e compreensão acerca do programa e dos resultados esperados. Analisando as respostas aos três blocos de perguntas deflagradoras<sup>16</sup>, identificamos algumas categorias referentes às percepções sobre o programa junto aos atores técnicos e políticos em 2022.

Para um gestor da educação, o PSE precisava afirmar sua importância e especificidade dentre outros programas da Diretoria,

[...] uma coisa importante, é que a gente consiga identificar o papel do PSE nessas atividades que são essencialmente da educação, a permanência, principalmente [...] pensando que a saúde contribui para a permanência do estudante na escola" [...]. (GE1, informação verbal)

Ele complementa, ainda, mencionando a dissimetria de poder e da centralidade do programa para cada ministério:

Uma política intersetorial, você tem que ter a identificação com a política, uma identificação interna, então exige mais esforço na narrativa: por que esse programa é importante para a educação? Pode ser uma coisa óbvia para quem trabalha, mas é isso, a gente precisa tentar trazer o impacto do programa para a aprendizagem e permanência, porque esta é a preocupação, é o lócus maior aqui, a gente tem o tripé, acesso, permanência e aprendizagem, o tripé na educação básica, a gente trabalha para garantir acesso, permanência e aprendizagem, e qualidade da aprendizagem, que tem um monte de aspectos, infraestrutura, formação de professores, um monte de coisa (GE1)

A importância do PSE e sua finalidade implícita para o ator político da educação se referia à **Permanência/ desempenho escolar**:

<sup>15</sup> O Oficina realizada por meio de plataforma TEAMS, em 8 de julho de 2022, reunindo quadros federais para apresentação do projeto de pesquisa e escuta sobre expectativas visando subsidiar a definição das perguntas avaliativas.

<sup>16</sup> Foram feitas três rodadas com uma pergunta geradora cada, respondidas primeiro pelos gestores e, depois, em outro momento, pela equipe técnica de cada setor. As perguntas foram: 1. Como você percebe a localização do Programa na diretoria onde você é gestora? Como você vivencia a gestão intersetorial no cotidiano da diretoria? 2. A quais questões ou problemas o PSE busca responder? Quais seriam suas principais perguntas? Quais seriam as principais informações a serem trazidas pela avaliação para o programa?



o PSE tem muito a contribuir com a permanência dos estudantes, a saúde do educando tem tudo a ver com o fato de ele conseguir permanecer na escola, é um pouco esta a abordagem que a gente está tentando trazer. (GE1, informação verbal)

Mas também se relacionava com o **Currículo/aprendizagem**, embora esse aspecto parecesse não ser central, pela declaração da gestora de não saber o quanto esse ponto era, de fato, trabalhado:

E o outro aspecto, que é curricular. A gente tem tentado trazer o tema da saúde dentro da questão do currículo, tem cadernos temáticos que estão sendo elaborados aqui. Eu acho que também é algo que é muito importante, mas que é mais no aspecto mais de... eu não sei o tanto que a gente tem trabalhado esse aspecto no PSE, mas acho que é importante. (GE1, informação verbal)

De modo mais abrangente, o programa é percebido como importante para trazer melhores condições de oferta da educação básica:

A diretoria trabalha com currículos e práticas pedagógicas, acesso e permanência. Exige um esforço maior para que na narrativa a gente entenda que o PSE também é muito importante para o MEC, porque ele contribui para o atingimento desse objetivo final, garantir as melhores condições de oferta da educação básica. Eu acho que este é o grande desafio, vamos dizer assim. (GE1, informação verbal)

Outras questões levantadas pelo setor educação foram a prevenção primária e a potencialidade das redes de educação e saúde, quando interligadas, de enfrentar vulnerabilidades:

É mais fácil dizer o que acho que o PSE pode significar dentro do Ministério e o potencial que ele tem dentro do Ministério. Tem muito a ver com a questão da prevenção primária, da importância da saúde e do quanto a saúde impacta na permanência e aprendizagem das crianças. Se a gente quer fazer uma política pública para as pessoas que precisam, os mais vulneráveis, aqueles que estão precisando mesmo, a gente precisa que a saúde e a educação se comuniquem, tenham a mesma mensagem. A gente precisa que essas redes que a gente construiu possam ser potencializadas. (GE1, informação verbal)

De modo que ao prevenir doenças, se espera impactar na frequência escolar e no aprendizado:

[...] mas a gente sabe que existem pesquisas que mostram que... se você identifica precocemente, por exemplo, problemas de vista, você consegue que o desempenho escolar e a trajetória escolar da criança sejam muito melhores. Se a gente conseguisse que essas questões relacionadas à aprendizagem e a permanência fossem abordadas sob o viés de impactar o aprendizado da criança, que vai aprender melhor, menor a chance de a trajetória dela ser irregular. É um aspecto muito importante. (GE1, informação verbal)

Outro aspecto, relacionado aos objetivos do PSE, diz respeito ao programa facilitar, dentro da escola, a abordagem de **questões de convivência e saúde, que vão além do currículo** prescrito e para os quais os **profissionais da educação não se sentem preparados**:

[...] são questões de o PSE conseguir abordar questões que estão no cotidiano escolar, por exemplo, a drogadição, a violência, questões de saúde sexual e reprodutiva. São aspectos

que a gente precisa abordar para além do currículo. Precisa ser abordado em um aspecto de convivência no ambiente escolar, e às vezes a gente não consegue trabalhar tanto.

A narrativa dos atores políticos da educação, naquele momento, sugere uma abordagem pragmática de resolução de problemas, na perspectiva da partilha de competências. Cada setor tem um papel prévio e, de modo complementar, pode contribuir para a resolução de problemas setorializados. Não há menção à educação integral, como apresentado no texto instituinte do programa.

A intersectorialidade, quanto mais a escola consegue se engajar e articular com a rede de proteção da criança e do adolescente, mais tempo sobra para o profissional de educação fazer o que ele tem que fazer, ensinar. Se ele tem que cuidar da goteira, cuidar da criança que chegou suja, cuidar da criança que chegou espancada, cuidar da criança que está tendo um ataque, se ele tem que ser enfermeiro, pai, mãe, um monte de coisas no dia a dia da escola, síndico, menos tempo sobra para ele trabalhar o pedagógico, que é o que ele sabe fazer de melhor e que só ele pode fazer. (GE1, informação verbal)

Os atores técnicos da educação situaram o PSE no Plano Nacional de Educação dentro de perspectiva mais abrangente e próxima à integralidade na área, com objetivo de **responder a questões sociais e econômicas dos municípios**, em ações suplementares, visando **fomentar a qualidade da educação**:

O PSE precisa também responder às questões sociais e econômicas dos municípios. Eu estava vendo aqui sobre o plano nacional de educação, e as ações do PSE estão previstas dentro do plano nacional de educação. Às vezes as pessoas falam no que o PSE se justifica na educação. Ele faz parte do plano nacional de educação, que é a implementação de programas suplementares de assistência à saúde. É ponto pacífico, nós temos o PSE bem representado na educação, está na meta sete do plano nacional de educação, que é fomentar a qualidade da educação básica (TE1, informação verbal)

Uma das metas, das estratégias, é universalizar a articular entre educação e saúde, universalizar o atendimento aos alunos por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Mais uma vez, o PSE está dentro da educação, não é um alienígena, está muito integrado e dentro da educação também. Esta é umas das coisas que eu vejo da importância do PSE, o que ele busca responder. Primeira coisa, o atendimento integral ao educando. O PSE também se justifica por aí. Dentro do atendimento integral ao educando ou estudante como um todo, não só o aprendizado, mas a saúde e ações de prevenção e promoção da saúde. (Informação verbal, TE1)

A promoção da qualidade de vida é abordada como consequência de uma abordagem integral com desdobramento positivo para resultados de aprendizagem:

O atendimento integral ao estudante é não só ver ensino, é ver o estudante como um todo. Ele é saúde mental, saúde física, além do aprendizado na escola. A importância é para a qualidade devida do estudante. Melhorando a qualidade de vida e dando uma atenção à saúde, vai melhorar a aprendizagem como um todo. É nesse sentido. (TE1)

Percebe-se que a percepção sobre a finalidade e a relevância do programa dentro de um mesmo setor, no caso a educação, pode variar, segundo o lugar de fala (ator político ou técnico), mas também de acordo com o tempo de familiaridade com o setor e com o programa. Os técnicos mais antigos, muitas vezes, acompanham a política

durante anos, atravessando governos e, com isso, acumulam conhecimento e sentido sobre o programa desde sua criação. Atores políticos, por vezes recém-chegados no setor e junto ao programa, podem compreender a finalidade e a relevância segundo as agendas e prioridades do momento, sem o acúmulo histórico.

Os atores políticos da saúde, por sua vez, trouxeram percepções sobre a razão de ser do programa, alinhadas aos objetivos descritos nos documentos do PSE, que remetem à promoção da saúde, à formação cidadã e a uma maior qualidade de vida, como ilustrado nas citações a seguir.

Eu vejo, para além do preconizado e previsto na legislação do PSE, que é o grande desafio do Brasil e do mundo, trazer a lógica da promoção da saúde, ter hábitos saudáveis, comportamentos saudáveis, criação com nossas famílias e crianças de uma maneira saudável e cuidadosa. Eu olho para o PSE não na perspectiva curativa, identificar os principais sinais, mas na perspectiva da formação de um cidadão, formação da criança que está se formando, aprendendo, na aplicação dos temas preconizados no programa de uma maneira ampliada de promoção da saúde. Óbvio que a identificação de sinais, rastreio, questões clínicas, são questões importantes, mas o nosso desafio e nossa responsabilidade são também na formação do indivíduo para ele ter uma vida mais saudável, para fazer escolhas mais saudáveis na sua vida, para ter um envelhecimento ativo e saudável. É na perspectiva da formação do indivíduo que eu acho que o PSE é potente. (GS1, informação verbal)

Quando eu olho para o PSE, minha visão está nisso, é ainda uma visão muito do mundo ideal, muito do que a gente lê na literatura, do que as evidências mostram. Nossa realidade é a evidência do mundo ideal. Mas, quando eu olho para o PSE, eu vejo essa potencialidade de formar cidadãos mais saudáveis, mais ativos e que consigam olhar para seus problemas de vida e consigam tomar as melhores decisões. (GS1, informação verbal)

Interessante, ainda, notar como o campo semântico e conceitual do próprio decreto e demais documentos e materiais (maior parte produzida pelo setor saúde) é mais familiar à saúde do que à educação, principalmente quando passam os anos e são trocadas as equipes técnicas e gestoras em ambos os ministérios.

Sempre há essas duas questões, a gente vai olhar mais na perspectiva da educação, e as pessoas da saúde vão olhar um pouco mais para a perspectiva da promoção da saúde. As normativas trazem uma questão bem geral, promover o desenvolvimento integral dos estudantes, realmente é isso. A educação, [...], sempre vai trazer a questão da melhoria do desempenho escolar. Quando eu falo desempenho, não é necessariamente nota, mas conseguir realmente ter uma melhor qualidade de aprendizagem, e também a questão da infrequência escolar, uma questão muito forte. (GS2, informação verbal)

Para a gente, o grande objetivo do PSE é empoderar os estudantes para que eles façam escolhas mais saudáveis de vida. Dar para eles subsídios, o objetivo da promoção da saúde, dar para a pessoa informações para que ela tenha hábitos de vida mais saudáveis, mas que ela também escolha ter esses hábitos de vida mais saudáveis, que faça o balanço dos prós e contras no seu contexto. No PSE eu acrescento uma questão, a mudança da qualidade de vida da comunidade. Através do estudante, fazer ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, e que isso se reflita no seu núcleo de convivência, família, amigos, comunidades, para que isso promova ali uma maior qualidade de vida para sua comunidade, através das ações do PSE com esse estudante e com toda a comunidade escolar. (GS2, informação verbal)

Alguns atores técnicos do setor saúde combinam uma perspectiva pragmática aos fundamentos promocionais e aos preceitos da integralidade na atenção à saúde

Desde os modelos mais antigos de programas de intervenção de saúde na escola, eles buscam olhar para a saúde do estudante, para que ele consiga aprender. Em alguns momentos, mais ou menos intervencionista. A partir do decreto e com a lógica dos dois departamentos, a questão mais atual, nós continuamos com esse olhar de proporcionar essa saúde para o estudante para que ele consiga desempenhar suas atividades, só que de uma maneira que a gente consiga agregar questões sobre a qualidade de vida e o empoderamento, trazer a promoção da saúde nesse processo, identificar que ele precisa ter uma boa saúde para aprender. Por que ele precisa disso? Ele precisa entender como os processos de saúde e doença acontecem no seu território, como acontecem para ele. A gente traz a questão da atenção integral. (TS1, informação verbal)

Assim como na educação, o programa também responde a problemas setorializados

às vezes o setor de saúde tem muitas demandas porque a gente não previne o básico. A gente acaba tendo uma demanda muito grande. Acho que as próprias ações de promoção visam desafogar o sistema de saúde, prevenindo desde a infância, e a questão do acesso. Considerando a vulnerabilidade dos alunos, às vezes muitos alunos não vão ter contato com determinado se não for dessa maneira, indo até a escola e falando com eles. Na família, na comunidade, ele não vai ter às vezes acesso, mas na escola aquilo vai estar sendo trazido para ele, para que ele mesmo aprenda a identificar uma situação de violência, nesse sentido. (TS3, informação verbal)

Para concluir, interessante a fala de uma técnica e coordenadora, sobre a dinâmica do programa no Ministério da Saúde, ao longo dos anos, e as alternâncias entre priorizar a promoção ou a intervenção de prevenção sobre certas doenças, assim como a discricionariedade política sobre a escolha das ações prioritárias:

a cada gestor que vem, é um entendimento diferente, é uma caixinha de surpresas. A gente fica oscilando bastante entre um foco mais na promoção da saúde e em um foco mais na prevenção de doenças, quando eu entrei, a gente tinha cinco componentes do PSE, componente um, dois, três, quatro e cinco, um dos componentes era bem focado nessa questão das ações mais interventivas da saúde, que sempre foi uma questão muito forte para as outras áreas do Ministério da Saúde que não é a gestão do PSE, como a Kátia falou, “ah, eu vim do PNI, eu tinha outra visão”, é sempre assim, eles sempre querem, as outras áreas querem uma questão mais intervencionista assim mesmo, e a gente tinha essa fase que era mais ou menos meio a meio, e depois ficou um pouco mais intervencionista, a questão do HPV, depois ficou um pouco mais de promoção, no começo, a uns dois anos atrás, o Lucas poderia falar um pouco melhor sobre isso, veio uma questão da saúde ocular bem forte, mas que é um problemão aqui dentro do Ministério, não é uma questão só do PSE, e agora, por todo o contexto da pandemia, veio uma priorização da COVID, da questão da prevenção da COVID, que tem também em seu componente promoção da saúde, mas voltada muito para a prevenção da transmissão da COVID mesmo, mas varia muito, aqui é cada um é uma caixinha de surpresa. A própria definição das ações prioritárias ao longo dos anos é muito da cabeça do gestor, quando eu digo gestor é tipo secretário, é muito da cabeça da pessoa, e eu lembro que na última definição das cinco ações prioritárias a gente pediu, sempre pedem uma avaliação do PSE, a gente levantou, não do PSE, mas das ações mais efetivas para serem trabalhadas na escola, e o gestor da época falou “não, eu não concordo, eu quero que sejam essas, essas e essas” e aí ficou, manda quem pode, obedece quem tem juízo, mas tem uma variação muito grande, sim, mas, se a equipe do PSE na saúde não dá uma freada, os gestores e as outras áreas sempre querem que seja uma questão mais intervencionista mesmo, a gente que dá... ou dá uma mesclada ou dá uma

puxada, porque o que a gente quer que seja mais de promoção da saúde do que prevenção de doenças mesmo. (TS2, informação verbal)

A atualização dos objetivos e finalidade do programa na fala de seus atores políticos e técnicos, quinze anos após sua criação, considerando a dinâmica dos setores e dos contextos sociopolíticos gerais e sanitários, demonstra dissonâncias, complementariedades, permanências e transformações. Nesse sentido, podemos supor que a análise dos objetivos e finalidades seja apenas a ponta do imenso iceberg da realidade do PSE, que será tratada mais adiante neste estudo de plausibilidade, quando analisaremos o estado da arte sobre estudos avaliativos do programa, no que tange às representações dos atores, as atividades realizadas, desafios e potenciais do programa.

### **Considerações sobre a análise da finalidade e dos objetivos do PSE**

A análise documental sobre finalidade e objetivos do PSE, no âmbito do estudo de plausibilidade, constitui o elemento de partida para a construção da racionalidade do programa e para a análise de consistência entre finalidade, objetivos, atividades/ações, recursos e resultados a serem alcançados. Tais elementos serão apresentados e analisados, na perspectiva de apoio à interpretação do modelo lógico construído e da verificação entre o almejado e o estado atual de implementação do Programa Saúde na Escola. Todas essas análises compõem o estudo de plausibilidade.

Identificamos que finalidade e objetivos do PSE remetem ao seu contexto de criação e se referem ao modelo de promoção da saúde e de uma educação integral. Verificamos que, ao longo do tempo, tais enunciados de propósito não se alteram na redação de documentos e normativas publicados, mas que sua interpretação pode variar entre os atores. Cabe enfatizar, ainda, que objetivos e finalidades acabam por representar consensos possíveis nos mais altos níveis da articulação política e que, à medida que tais objetivos necessitam ser implementados por meio de ações e atividades, nas práticas cotidianas de trabalhadores da saúde e da educação, não apenas a percepção sobre o programa e o problema ao qual ele responde variam, como é possível identificar conflitos entre os setores e níveis de governo. Concordamos com Magalhães e Bodstein (2009) ao analisarem desafios da intersetorialidade:

[...] a intersetorialidade no plano da macro-negociação e da formulação da proposta costuma ser um sucesso, já que nenhum setor se coloca desfavorável a iniciativas de desenvolvimento social. Porém, tais iniciativas não têm sustentabilidade, prevalecendo baixos níveis de adesão ao diálogo e pactuação de agenda, disputas políticas e interesses eleitorais. A manutenção das parcerias torna-se um desafio para a construção de uma agenda integrada, tanto para questões mais pontuais e de curto prazo como para questões mais estruturais [...]. (Magalhães; Bodstein, p. 866)

Finalmente, tecemos considerações relativas à necessidade de melhor explorar a percepção de gestores, técnicos e profissionais diretamente responsáveis pela implementação do programa em cada esfera e setor, de modo a descobrir em que medida os objetivos e finalidades são compartilhados e compreendidos intersetorial e interfederativamente.

Tal análise será retomada na pesquisa sobre a Gestão Intersetorial do PSE, próxima etapa da avaliação.

### **3. Os recursos investidos no Programa: natureza e quantidade**

Na perspectiva da análise de plausibilidade do PSE, verificamos os recursos disponíveis, sua natureza e quantidade, de modo a revelar a viabilidade de implementação das atividades, visando obter os resultados necessários ao alcance dos objetivos previstos.

O presente texto identifica, por meio de análise da produção documental oficial dos Ministérios da Saúde e da Educação, a **natureza dos recursos, o tipo de repasse utilizado na transferência do recurso, as fontes orçamentárias, a quem se destinam os recursos, a quem cabe a competência de deliberar sobre a aplicação/utilização do recurso e se houve mudança significativa nesse processo ao longo dos anos.**

O Programa Saúde na Escola, na medida em que se constitui 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 e tem como pontos fundamentais a articulação entre a escola e a Unidade Básica de Saúde no território compartilhado e estas com demais redes de apoio ao desenvolvimento da criança, do adolescente e do jovem, se mantém por meio de insumos/recursos provenientes de diferentes níveis federativos e de diferentes parcerias firmadas localmente.

No entanto, em nível federal, identifica-se o repasse de insumos materiais (clínicos e impressos) pelo MEC em dois anos distintos (2010 e 2011) e não mais. O repasse de recursos financeiros para as Equipes de Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde ocorre anualmente, lembrando que o atendimento às escolas faz parte do território das equipes, ou seja, os recursos destinados não eram exclusivos ao PSE. Houve, no entanto, o repasse de uma parcela extra do **incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família** que atuaram nesse Programa no período entre 2008 e 2012. Similarmente, consta nos registros oficiais um período entre 2014 e 2018 em que algumas **ESF registravam-se no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) como exclusivas do PSE** sob o código 48 (Portaria nº 220, de 25 de março de 2014, revogada pela Portaria nº 895, de 19 de junho de 2018). Não se localizou na base documental nenhum incentivo financeiro ou algo que o valha para as equipes da educação que atuavam no PSE.

### Quanto à natureza dos recursos

Desde a publicação do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que o instituiu, constata-se que os recursos ou insumos previstos para a realização do programa são de natureza financeira e/ou material e foram sofrendo algumas modificações ao longo do tempo. Segundo o referido decreto, “compete aos Ministérios da Saúde e da Educação, em conjunto, definir as prioridades e metas de atendimento do PSE” e, observadas as disponibilidades orçamentárias, caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde e, ainda, no seu art. 7º: “Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE”.

Os insumos materiais configuravam-se mediante a compra de materiais clínicos (balança eletrônica portátil, estadiômetro fixo, estadiômetro portátil, trena antropométrica, estadiômetro infantil para crianças menores de 2 anos que serão medidas deitadas, esfigmomanômetro pediátrico, estetoscópio pediátrico, esfigmomanômetro adulto, macro modelos odontológicos, conjunto de fio dental, espelho bucal e limpador de língua) e materiais impressos (álbum seriado: *O que é vida saudável?*; *Manual de Alimentação Saudável para profissionais de educação e de saúde*; *Ciência Hoje na Escola*, volume 13 – *Conversando sobre saúde com adolescentes*; *Ciência Hoje na Escola*, volume 14 – *Conversando sobre saúde com crianças*; *Escola que Protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes*; folder *Mais Saúde*; cartazes do Programa Saúde na Escola; cartazes do Brasil Sorridente). As compras foram realizadas por meio de pregões eletrônicos pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação — MEC (PREGÃO ELETRÔNICO Nº 35/2008, Pregão Eletrônico nº 00086/2010, Pregão Eletrônico - Nº 00043/2011, Pregão Eletrônico nº 00002/2011). A partir de 2012, não se localizaram em documentos oficiais as justificativas para a suspensão dos pregões de compras (se orçamentárias ou de outra natureza).

Finalmente, no que refere à natureza dos recursos investidos no Programa, cabe lembrar que o PSE não poderia existir sem que houvesse instaladas as redes de Educação Básica, bem como a de Atenção Primária à Saúde, com seus equipamentos e profissionais, que constituem os recursos político, de infraestrutura e humanos, basilares para a existência do programa.

## **Incentivo financeiro na Saúde: o que mudou ao longo do tempo?**

### **2007-2019: segundo governo Lula**

*Início da implantação, foco em municípios em situação de maior vulnerabilidade, com percentual mínimo de cobertura da estratégia de saúde da família e adesão ao Mais Educação*

No Ministério da Saúde, os recursos financeiros figuram atrelados aos critérios de adesão dos municípios ao PSE, que se baseavam no princípio constitucional da equidade no menor Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – Ideb (menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental) e maior cobertura (100%) das Equipes Saúde da Família (ESF), conforme Portaria nº 2.931/2008. A transferência de incentivos financeiros aos municípios aptos a receber ocorria em parcela única, com base no número de ESF cadastradas no SCNES.

Em 2009, mediante Portaria nº 3.146, os municípios aptos a aderir ao PSE teriam que ter municípios com Ideb menor ou igual a 3,1 nos anos iniciais do ensino fundamental e 70% ou mais de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família e municípios que possuem escolas participantes do Programa Mais Educação. Aqui, “o valor dos recursos financeiros referentes à adesão ao PSE corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família que atuam nesse Programa”, segundo referida portaria.

Em 2010, a Portaria Interministerial nº 3.696 definiu os critérios para adesão dos Municípios ao PSE, como segue: Municípios com IDEB menor ou igual a 4,5 e que tenham 70% ou mais de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família e Municípios que possuem escolas participantes do Programa Mais Educação.

### **2011-2014: primeiro governo Dilma**

*Lenta ampliação, derivada dos anos anteriores, com inclusão paulatina de municípios com discreto aumento no Ideb, atrela repasse de parte do incentivo ao cumprimento das metas pactuadas, GTIM é o gestor do recurso. Municípios com mais de 50% de alunos beneficiários do Programa Bolsa Família; municípios onde há adesão ao Brasil Carinhoso; universalização para qualquer município que deseje aderir.*

Em 2011, a Portaria Interministerial nº 1.910/2011 faz uma referência mais delongada acerca do repasse do recurso financeiro. Discorre que a “transferência do recurso financeiro se efetivará por meio de repasse fundo a fundo na modalidade PAB variável, compondo o Bloco de Financiamento da Atenção Básica do Pacto pela Saúde. Permanece o repasse do “valor total do recurso financeiro corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal das Equipes de Saúde de Família que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE)”, mas ocorre nessa portaria a vinculação do recurso ao cumprimento das metas pactuadas no termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola.

70% do valor total do recurso financeiro do Programa Saúde na Escola (PSE) é pago a partir da assinatura do Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE). Os 30% restantes do valor total do recurso financeiro serão pagos após o cumprimento de 70% das metas municipais pactuadas. Os Municípios que atingirem 70% das metas pactuadas, no prazo de 12 meses da data de assinatura do Termo de Compromisso Municipal, estarão aptos à formalização de novo Termo para o próximo exercício. Os Municípios que não atingirem os 70% das metas pactuadas, no prazo de 12 meses da data de assinatura do Termo de Compromisso Municipal, perderão os 30% do total do incentivo financeiro. (PI nº 1.910/2011)

Ressalta-se que os Municípios ficam aptos à formalização de novo Termo de Compromisso Municipal quando atingirem 70% das metas pactuadas. O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI) é apontado como gestor do recurso financeiro do PSE.

Em 2012, Portaria nº 524/2012, em seu art. 2º, assim se manifesta: “Os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria farão parte do Bloco de Atenção Básica, e que corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD – Piso da Atenção Básica Variável – Saúde da Família”, ou seja, nada se altera em relação ao ano anterior. Nesse ano, ocorre um repasse extra visando contemplar 122 Municípios e seus respectivos estabelecimentos de ensino, que apresentavam mais de 50% de alunos beneficiários do Programa Bolsa Família, sendo em razão disso considerados prioritários no contexto da ação governamental “Brasil Carinhoso”. O cálculo do incentivo consta registrado na Portaria nº 2.693/2012 e os recursos orçamentários também são parte do Bloco de Atenção Básica e correram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD – Piso da Atenção Básica Variável – Saúde da Família.

Em 2013, o SISAB passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do DAB/SAS/MS (Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013).

A Portaria Interministerial nº 1.413/2013 redefine as regras de adesão concebendo que todos os municípios e o Distrito Federal estão aptos a assinar o Termo de Compromisso Municipal ou do Distrito Federal do PSE. Diante dessa possibilidade, era preciso estabelecer um valor anual máximo do incentivo financeiro a ser repassado como base o número de educandos contemplados no Termo de Compromisso Municipal ou do Distrito Federal, condicionado à capacidade de cobertura da Atenção Básica<sup>17</sup>. “Os recursos financeiros para a execução das atividades previstas nessa Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.2015.20AD (PO 0006 – Piso de Atenção Básica Variável – Saúde

<sup>17</sup>§ 1º O cálculo do valor máximo anual de recursos financeiros ao qual o Município ou o Distrito Federal fará jus será obtido considerando-se as seguintes faixas:

I - Número total de até 599 educandos: valor de R\$ 3.000,00; e

II - a cada acréscimo entre 1 a 199 educandos a partir de 599 educandos, soma-se R\$ 1.000,00 ao valor máximo anual a ser recebido.

Art. 17. Os recursos financeiros do PSE serão repassados aos entes federativos beneficiários após o ato de adesão ao Programa, no percentual de 20% (vinte por cento) do valor anual pactuado.

§ 1º Serão realizadas, no sexto mês e no décimo segundo mês após a adesão, avaliações de indicadores que determinarão os repasses financeiros de acordo com as metas alcançadas, sendo que apenas os entes federativos beneficiários que alcançarem, no mínimo, 50% da meta pactuada em cada ação estarão aptos a receber o restante dos recursos financeiros.

§ 2º Na primeira avaliação a ser feita no sexto mês, após a adesão, o percentual do total do valor máximo anual do incentivo financeiro a que o ente federativo beneficiário fará jus será correspondente à média dos desempenhos obtidos nas ações, subtraindo-se os 20% de recursos financeiros já repassados no momento da adesão.

§ 3º Caso não alcance o mínimo de 50% em uma das ações pactuadas, o ente federativo beneficiário não terá direito a receber o recurso financeiro referente à primeira avaliação, ressaltando-se a possibilidade de recebimento desse recurso na segunda avaliação.



da Família) e do orçamento do Ministério da Educação, devendo onerar a ação 0509, Programa de Trabalho 12.361.1448.0509.0001, constante na Lei nº 12.798, de 4 de abril de 2013 (Lei Orçamentária Anual de 2013)“.

### **2015-2016: segundo governo Dilma**

Considerando que o período de adesão ao Programa Saúde na Escola do ano de 2013 somente foi finalizado em 6 de junho de 2014 e que os municípios e o Distrito Federal têm prazo de 15 meses para realização das ações pactuadas no Termo de Compromisso, a Portaria nº 1.067, de 23 de julho de 2015, que 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” somente foi publicada em 2015. Os recursos financeiros, os critérios e a dotação orçamentária para implementação do conjunto de ações do Programa Saúde na Escola não sofrem alterações.

### **2016-2018: governo Temer**

*Ampliação do ciclo de adesão para 24 meses; obesidade como prioridade; municípios com baixa frequência escolar, com presença significativa de estudantes beneficiários do programa bolsa família.*

A Portaria nº 2.744 de 16 de dezembro de 2016, habilita os 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. “As ações consideradas para avaliação foram realizadas de 1º de agosto de 2014 até 15 de novembro de 2015 e registradas nos sistemas de monitoramento até 30 de novembro de 2015. Os recursos orçamentários, de R\$ 5.253.600,00 (cinco milhões, duzentos e cinquenta e três mil e seiscentos reais) de que trata essa Portaria também eram parte do Bloco de Atenção Básica, e correram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD (PO 0006 – Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família)“.

O incentivo financeiro expresso na Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017 que redefine as regras e os critérios para adesão ao PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações corresponde ao valor de R\$ 5.676,00 para o intervalo de 1 a 600 estudantes e o acréscimo de R\$ 1 mil a cada intervalo de 1 a 800 que supere 600 estudantes, repassado na adesão. Essa Portaria define em seu art. 6º que a adesão ao PSE, pelos estados, Distrito Federal e municípios, terá duração de vinte e quatro meses, com abertura para ajustes das informações e do Termo de Compromisso após doze meses do início da respectiva vigência.

A Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017, publica a lista os municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o **ciclo 2017/2018** e institui o cálculo do incentivo financeiro do segundo ano do ciclo do PSE a ser repassado para o Distrito Federal e municípios, levando em conta a realização das ações pactuadas na adesão e monitoradas pelo MS conforme os seguintes critérios de exclusão: o município que não registrar nenhuma ação do PSE permanecerá aderido ao ciclo, mas não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte; o município que registrar apenas um tipo de ação permanecerá aderido ao ciclo, mas não fará jus ao

§ 4º Após a segunda avaliação, o percentual do valor máximo anual do recurso financeiro a que o ente federativo beneficiário fará jus será correspondente à média dos desempenhos obtidos nas ações, subtraindo-se os percentuais já repassados referentes à adesão e à primeira avaliação de indicadores, caso tenha ocorrido.

Art. 19. O ente federativo beneficiário estará sujeito:

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do Programa; e

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141/2012, e no Decreto nº 7.827/2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado.

incentivo financeiro no ano seguinte; o município que não registrar a ação 12 (ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*), permanecerá aderido ao ciclo, mas não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte; e o município que registrar uma ou mais ações apenas em uma escola, tendo pactuado número superior de escolas, permanecerá aderido ao ciclo, mas não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte. Os municípios com população acima de 30 mil habitantes, cobertura do SISVAN maior que 10% em 2016 e prevalência de excesso de peso maior que 20% em 2016 foram considerados prioritários para o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção da obesidade infantil em escolares e farão jus ao recebimento do incentivo financeiro.

Em 2018, a Portaria nº 3.662, de 14 de novembro de 2018, que “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” contempla também a possibilidade de “Repasse financeiro para reduzir a baixa frequência por motivos relacionados à saúde e seus determinantes” dos Municípios que estão aderidos ao ciclo 2017/2018 do PSE e registraram dados sobre baixa frequência escolar por motivo de saúde e seus determinantes no Sistema de Condicionalidades do Programa Bolsa Família (Sicon-PBF) no período de ano-calendário 2017 de acordo com faixas por percentual de registro (vide portaria).

### **2019-2022: governo Bolsonaro**

*Emergência de saúde pública de caráter internacional e nacional, orçamento específico voltado para a covid-19; vinculação aos municípios participando do programa Crescer Saudável também com orçamento complementar oriundo de fonte própria, atrelada à segurança alimentar e nutricional.*

Em 2020, por ocasião da pandemia de covid-19, é publicada a Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020 que “dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal para combate à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus/Covid-19, considerando as escolas públicas da rede básica de ensino”. O incentivo financeiro transferido por essa portaria pode ser usado para adquirir materiais como “produtos de higienização; material de limpeza; álcool em gel ou líquido 70%; máscaras; termômetros infravermelhos, adesivos de marcação para distanciamento social, materiais educativos para a realização das ações de promoção da saúde e prevenção à Covid-19 e outros”. Os recursos orçamentários, objeto dessa Portaria, oneraram o Programa de Trabalho 10.122.5018.21C0.6500 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus – Nacional, em parcela única, no valor de R\$ 454.331.202,00 (quatrocentos e cinquenta e quatro milhões, trezentos e trinta e um mil duzentos e dois reais).

A 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. Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar R\$ 81.703.453,00 (oitenta e um milhões, setecentos e três mil e quatrocentos e cinquenta e três reais) da Funcional Programática 10.301.5019.219A- Piso de Atenção Básica, no Plano Orçamentário PO - 000A - Incentivo para Ações Estratégicas e R\$ 2.112.243,19 (dois milhões, cento e doze mil duzentos e quarenta e três reais e dezenove centavos) da Funcional Programática 10.306.5033.20QH – Segurança Alimentar e Nutricional para a Saúde, no Plano Orçamentário PO 0000, totalizando R\$ 83.815.696,19 (oitenta e três milhões, oitocentos e quinze mil seiscentos e noventa e seis reais e dezenove centavos).

Em 2021, a Portaria GM/MS nº 1.320, de 22 de junho de 2021, define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e ao Crescer Saudável para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Ao longo deste ciclo serão consideradas as ações realizadas de forma presencial e remota (não presencial) O cálculo do incentivo financeiro do segundo ano do ciclo do Programa Saúde na Escola a ser repassado para o Distrito Federal e

municípios levará em conta a realização das ações pactuadas na adesão e monitoradas pelo Ministério da Saúde. Os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, farão parte do Bloco de Atenção Básica, e correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar R\$ 79.125.364,00 (setenta e nove milhões, cento e vinte e cinco mil e trezentos e sessenta e quatro reais) do Programa de Trabalho 10.301.5019.219A – Piso de Atenção Primária à Saúde, Plano Orçamentário (PO) 000A – Incentivo para Ações Estratégicas.

### **2023-2026: terceiro governo Lula**

*Cria Índice de Vulnerabilidade do Programa Saúde na Escola, acrescentado às escolas prioritárias, além do teto pactuado no termo de compromisso, de modo a ampliar o valor de repasse para as estas escolas em situação de maior vulnerabilidade.*

A Portaria nº 1.004, de 27 de julho de 2023, define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2023/2024, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso.

Será acrescido R\$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 e 800 estudantes das escolas prioritárias, constituída por creches e pré-escolas, escolas rurais, escolas que atendem medidas socioeducativas, e escolas em que mais de 50% (cinquenta) dos estudantes são membros de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, devidamente pactuadas na adesão ao Programa Saúde na Escola. (Portaria nº 1.004)

A Portaria define, ainda, o índice de Vulnerabilidade do PSE, a ser atribuído à soma dos estudantes das escolas prioritárias, conferindo um fator de multiplicação de 0,2 para os municípios classificados com baixa vulnerabilidade, 0,5 para os municípios classificados com média vulnerabilidade, e 0,8 para os municípios classificados com alta vulnerabilidade<sup>18</sup>. O cálculo do incentivo financeiro do segundo ano do ciclo do Programa Saúde na Escola a ser repassado para o Distrito Federal e municípios levará em conta o percentual de escolas pactuadas que realizaram ações do PSE no município e o percentual de escolas pactuadas que realizaram ações prioritárias<sup>19</sup> para o ciclo 2023/2024. A meta estipulada foi de 50% das escolas pactuadas que realizaram ações do PSE para pagamento de 80% do valor de repasse e 50% das que realizaram ações prioritárias para os 20% restantes do valor de repasse. Para garantir a continuidade das escolas atendidas ao Programa Saúde na Escola e o monitoramento das ações do Programa, não haverá período de ajustes das escolas pactuadas na adesão. Com relação à fonte orçamentária, os recursos farão parte do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção Primária, e correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar R\$ 90.392.356,00 (noventa milhões, trezentos e noventa e dois mil e trezentos e cinquenta e seis reais) do Programa de Trabalho 10.301.5019.219A – Piso de Atenção Primária à Saúde, Plano Orçamentário (PO) 000A – Incentivo para Ações Estratégicas.

Em síntese, depreende-se que ordinariamente o Ministério da Saúde repassa recursos, anualmente, em parcela única, fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, mediante recursos orçamentários de parte do Bloco de Atenção Básica do orçamento do Ministério da Saúde, onerando o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD (PO 0006 – Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família). Esse montante corresponde a cerca de 89 milhões de reais anuais. Com isso, de 2008 a 2021, foram repassados aos municípios mais de R\$ 725 milhões de recurso ordinário do PSE (Fernandes *et al.*, 2022, p. 22). Houve acréscimo em 2023/2024, com repasse total de R\$ 90.392.356,00.

<sup>18</sup> O Índice de Vulnerabilidade do PSE considera o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), o Coeficiente de Gini do Município, a Taxa de Abandono Escolar do ensino fundamental e médio do município, a Prevalência de Má Nutrição em crianças e adolescentes, e a Prevalência de Gravidez na Adolescência. (Portaria nº1024, de 27 de julho de 2023)

<sup>19</sup> Ações prioritárias: Alimentação saudável e prevenção de obesidade e promoção da atividade física, ou saúde mental, ou prevenção de violências e acidentes, ou promoção da cultura de paz e direitos humanos, ou saúde sexual e reprodutiva e prevenção de HIV/IST.

Ocasionalmente, utilizou a ação 0509, Programa de Trabalho 12.361.1448.0509.0001, constante na Lei nº 12.798, de 4 de abril de 2013 (Lei Orçamentária Anual de 2013); os recursos orçamentários do Programa de Trabalho 10.122.5018.21C0.6500 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus – Nacional e o Incentivo para Ações Estratégicas da Funcional Programática 10.306.5033.20QH – Segurança Alimentar e Nutricional para a Saúde, no Plano Orçamentário PO 0000. Repassou também, entre 2008 a 2012, uma parcela extra mensal para as equipes da APS que atuaram no PSE.

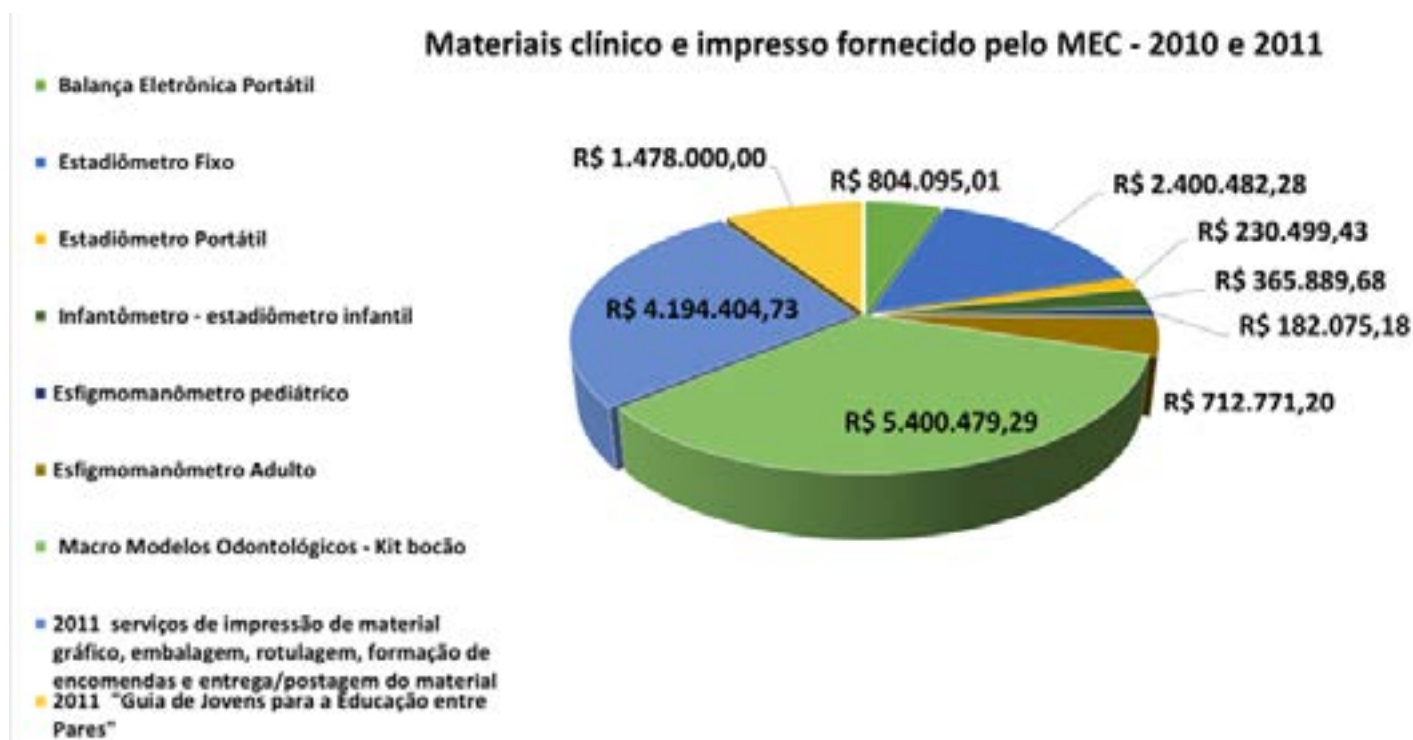
Além desses repasses, de 2012 a 2014, era previsto, por ocasião da realização das atividades da Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola, instituída pela Portaria nº 357, de 1º de março de 2012, o repasse era de R\$ 558,30 por ESF participante da Semana. Em 2013, com a Portaria nº 364, o incentivo financeiro passa a equivaler a 1/12 (um doze avos) da parcela mensal repassada ao ente federado por 1 (uma) ESF, modalidade II, cadastrada no SCNES, multiplicado pelo número de Equipes de Atenção Básica informado pelo ente federado que atuaram na realização da Semana.

### **Recursos MEC para o PSE**

Com relação aos recursos repassados pelo MEC/FNDE, em 2010 e 2011, foram realizados três pregões para aquisição de materiais, produção e postagem, a saber: Pregão Eletrônico Nº 00086/2010 (Decreto nº 5.450/2005 – Dotação Orçamentária do Termo de Referência para Edital de materiais clínicos Ação 0509 Programa 26298.1448.0509.0001) para aquisição de: balança eletrônica portátil (quantidade: 24.749, valor: R\$ 804.095,01), estadiômetro fixo (quantidade: 20.796, valor: R\$ 2.400.482,28), estadiômetro portátil (quantidade: 3.953, valor: R\$ 230.499,43), infantômetro – estadiômetro infantil (quantidade: 3.953, valor: R\$ 365.889,68), esfigmomanômetro pediátrico (quantidade: 3.953, valor: R\$ 182.075,18), esfigmomanômetro adulto (quantidade: 24.749, valor: R\$ 712.771,20), macromodelos odontológicos – kit bocão (quantidade: 24.749, valor: R\$ 5.400.479,29), conjunto de fio dental, espelho bucal e limpador de língua (quantidade: 24.749, valor: R\$ 342.526,16 – obs.: item cancelado na adjudicação); o Pregão Nº 00002/2011 (Decreto nº 5.450/2005 — Dotação Orçamentária do Termo de Referência para Edital de materiais Impressos — Ação 0509 – Programa 26298.1448.0509.0001) de “prestação de serviços de impressão de material gráfico para o Programa Saúde na Escola, bem como serviços de embalagem, rotulagem, formação de encomendas e entrega/postagem do material produzido”. Fornecedor: GRAFICA E EDITORA POSIGRAF S A. CNPJ/CPF: 75.104.422/0001-06, melhor lance: valor negociado: R\$ 4.194.404,7300; e o pregão Nº 00043/2011 (Decreto nº 5.450/2005 – Dotação Orçamentária do Termo de Referência para Edital do “Guia de Jovens para a Educação entre Pares” ação 0509PI - PFB37B3700L Programa de Trabalho 12.847.1448.0509.0001) referente à prestação de serviços de impressão gráfica, embalagem, rotulagem, formação de encomendas e entrega/postagem do material didático pedagógico Guia de Jovens para a Educação entre Pares do Programa Saúde na Escola no valor de R\$ 1.478.000,00.

O investimento total em materiais clínicos distribuídos nas escolas para serem usados pelas ESF foi de R\$ 10.096.292,07 e de R\$ 5.672.404,73 em materiais impressos, conforme gráfico a seguir:

Grafico 1 – Materiais clínico e impresso fornecidos pelo MEC – 2010 e 2011



Fonte: Elaboração própria, 2023.

### Considerações sobre a natureza dos recursos

Em síntese, a natureza dos recursos utilizados no PSE é material e financeira, mas conta com a existência prévia da disponibilidade de recursos de infraestrutura e humanos, como lembramos na introdução desta seção. O tipo de repasse é modalidade fundo a fundo, geralmente; as fontes orçamentárias provêm em grande parte do Bloco de Atenção Básica do orçamento do Ministério da Saúde, onerando o Programa de Trabalho (Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família) e da Ação 0509 do MEC; os recursos se destinam aos municípios para serem utilizados na execução das ações do PSE, a competência de deliberar sobre a aplicação/utilização do recurso é do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI-M e GTI-E).

### Houve aumento real de investimento? Em que medida se pode correlacionar investimento e cobertura do programa?

É possível depreender do histórico de adesão dos municípios ao PSE, conforme tabela abaixo, um crescente avanço no número de municípios aderidos, na quantidade de escolas contempladas, no número de estudantes beneficiados e na cobertura de equipes de Atenção Primária de Saúde no território.

Tabela 1 – Adesão ao PSE: histórico

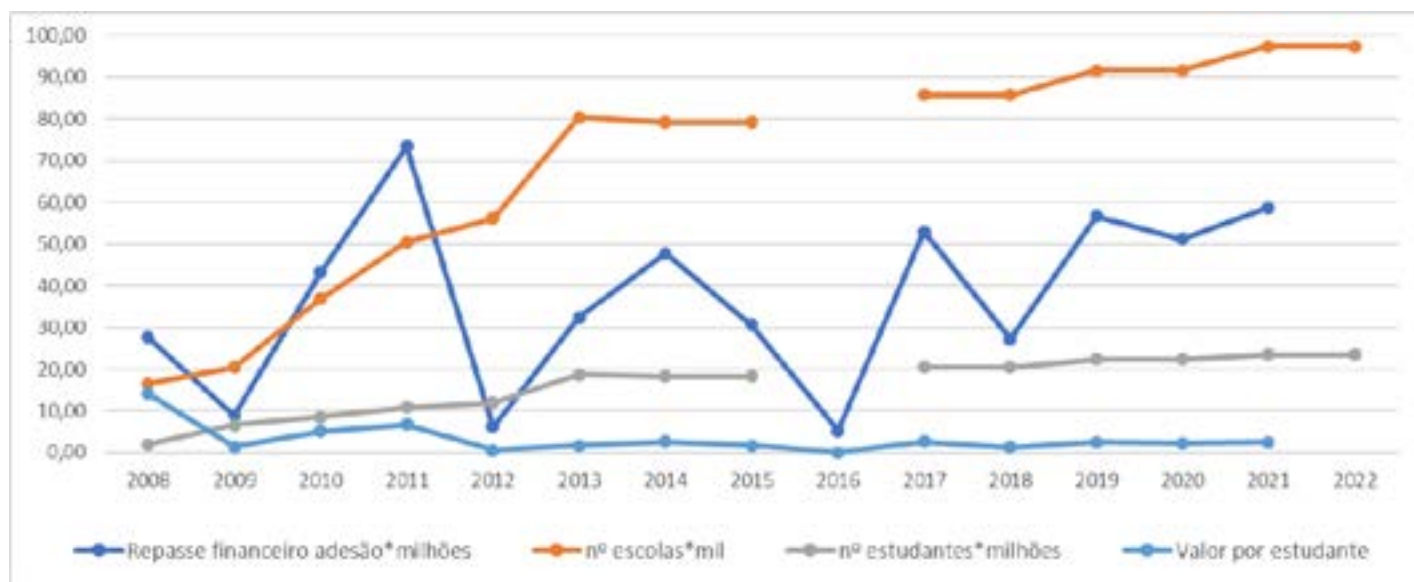
<b>Tabela de Adesão ao PSE - histórico</b>				
Ano	Municípios	Escolas	Estudantes	Equipes da APS
2008	613	16.470	1.941.763	5.130
2009	640	20.422	6.560.649	3.884
2010	1.253	36.892	8.502.412	9.014
2011	2.271	50.545	10.835.238	12.899
2012	2.495	56.157	11.946.778	14.237

2013	4.864	80.435	18.726.458	30.068
2014/2015	4.787	79.167	18.313.214	32.317
2017/2018	5.040	85.700	20.521.416	36.990
2019/2020	5.289	91.659	22.425.160	*
2021/2022	5.422	97.389	23.426.003	*

Fonte: Elaboração própria, 2023.

A análise e a reflexão sobre como se deu, historicamente, o repasse dos recursos financeiros para o PSE, que tem abrangência nacional e conta com significativa densidade institucional no âmbito das políticas públicas intersetoriais de educação e de saúde, desde seu surgimento, há 15 anos, baseiam-se na interpretação técnica das portarias de repasse financeiro publicadas pelo Ministério da Saúde. A despeito do montante financeiro repassado e do uso do recurso, interessa compreender, neste momento da pesquisa, as razões explícitas em portaria que possam justificar os períodos de decréscimo no repasse, conforme apontado no Gráfico 2.

**Gráfico 2: Programa Saúde na Escola: histórico de adesão**



Fonte: Elaboração própria, 2023.

No período entre 2008 e 2009, os recursos financeiros referentes ao PSE eram pagos a partir da adesão do município ao Programa, em parcela única, no último trimestre de cada ano, com base no número de Equipes de Saúde da Família (ESF) cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Em 2011, a Portaria nº 3.014 estabeleceu:

o Termo de Compromisso Municipal como instrumento a ser usado para garantir a transferência dos recursos financeiros do Programa Saúde na Escola. O recebimento dos recursos financeiros para implementação do conjunto de ações do PSE, em conformidade com o número de equipes Saúde da Família informadas no Sistema de Monitoramento do PSE e com as metas pactuadas no Termo de Compromisso era, inicialmente, 70% (setenta por cento) do valor correspondente a uma parcela extra do incentivo mensal das equipes de Saúde da Família que atuam no PSE e os 30% (trinta por cento) restantes dos recursos eram repassados aos Municípios quando e se fossem atingidas 70% (setenta por cento) das metas pactuadas no Termo de Compromisso firmado. Aqui, é possível inferir que muitos municípios não atingiram a meta e isso poderia ser uma justificativa para diminuição do repasse financeiro.

Em 2013, a Portaria nº 1.413 de 10 de julho de 2013 redefine as regras de adesão e critérios financeiros estabelecendo um valor máximo de repasse.

§ 1º O cálculo do valor máximo anual de recursos financeiros ao qual o Município ou o Distrito Federal fará jus será obtido considerando-se as seguintes faixas: I - número total de até 599 (quinhentos e noventa e nove) educandos: valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais); e II - a cada acréscimo entre 1 (um) a 199 (cento e noventa e nove) educandos a partir de 599 (quinhentos e noventa e nove) educandos, soma-se R\$ 1.000,00 (hum mil reais) ao valor máximo anual a ser recebido.

Além disso, reza a portaria que:

Art. 17. Os recursos financeiros do PSE serão repassados aos entes federativos beneficiários após o ato de adesão ao Programa, no percentual de 20% (vinte por cento) do valor anual pactuado. § 1º Serão realizadas, no sexto mês e no décimo segundo mês após a adesão, avaliações de indicadores que determinarão os repasses financeiros de acordo com as metas alcançadas, sendo que apenas os entes federativos beneficiários que alcançarem, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da meta pactuada em cada ação estarão aptos a receber o restante dos recursos financeiros. § 2º Na primeira avaliação a ser feita no sexto mês, após a adesão, o percentual do total do valor máximo anual do incentivo financeiro a que o ente federativo beneficiário fará jus será correspondente à média dos desempenhos obtidos nas ações, subtraindo-se os 20% (vinte por cento) de recursos financeiros já repassados no momento da adesão. § 3º Caso não alcance o mínimo de 50% (cinquenta por cento) em uma das ações pactuadas, o ente federativo beneficiário não terá direito a receber o recurso financeiro referente à primeira avaliação, ressalvando-se a possibilidade de recebimento desse recurso na segunda avaliação. § 4º Após a segunda avaliação, o percentual do valor máximo anual do recurso financeiro a que o ente federativo beneficiário fará jus será correspondente à média dos desempenhos obtidos nas ações, subtraindo-se os percentuais já repassados referentes à adesão e à primeira avaliação de indicadores, caso tenha ocorrido.

Em 2015, na Portaria nº 1.260, de 27 de agosto, as avaliações de indicadores determinam que os percentuais do incentivo financeiro, sejam realizados a partir das informações registradas nos sistemas de monitoramento vigentes (e-SUS AB e SIMEC) e apenas os entes federativos beneficiários que alcançarem, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da meta pactuada estarão aptos a receber o incentivo financeiro.

Em 2016 não houve adesão ao PSE.

Sabe-se que os recursos financeiros referentes à adesão ao PSE destinam-se à implantação do conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, realizadas pelas ESF de forma articulada com a rede de educação pública básica e em conformidade aos princípios e diretrizes do SUS, conforme descrito no art. 4º do Decreto nº 6.286, de 2007. Sabe-se, também, que em Políticas Públicas a utilização dos recursos financeiros adequadamente é um preditor de efetividade de gestão.

Em 2017 ocorre a retomada da adesão, mediante a Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 de abril, que redefine as regras e os critérios para adesão ao PSE por estados, DF e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações, estipulando o valor de R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais) para municípios com até 600 educandos inscritos no Programa e que seria acrescido de R\$1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 e 800 educandos inscritos acima dos 600 educandos.

Já em 2018, o repasse do recurso está atrelado ao alcance das metas pactuadas no ano anterior. Assim, a queda do repasse evidenciada no gráfico parece demonstrar que muitos municípios não conseguiram comprovar a realização das ações pactuadas. É importante destacar que, de acordo com os produtos de consultoria da

consultora Renata Moreira (2020), há problemas e dificuldades no registro de ações no SISAB pelos municípios. Outra questão que pode ser levantada é que 2017 é o primeiro ano do modelo de repasse em ciclos, o que atrela a continuidade do repasse à demonstração das ações realizadas no ano anterior, mediante sistema de monitoramento.

Finalmente, não se pode confirmar aumento real de investimento regular ao Programa, em parte por sua interdependência com cumprimento das metas e ampliação de municípios aderidos.

### Correlação entre financiamento e ampliação da adesão

Na tabela a seguir, segundo o teste de correlação de Pearson, é possível verificar que o repasse financeiro apresenta uma correlação positiva com número de municípios, escolas e estudantes, porém variando em torno de 0,7. Já o financiamento per capita, levando-se em consideração apenas o valor da adesão, apresentou uma correlação negativa e significativa com número de municípios, escola e estudantes, mostrando que, a medida que o número de municípios, escolas e estudantes aumentou ao longo do tempo, o valor aqui considerado como individual e atrelado a cada estudante diminuiu ao longo dos anos.

Tabela 2: Correlação, segundo teste de Pearson

		MUNICÍPIO	ESCOLA	ESTUDANTE	REPASSE FINANCEIRO	FINANCIAMENTO PER CAPITA
MUNICÍPIO	Pearson Correlation	1	,989**	,981**	,676*	-0,404
	Sig. (2- tailed)		<0,001	<0,001	0,011	0,17
	N	14	14	14	13	13
ESCOLA	Pearson Correlation		1	,992**	,698**	-0,44
	Sig. (2- tailed)			<0,001	0,008	0,132
	N		14	14	13	13
ESTUDANTE	Pearson Correlation			1	,705**	0,49
	Sig. (2- tailed)				0,007	0,089
	N			14	13	13
REPASSE FINANCEIRO	Pearson Correlation				1	0,106
	Sig. (2- tailed)					0,731
	N				13	13

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



Há, portanto, evidências de que o PSE expandiu sua abrangência. O teste de correlação de Pearson apresentado na Tabela 2, mostra uma correlação quase perfeita positiva entre número de municípios e número de escolas e estudantes, ou seja, a medida que um aumenta o outro aumenta quase na mesma proporção. Essa correlação quase perfeita também se mantém entre número de escolas e número de estudantes.

### **Considerações sobre os recursos aplicados no PSE**

As mudanças no montante financeiro disponibilizado aos municípios pelo Ministério da Saúde, podem ser classificadas como aquelas relacionadas à caracterização dos municípios elegíveis, que chegou à universalização em 2013; aos critérios por faixa da quantidade de estudantes pactuados, condicionadas ao cumprimento de metas; ao tempo de duração do ciclo, de 15 a 24 meses e, finalmente, a repasses extraordinários voltados para municípios prioritários, como no caso da obesidade infantil e da frequência escolar junto aos beneficiários do PBF, ou ao repasse específico relacionado à prevenção da covid-19, em 2020. O Programa, em 2023, embora universalizado, na perspectiva dos municípios elegíveis, estabelece valores adicionais àqueles municípios que apresentaram maior vulnerabilidade retomando abordagem com foco na equidade. Cabe, ainda, enfatizar que o programa se comportou, ao longo de quize anos de vida, como catalizador para apoio a políticas associadas ao bem-estar de estudantes da educação básica, muitas vezes, atraindo coalizões intra e intersetoriais, vide associação entre escolas aderidas ao PSE e Programa Mais Educação, Plano Juventude Viva, Brasil Carinhosos, Crescer Saudável, Brasil Sorridente, Programa Bolsa Família, entre outros.

Os recursos investidos pela Educação na compra de materiais clínicos e impressos, são registrados apenas nos anos de 2010 e 2011, sem informações sobre a continuidade nos anos subsequentes.

Diante do exposto, infere-se que a sustentabilidade do PSE conta com o importante apoio dos insumos/ incentivos financeiros do Ministério da Saúde e os insumos materiais e clínicos fornecidos na implementação do programa, observadas suas disponibilidades orçamentárias, conforme previsto em decreto, mas, assenta-se, sobretudo, no potencial articulador da gestão, que exige um olhar para além dos recursos financeiros e das disparidades entre as diferentes áreas da educação e da saúde, a partir da capacidade das redes de educação e saúde já instaladas. Por tratar de incentivo, o repasse não parece suprir, a princípio, novas necessidades de recurso para implementação e aprimoramento do programa, mas estimula a adesão de agentes políticos e gestores na execução das atividades.

Observamos, ainda, a necessidade de outra ordem de recursos, como a disponibilidade de profissionais e o tempo protegido para realizar plenamente as ações do programa. Tempo e pessoas encontram-se associados, quanto menor o quantitativo de pessoas nas equipes de saúde, menor o tempo disponível para as atividades de prevenção e de promoção. Estudo que levantou o perfil do profissional que realiza ações no PSE no DF (Scherer *et al.*, 2022) identificou a predominância de enfermeiros e agentes comunitários de saúde, além de técnicos de enfermagem. A participação dos ACS é ratificada por outros estudos, como Fonseca *et al.* (2012). Com a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, em 2017 (Brasil, 2017) que redirecionou o trabalho dos ACS e reduziu sua inserção nas equipes de saúde da família (Silva *et al.*, 2020), podemos inferir a diminuição de equipes completas, com a presença de ACS e de constituição de NASFs. De modo que, ao considerar a própria rede constituída como recurso, a diminuição de profissionais com perfil para atuar no programa dentro da rede representa diminuição de recursos de infraestrutura para o programa.

Finalmente, considerando as redes de atenção primária e de educação básica como os recursos basilares do programa, pode-se sugerir que a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, ao instituir o “Novo Regime fiscal” por vinte anos, comprometeu a capacidade de investimento governamental nas áreas sociais, como saúde e educação.

## **4. A materialização dos objetivos: ações propostas pelo PSE**

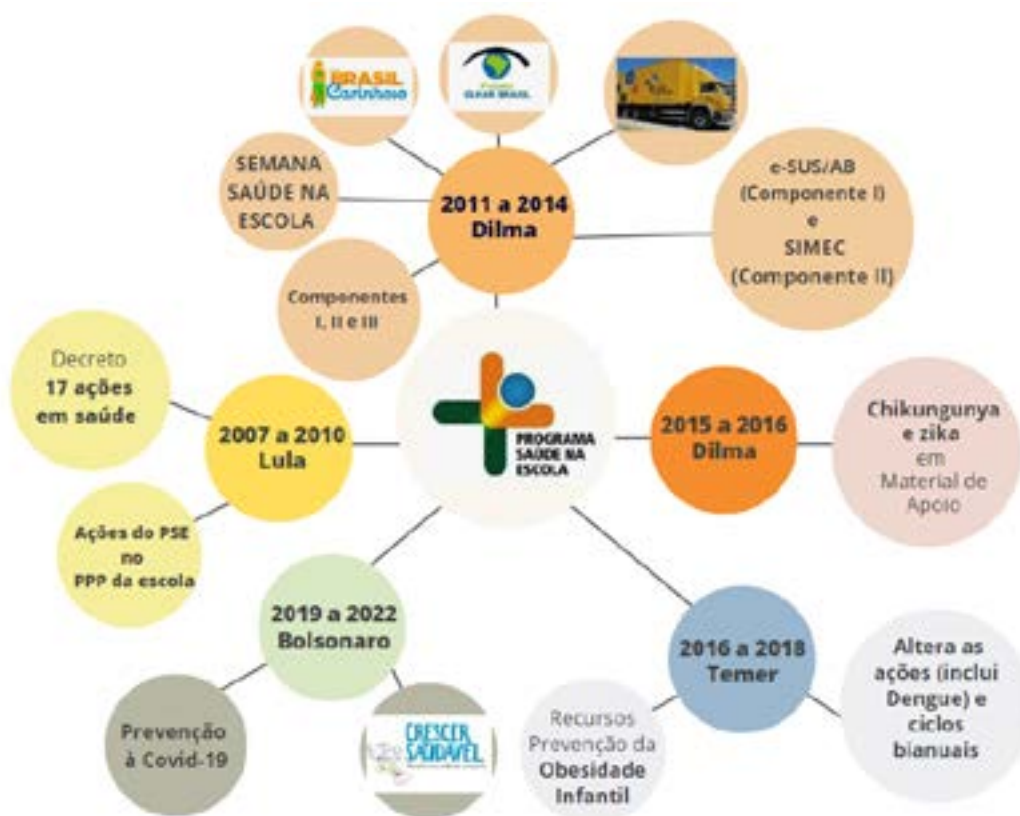
A seguir, serão analisadas, a partir dos documentos legais publicados, quais ações e atividades constam no

<sup>20</sup> Cabe recordar que, até 2017, as equipes de Atenção Primária à Saúde eram vinculadas às escolas pactuadas no momento de adesão. (Fernandes *et al.*, 2022)

Programa, quando surgem e como se transformam ao longo dos anos.

Como já apontado neste documento, a finalidade e os sete objetivos enunciados no Decreto de criação do programa (Decreto no 6.286, de 5 de dezembro de 2007) podem ser categorizados, em sua maioria, em 13 dimensões identificadas dentre os objetivos e diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde. Referem, por exemplo, ao desenvolvimento integral de estudantes, à integração das redes de educação básica e de atenção primária, à qualidade de vida, à redução de vulnerabilidades, à territorialização e à participação social, à promoção da equidade e de ambientes saudáveis, dentre outros. A natureza, escopo e tema das ações do programa devem, em tese, corresponder aos objetivos, finalidade e diretrizes almejados.

Figura 6: Documentos do PSE por período de gestão



Fonte: Elaboração própria, 2023.

## Ações de gestão

### 2007-2010: segundo governo Lula

O Decreto nº 6.286 de 2007, que cria o programa, estabelece no artigo 6º que o monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

A Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (Ciese) é instituída pela primeira Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008, que tem como competências, desde propor diretrizes para a política nacional de saúde na escola, apresentar referenciais conceituais de saúde e da educação, propor estratégias de integração e articulação e acompanhar a execução do Programa, “especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do Programa” (art. 2º).

Funcionaria como instância técnico-política de governança do programa, composta por representantes dos Ministérios da Educação e Saúde, incluindo, no MEC, a Secretaria-Executiva (SE); Secretaria de Educação Básica

(SEB); Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (Secad); Secretaria de Educação Especial (SEESP); e o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). No Ministério da Saúde, coordenador da Comissão, participariam Secretaria-Executiva (SE); Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES); e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). O PSE buscou, desde o início, envolver diferentes áreas da saúde e da educação, na perspectiva da integração intrasetorial.

Ademais, compunham a Ciese o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Educação (Consed); e União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (Undime), sinalizando a valorização da construção Interfederativa.

A Portaria Interministerial nº 3.696 de 25 de novembro de 2010, estabelece critérios para a adesão ao PSE para o ano de 2010 e divulga a lista de municípios aptos para manifestação de interesse. Neste momento, surge a orientação sobre a elaboração de Projeto Municipal de Saúde na Escola e de Termo de adesão.

A Portaria afirma que “a programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no Projeto Político Pedagógico de cada uma das escolas” e o “Plano de Ação Local, contendo o cronograma das ações do Projeto que constem as diferentes fases de implantação e implementação, o prazo e os responsáveis” deverão constar do Projeto Municipal de Saúde na Escola.

### **2011-2014: primeiro governo Dilma**

Dentre os objetivos e diretrizes do Programa, muitos referem-se à integração entre as políticas e redes de saúde e de educação básica no território. Neste sentido, foram instituídos os Grupos de trabalho Intersetorial, nas esferas federal, estadual, municipal e distrital como as “ações” voltadas para induzir o a gestão intersectorial em todos os níveis. Não identificamos uma portaria que criasse os grupos de trabalho intersectorial, no entanto, na Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, art. 4º, parágrafo único, são indicadas as formas de participação dos Estados, dentre as quais o compromisso de “apoiar a realização das ações do PSE nas escolas estaduais e a fomentar a atuação do Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual do PSE (GTIE)”.

Posteriormente, em seu artigo quinto, informa que “A gestão do PSE é realizada pelos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal do PSE, em conformidade com as diretrizes da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE)”<sup>21</sup>.

Nos artigos seguintes, são descritas as atribuições dos GTIs Federal, Estadual e Municipal.

Art. 6º Compete ao GTI Federal do PSE (GTI-F):

I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias de Art. 6º Compete ao GTI Federal do PSE (GTI-F):

I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias de Educação e Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal;

II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema de ensino público, no nível da educação básica, no Distrito Federal e nos Municípios;

III - subsidiar a formulação das propostas de educação permanente e formação continuada dos profissionais da saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;

IV - apoiar os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal na articulação, planejamento

<sup>21</sup> Em 2011 o Guia “Passo a Passo, Programa Saúde na Escola, tecendo caminhos da intersectorialidade,” já apresentava as competências dos GTI federal, estadual e municipal, antes mesmo da publicação da Portaria nº 1413 de 2013. Outro documento, publicado em 2015, “Caderno do Gestor do PSE” também apresenta as competências dos GTI. A comparação entre estes documentos revela que ambos os textos guardam similaridades, mas também trazem modificações referentes ao texto da Portaria. Decidimos utilizar como referência o texto da Portaria.

e implementação das ações do PSE;

V - estabelecer, em parceria com as entidades e Conselhos representativos dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação, os instrumentos e os indicadores de avaliação do PSE; e

VI - definir as prioridades e metas para realização das ações do PSE.

Art. 7º Compete ao GTI Estadual do PSE (GTI-E):

I - definir as estratégias específicas de cooperação entre Estado e Municípios para o planejamento e a implementação das ações no âmbito municipal;

II - articular a rede de saúde para gestão do cuidado dos educandos com necessidades de assistência em saúde, identificados pelas ações do PSE;

III - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre a rede de saúde, integrada pela atenção básica e especializada e pela rede de urgência e emergência, e a rede de educação pública básica;

IV - subsidiar a formulação das propostas de educação permanente e formação continuada dos profissionais da saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;

V - apoiar os gestores municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;

VI - subsidiar o processo de assinatura do Termo de Adesão de que trata o parágrafo único do art. 4º;

VII - contribuir com os Ministérios da Saúde e da Educação no monitoramento e avaliação do PSE; e

VIII - identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os Municípios do PSE, em parceria com o GTI-F.

Art. 8º Compete ao GTI Municipal do PSE (GTI-M):

I - apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, execução, avaliação e gestão dos recursos financeiros;

II - articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos políticos pedagógicos das escolas;

III - definir as escolas públicas federais, estaduais (em articulação com o Estado) e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-se as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Equipes de Atenção Básica e os critérios indicados pelo Governo Federal;

IV - possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as Equipes das Escolas e as Equipes de Atenção Básica;

V - subsidiar o processo de assinatura do Termo de Compromisso de que trata o art. 2º pelos Secretários Municipais de Educação e de Saúde;

VI - participar do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar sua execução;

VII - apoiar, qualificar e garantir o preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE;

VIII - propor estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal; e

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

Art. 9º Ao Grupo de Trabalho Intersetorial do Distrito Federal no âmbito do PSE compete as atribuições e direitos reservados ao GTI-E e ao GTI-M, nos termos dos arts. 7º e 8º.

Dentre as seis competências dos Grupos de Trabalho Intersetoriais, no nível federal, três referem ao planejamento integrado ou à articulação entre saúde e educação (I, II, IV), seja apoiando, subsidiando ou promovendo, no GTI Estadual, as competências I, III e V desdobram aquelas do GTI Federal no que se refere à definição das estratégias de cooperação entre educação e saúde entre os municípios e entre municípios e estado, apoio aos gestores municipais no planejamento e implementação integrados das ações do PSE. Ao GTI Federal, compete subsidiar propostas de educação permanente, assim como aos estados, cabendo aos municípios sua execução.

Aos Estados cabe, ainda, de modo específico, coordenar a rede de saúde do estado e seus municípios para atender as necessidades dos educandos e, ainda, identificar experiências municipais exitosas e promover intercâmbio entre os municípios. Cabe também aos estados, subsidiar a assinatura do termo de adesão.

Aos Municípios compete desdobrar ações federais e estaduais de modo executivo, além de ser o responsável por apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE, integrar os temas no Projeto Político Pedagógico das Escolas, definir as escolas participantes.

A Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, inova, ainda, no registro das informações sobre as atividades desenvolvidas no PSE, orientando que deverão ser efetuadas e atualizadas nos Sistemas e-SUS da Atenção Básica (e-SUS/AB) e Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC). O componente I do PSE será monitorado e avaliado com base nas informações contidas no e-SUS/AB; e os componentes II e III do PSE serão monitorados e avaliados com base nas informações contidas no SIMEC.

Nota-se que é na esfera federal que são definidas as prioridades e estabelecidos os instrumentos de avaliação e monitoramento, tais ações são apoiadas pelos estados e executadas pelos municípios, **sugerindo uma implementação verticalizada, do tipo top down.**

## **Ações de promoção da saúde, atenção e prevenção de doenças e agravos**

### **2007-2010: segundo governo Lula**

O Decreto nº 6.286/2007 apresenta, além da finalidade e dos objetivos, as diretrizes do PSE e estabelece no artigo 4º que as ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras: I – avaliação clínica; II – avaliação nutricional; III – promoção da alimentação saudável; IV – avaliação oftalmológica; V – avaliação da saúde e higiene bucal; VI – avaliação auditiva; VII – avaliação psicossocial; VIII – atualização e controle do calendário vacinal; IX – redução da morbimortalidade por acidentes e violências; X – prevenção e redução do consumo do álcool; XI – prevenção do uso de drogas; XII – promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; XIII – controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; XIV – educação permanente em saúde; XV – atividade física e saúde; XVI – promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e XVII – inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Ainda no artigo 4º, o parágrafo único estabelece que as equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

### **2011-2014: primeiro governo Dilma**

Em agosto de 2011, pela Portaria Interministerial nº 1.910, são criados os componentes do PSE, que dividem as linhas de ação e ações do Programa em:

- Componente I: avaliação clínica e psicossocial;
- Componente II: ações de promoção da saúde e prevenção; e
- Componente III: educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde e de jovens para o PSE.

Nesta mesma Portaria, fica estabelecido o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do PSE. A portaria traz em seu anexo I, o modelo do Termo de Compromisso, que apresenta em sua Cláusula Terceira – do Parâmetro Essencial, os componentes I e II do Programa.

A cláusula terceira define os parâmetros essenciais de cobertura das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares do PSE, sendo: 500 escolares/ano por Equipe de saúde da família para ações do componente I – Avaliação Clínica e Psicossocial e 1.000 escolares/ano ou 100% dos escolares em caso inferior a mil escolares no município, por equipe saúde da família, para as ações do componente II – Promoção e prevenção da saúde. Note-se que o componente III – Educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde e de jovens para o PSE só é citado na última cláusula (cláusula quinta) do Termo de Compromisso.

Na Portaria Interministerial nº 1.911 de 8 de agosto de 2011 fica determinado, dentre outras coisas que, a partir do exercício de 2011, os municípios já credenciados, por meio de portarias de 2008 e 2010, somente se tornarão aptos ao recebimento de recursos financeiros e materiais do PSE após a assinatura do Termo de Compromisso Municipal.

Em março de 2012, a Portaria nº 357 instituiu a Semana Saúde na Escola, com necessidade de adesão pelos municípios e instituição de recurso, que proponha como tema a prevenção e controle da obesidade infantil.

Em 2013, a Portaria nº 364, de 8 de março 2013, redefiniu a Semana de Mobilização Saúde na Escola como de periodicidade anual, o respectivo incentivo financeiro e a orientação sobre os temas principais a serem trabalhados: saúde ocular e prevenção e controle da obesidade.

Voltando a 2012, em novembro, a Portaria nº 2693 propõe a expansão de ações em 122 municípios que não haviam pactuados todas as equipes de saúde na família no Termo de Compromisso. Tais municípios foram considerados prioritários no contexto da ação governamental Brasil Carinhoso, pois apresentavam mais de 50% de alunos beneficiários do Programa Bolsa Família em seus respectivos estabelecimentos de ensino.

Os 122 municípios poderiam optar por participar ou não por participar da expansão prevista e fariam jus ao repasse de incentivo financeiro previsto na portaria. O repasse do recurso estava condicionado à realização e registro no SIMEC, das seguintes atividades de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares das pré-escolas: avaliação antropométrica e avaliação nutricional; verificação do calendário vacinal; e avaliação de saúde bucal.

Neste momento, o PSE atua como catalisador do programa Brasil Carinhoso nos territórios e estabelece parceria com o Programa Bolsa Família.

A Portaria Interministerial nº 2.299, de 3 de outubro de 2012, redefine o Projeto Olhar Brasil. Nessa portaria, fica estabelecido o público-alvo do Projeto Olhar Brasil: educandos de escolas vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), gerido pelos Ministérios da Saúde e da Educação; e os alfabetizados cadastrados no Programa Brasil Alfabetizado (PBA), voltado aos jovens e adultos, gerido pelo Ministério da Educação. Os entes federativos habilitados no Projeto Olhar Brasil deverão: realizar triagem para avaliação da acuidade visual junto aos educandos matriculados em escolas vinculadas ao PSE; garantir o acesso a ações e serviços de saúde para atenção integral em oftalmologia aos educandos selecionados após a triagem, o que inclui gestão do cuidado pela atenção básica; realização de consultas oftalmológicas; realização de procedimentos necessários ao tratamento de doenças em saúde ocular; e correção de erros de refração por meio da oferta gratuita de óculos.

A Portaria nº 1.413/2013 em seu artigo 4º, que trata das etapas de adesão ao PSE, inclui a possibilidade de adesão ao Projeto Olhar Brasil. Dessa forma, a ação do PSE, realizar triagem de acuidade visual dos escolares (Teste de Snellen) e identificar escolares com problemas visuais ganha o reforço do Projeto Olhar Brasil, e a “promessa” de garantia de acesso a ações e serviços de saúde para atenção integral em oftalmologia para os estudantes triados nas escolas do PSE, incluindo a oferta gratuita de óculos, quando necessário.

Houve articulação entre o Projeto Olhar Brasil e o PSE para realização da adesão no mesmo momento pelos gestores, desta forma, após a conclusão da adesão ao PSE, o sistema informava ao município que ele era elegível para adesão ao Olhar Brasil e se havia interesse na adesão, caso houvesse interesse, o gestor municipal era direcionado ao sistema de adesão ao Olhar Brasil.

Ainda em 2013, em outubro, a Portaria Interministerial nº 15, institui o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e Oftalmologia, no âmbito do PSE e Programa Brasil Alfabetizado (PBA). Os consultórios itinerantes são veículos adaptados e equipados para desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal e oftalmológica. O Projeto tinha como objetivo realizar ações de atenção à saúde da população, prioritariamente de escolares atendidos pelo PSE e cadastrados no PBA, e possibilitar um novo cenário de ensino e aprendizagem na formação de profissionais de saúde nas áreas de saúde bucal e oftalmológica.

Em 2014, a Nota Técnica conjunta nº 56, de 29 de abril, elaborada pelos Ministérios da Saúde, (DAB/SAS) e da Educação (Secadi), e pelas Secretarias Nacional de Juventude e de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, informa sobre a parceria entre os entes citados para orientar a ação de Promoção da cultura da paz nas escolas aderidas ao PSE em consonância com as ações do Plano Juventude Viva. Eram previstas ações de formação para gestores e profissionais da saúde e da educação sobre “A cor do Brasil”, a formação era de responsabilidade da SECADI/ MEC.

### **2015-2016: segundo governo Dilma**

Já em 2015, a Portaria nº 798, de 17 de junho de 2015, redefine novamente a Semana Saúde na Escola, retirando a necessidade de prévia adesão, informando que o tema principal da Semana será divulgado anualmente nos canais de comunicação do Ministério da Saúde e não trata de repasse do respectivo incentivo financeiro.

Entre 2015, é preparado um material de apoio para a Semana de Saúde na Escola de 2016, publicado apenas em 2016, voltado para a mobilização da comunidade escolar contra o *Aedes aegypti*, após a Emergência em Saúde Pública do Zika Vírus.

A Semana Saúde na Escola foi um marco na divulgação e fortalecimento do PSE nos territórios, pois trouxe visibilidade ao Programa. Nos anos de 2012 e 2013 foram criadas peças publicitárias para televisão e outros meios de comunicação para divulgação da Semana, que contou com eventos de abertura, com a participação do Ministro da Saúde. É importante lembrar que a Semana Saúde na Escola não previa desenvolvimento de novas ações pelas equipes e as ações realizadas durante a Semana eram contabilizadas para o alcance de metas.

### **2016- 2018: governo Temer**

Em 2016, é publicado o *Caderno de anotações, relato de experiências*, versão preliminar, voltado para o compartilhamento de experiências sobre educação em saúde ambiental para a promoção de ambientes saudáveis, repercutindo a mobilização geral com relação à prevenção das arboviroses, após a ESPIN do Zika vírus.

No ano de 2017, em abril, é editada a Portaria nº 1055, redefine as regras e os critérios para adesão ao PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. A portaria lista novo rol de ações do PSE, reduzindo de 19 ações existentes no Termo de Compromisso (Componente I: 9 ações; Componente II: 7 ações; e Componente III: 3 ações) para 12 ações, mesclando ações já existentes nos Componentes I e II, inserindo o enfrentamento à dengue e excluindo totalmente o Componente III. Segue, abaixo, trecho sobre as 12 ações:

Art. 10. O estado, o Distrito Federal e o município que aderir ao Programa Saúde na Escola deverá realizar no período do ciclo as seguintes ações: 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 Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

A Portaria nº 3.662, de 14 de novembro de 2018, além de habilitar municípios ao recebimento de recurso financeiro para implementação das ações do PSE, também destina recursos financeiros para municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. Um dos critérios para escolha dos municípios prioritários é a adesão ao PSE. Mas não há outra vinculação explicitada na Portaria, ou reforço ao desenvolvimento de ações do PSE nas escolas, a portaria cita que as ações de prevenção da obesidade serão acompanhadas pelos sistemas de monitoramento da Atenção Básica.

### 2019-2022: governo Bolsonaro

O PSE estabelece “parceria” com um Programa Crescer Saudável em 2019. A Portaria nº 2264, de 30 de agosto, informa em seu artigo terceiro que os municípios que aderiram ao **Programa Crescer Saudável**, se comprometendo com o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção da obesidade infantil em escolares, farão jus ao recebimento de incentivo financeiro. Observa-se a importância do enfrentamento da dengue, pois em seu artigo segundo o “Município que não registrar a ação 12 – Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti* – mesmo que contemplada as demais, permanecerá aderido ao ciclo, mas, não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte”.

Em 2020, já no período da pandemia de covid-19, a Portaria nº 564, de 8 de julho, inclui ações de promoção e prevenção de doenças voltadas à prevenção do novo coronavírus realizadas no âmbito das escolas.

A Portaria nº 2.027, de 7 de agosto de 2020, dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros federais aos municípios e ao Distrito Federal, em caráter excepcional e temporário, considerando ações de saúde nas escolas da rede básica de ensino no enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional e internacional em decorrência da covid-19. Destaca-se que o incentivo financeiro foi destinado a todos os municípios brasileiros, independentemente da adesão ao PSE.

Ainda em agosto de 2020, a Portaria nº 2.306 orienta que ações relacionadas à Covid-19 desenvolvidas no



âmbito das escolas devem ser monitoradas pelo sistema de informação em saúde para a atenção básica (SISAB).

A Portaria nº 1.320, de 22 de junho de 2021, que “define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e ao Crescer Saudável para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências”, explicita as ações de prevenção e cuidado da obesidade que serão acompanhadas pelo SISAB e pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), a saber: avaliar o estado nutricional dos estudantes menores de 10 anos matriculados em escolas participantes do Programa Saúde na Escola; avaliar os marcadores de consumo alimentar dos estudantes menores de dez anos matriculados em escolas participantes do PSE; ofertar atividades coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável para os estudantes matriculados em escolas (creches, pré escolas e escolas de ensino fundamental I) participantes do PSE; ofertar atividades coletivas de promoção da atividade física; e Realizar atendimento individual em estudantes menores de 10 anos identificados com obesidade. A Portaria nº 1.320 também atrela o recebimento do incentivo financeiro à realização das ações do Programa Saúde na Escola de Prevenção à covid-19 e a realização de, no mínimo, mais duas ações do Programa Saúde na Escola, conforme prioridades determinadas pelo município.

### **2023-2026: terceiro governo Lula**

Em 27 de julho de 2023, é publicada a Portaria nº 1.004, que define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2023/2024, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e define as seguintes ações prioritárias para o ciclo 2023-2024: Alimentação saudável e prevenção de obesidade e promoção da atividade física, ou saúde mental, ou prevenção de violências e acidentes, ou promoção da cultura de paz e direitos humanos, ou saúde sexual e reprodutiva e prevenção de HIV/IST.

### **Considerações sobre a natureza das ações do Programa Saúde na Escola**

No momento de criação do PSE, foram elencadas dezessete ações de natureza diversa. Algumas destas ações tinham como foco a avaliação do estado de saúde de estudantes, de modo a garantir acompanhamento (clínica, nutricional, oftalmológica, bucal, auditiva e psicossocial); outra, específica, a atualização e controle do calendário vacinal; outras, também voltadas à prevenção de doenças e agravos; e finalmente as de promoção da saúde. Além destas ações, também foram citadas as de monitoramento e avaliação e as relacionadas à gestão intersectorial do programa, como a criação dos grupos de trabalho intersectoriais com suas atribuições. Não foram encontradas ações voltadas para a participação dos jovens, crianças e familiares.

Posteriormente, entre 2011 e 2017, foram reestruturadas em 19 ações distribuídas em três componentes: Componente I de Atenção; Componente II de prevenção e Componente III de capacitação e educação permanente. As ações de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (atualmente, infecções sexualmente transmissíveis); relativas aos direitos sexuais e reprodutivos, e ao uso de álcool e outras drogas, anteriormente abordadas pelo Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) foram identificadas com este componente. Sendo comum a narrativa de que o PSE havia integrado o SPE em seu componente II.

Outra ação específica, foi a Semana Saúde na escola, induzida a partir de 2012, de modo a sensibilizar, comunicar e mobilizar a comunidade escolar para as ações do PSE, trabalhando entre 2012 e 2015 temas como prevenção à obesidade infantil, saúde ocular e saúde ambiental, no combate ao *Aedes aegypti*.

Em 2017, os componentes do PSE foram substituídos pelo retorno a uma lista temática de 12 ações sem definição a priori com relação à sua natureza (prevenção, atenção ou promoção). Em 2023, são elencadas cinco ações prioritárias.

Cabe ainda lembrar, que entre 2012 e 2020, diferentes programas ou ações de prevenção e atenção foram incluídas junto às regulares, a exemplo do Brasil Carinhoso (2012), Olhar Brasil (2013), Consultórios Itinerantes

(odonto e oftalmo) 2013, Prevenção à obesidade (2018), Crescer Saudável (2019) e as ações de promoção e prevenção à Covid 19, em 2020.

De modo que a natureza das ações não parece modificar-se ao longo do tempo, embora algumas atividades tenham praticamente desaparecido, como aquelas de capacitação e educação permanente, após a retirada dos componentes do programa, visíveis apenas na Portaria Interministerial Nº 1.413 que definiu as competências dos GTI Federal, estadual e Municipal. Os temas são priorizados a partir de listagens e definição de ações prioritárias no momento de adesão ou na proposta das Semanas de Saúde na Escola, uma ação nova, de mobilização. Cabe ainda, salientar a parceria entre o PSE e outros Programas do Ministério da Saúde voltados para o público escolar, como Olhar Brasil, Consultórios Itinerantes, Brasil Carinhosos e Crescer Saudável, e mesmo a distribuição de recursos para a prevenção à Covid 19 e sobre o retorno seguro às aulas presenciais, e uma aproximação com o Plano Juventude Viva em 2014, e com o Programa Bolsa Família, desde 2012, enfatizando o programa como agente catalisador das ações sanitárias e sociais voltadas para o público escolar, cuja ênfase temática reflete as prioridades governamentais.

## 5. Considerações sobre correlação entre objetivos e ações

Cabe observar as interrelações entre objetivos, atividades/ações e diretrizes/princípios do Programa, de modo a perceber em que medida o PSE dispõe de capacidade para realmente alcançar seus objetivos e finalidade, na perspectiva da promoção da saúde.

Analisando as ações de avaliação clínica, prevenção, atenção e promoção à saúde apresentadas nos documentos analisados, depreendemos que a realização destas ações seria suficiente para promover o desenvolvimento integral dos estudantes das escolas participantes do PSE. Entretanto, não fica claro, no desenho do programa, como o somatório das ações promove o desenvolvimento integral do estudante, ou mesmo garante os sete objetivos elencados no documento de criação do projeto, na perspectiva de um modelo de teoria da mudança.

As diretrizes, princípios e objetivos do PSE, buscam a integralidade, a intersetorialidade, a territorialidade, como orientadores de ações, de modo a fortalecer a participação social, a autonomia e capacidade crítico-reflexiva no cuidar de si e no atuar coletivamente no enfrentamento de problemas, bem como diminuir situações e condições de vulnerabilidade dos estudantes.

No que toca a integralidade, presente nos objetivos, finalidade e diretriz do PSE, em que medida as ações do PSE, seja de atenção, prevenção ou promoção, buscam reconhecer todas as dimensões da criança, adolescente ou jovem (cognitiva, biológica, psíquica, afetiva, social, cultural, motora, espiritual?). O conceito de saúde é trabalhado na sua positividade? São consideradas as determinações sociais da saúde? A garantia de direitos?

Participação e territorialização são dimensões estruturantes da promoção da saúde. Cabe enfatizar que a menção à participação social presente no decreto de criação e em materiais de apoio, um deles o caderno gestor, foi também, de forma mais específica, voltada para a participação dos jovens, crianças e adolescentes, em outros documentos, como o Guia de Sugestões e atividades, Semana Saúde na Escola 2012, 2013 e 2014; nos Cadernos de anotações e experiências da Semana Saúde na escola 2016 versões preliminares 2016 e 2017; Nota Técnica conjunta nº 564/2014 sobre o plano Juventude Viva, voltada para gestores Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação, orientando ações de promoção da cultura de paz e direitos humanos do PSE. Bueno e Koptcke (2022) analisam o papel da gestão federal na participação juvenil dentro do Programa Saúde na Escola, e comentam que embora presente como objetivo e diretriz do programa no Decreto, o tema surge de maneira genérica e como menção, sem detalhamento em orientações programáticas ou metodológicas para os profissionais que implementam o programa nas escolas, ou como orientação para a composição dos espaços de governança do programa, tão pouco foi objeto dos Cadernos e Guias elaborados em 2015 e revisados e publicados em 2022. A exceção à regra, foram os materiais relativos as atividades da Semana de Saúde na escola, entre 2012-2017 e a Nota Técnica conjunta nº 56, de 2014.

O controle social, a participação popular na saúde e a territorialidade implicam em relações mais horizontalizadas entre estudantes e profissionais da educação e da saúde, com diálogo e espaço para reflexão crítica e constituem diretrizes do PSE. Em que medida, estão presentes nas suas atividades? No modo de gerir o projeto? Nas atividades educacionais?

A a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, além a integração entre as redes públicas de saúde e de educação básicas são todas diretrizes do programa. Na avaliação das atividades do PSE cabe indagar, as atividades são realizadas por equipes multidisciplinares? Colocam em relação escola e UBS desde o planejamento até a avaliação? A escola e a UBS se abrem para demais atores do território em torno de agendas compartilhadas?

A ação de capacitação desaparece dos documentos normativos em 2017, embora desde antes de 2015, se construam propostas para confecção de material pedagógico de apoio aos profissionais da saúde e da educação, alguns publicados apenas 2022.

A realização de uma ação de avaliação clínica, poderia ser articulada a ações educativas com a participação de estudantes e pais, vinculando o cuidado à reflexão sobre direitos, condições de saúde, recursos do território etc. Neste caso, seria preciso conhecer não apenas a natureza das ações, mas também como são realizadas.

Caberia, talvez induzir no modelo, **ações transversais complementares** capazes de **qualificar as demais ações**, como por exemplo, criar comitês de gestão do projeto dentro das escolas, envolvendo os estudantes, fortalecer os grêmios e representações estudantis para ações de promoção da saúde, abordar o conceito ampliado de saúde e suas determinações junto aos estudantes e aos profissionais de saúde e educação nas escolas e UBS, utilizar a territorialização como ação pedagógica (Monken & Gondim, 2016), programas de iniciação científica na educação básica voltados para a saúde na perspectiva das necessidades do território (Trindade *et al.*, 2016), envolver a comunidade escolar e profissionais residentes, ACS, AVE e demais profissionais da saúde, na construção de projetos locais com diagnóstico, objetivos e metas para cada ciclo, dentre outras ações. Tais ações teriam como principal objetivo fortalecer o pertencimento e a participação dos envolvidos com o programa, além de contribuir para a sustentabilidade e a intersetorialidade.

## 6. Nível de implementação: desafios e potencialidades do PSE

### Revisão bibliográfica nacional

Visando contribuir com a análise de plausibilidade do programa, foi realizada uma revisão documental e bibliográfica. A partir da etapa de análise dos produtos das consultorias individuais celebradas pelo Ministério da Saúde, foram considerados os produtos 1 e 2 de Adriano Henrique Caetano Costa, intitulados *Documento contendo plano de ação para a realização das visitas in loco nas 05 regiões do país (junho/2020)* e *Documento contendo análise dos dados das ações do Programa Saúde na Escola por região do país (agosto/2020)*, como norteadores da proposta metodológica adotada na revisão.

Os objetivos da revisão de literatura são encontrar e analisar estudos relacionados aos processos de avaliação do Programa Saúde na Escola e os resultados encontrados por tais estudos, de modo a proporcionar um apanhado do conhecimento acumulado acerca da implementação do programa e, eventualmente, seus resultados, desafios e potenciais. Outra dimensão abordada foi identificar os desenhos das avaliações realizadas, de maneira a contribuir com a definição da atual pesquisa.

### Método do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo documental, realizado por meio de revisão da literatura, com consulta nas bases de dados, BVS, SciELO e Periódicos Capes. O descritor utilizado foi “Programa Saúde na Escola” and “Avaliação”.

Delimitações do estudo: ano de publicação (entre 2007 e 2023), material (artigo científico na íntegra), idioma (português), local (Brasil). Após busca inicial e filtros, foram encontrados 51 documentos, sendo cinco na BVS,

11 no SciELO e 35 no portal de Periódicos Capes, entre artigos e dissertações. Excluindo-se as 11 duplicatas e duas triplicatas de artigos que apareceram em mais de uma base e os dois títulos que não contemplavam PSE e avaliação, restaram 26 documentos, sendo 7 dissertações. Para a análise final, adotando-se o critério de conveniência similitude temporal com o objeto de estudo da Pesquisa para dissertações, foram selecionados para análise um total de 20 documentos, sendo duas dissertações de 2021.

Foram definidas sete perguntas essenciais para a análise dos artigos selecionados, a saber: 1) O que o artigo avalia? 2) Qual a metodologia apresentada? 3) Qual a duração do estudo apresentado? 4) Qual(is) os resultados? 5) Apresenta indicador(es)? 5.1) Quais? 6) Quem realiza o estudo? 7) Houve financiamento?

Cabe registrar que os achados com relação as perguntas de análise 3, 5 e 7 foram poucos. Com relação a apresentar indicadores, nenhum artigo os apresenta. Quanto a duração do estudo, dois dos documentos apresentava o período de realização do estudo, sendo um de abril a julho e o outro um de maio a julho de 2007. Quanto ao financiamento, quatro documentos tiveram citadas bolsas de amparo à pesquisa.

Os achados sobre quem é responsável pela realização dos estudos indicam que todos foram realizados por instituições de ensino e pesquisa, sendo três deles com o poder executivo municipal. Para as demais questões, os achados foram robustos e, a partir da leitura dos resumos e da extração de trechos capazes de responder as perguntas formuladas, considerando os objetivos, palavras-chave, resultados e metodologia, foram definidas três categorias para análise: Intersetorialidade (5 artigos), Monitoramento e Avaliação (13 documentos) e Modelo Lógico (2 artigos).

## Resultados

Os resultados são apresentados em duas fases, a saber:

Fase 1: Apresentação dos artigos selecionados, em quadro, com a seguinte organização: referência, objetivo/ abordagem metodológica, principais resultados e categorias.

Fase 2: Discussão dos achados por categoria (critério de semelhança entre os estudos) e embasamento teórico. Como os dois artigos da categoria Modelo Lógico já fazem parte da discussão do Modelo Lógico da Pesquisa, ela não será reapresentada aqui.

### Fase 1: Apresentação dos artigos e categorias

Quadro 3 – Apresentação dos artigos			
Referência	Objetivo e abordagem metodológica	Principais Resultados	Categorias
1) Sousa, M. C.; Esperidião, M. A.; Medina M. G. "A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-governamental e das práticas de trabalho", <i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i> , n. 22 (2017): 1781-1790.	O artigo investiga como a intersectorialidade se operacionaliza. Avaliou os processos político-governamentais e as práticas vinculadas ao PSE, bem como as concepções dos profissionais envolvidos com o Programa, em um município que aderiu precocemente ao PSE na Bahia. Estudo avaliativo.	Os resultados demonstraram que existe uma baixa apropriação do conceito de intersectorialidade, porém é reconhecida a ideia de trabalho conjunto e parceria. As ações desenvolvidas encontram-se ainda fortemente atribuídas apenas ao setor saúde, onde a participação do setor educação é tida como periférica, restringindo a Promoção da Saúde	Intersetorialidade

<p>2) Wachs, L. S. et al. "Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018", <i>Cadernos de Saúde Pública</i>, n. 38 (2022).</p>	<p>Avaliar a implementação e descrever as ações desenvolvidas no Programa Saúde na Escola (PSE) pelas equipes de saúde da atenção básica que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2012, 2014 e 2018.</p> <p>Para a análise do PSE, utilizou-se uma série temporal de três estudos transversais das avaliações externas do PMAQ-AB desenvolvidas em 2012 (ciclo I); 2014 (ciclo II) e 2018 (ciclo III)</p>	<p>No intuito de expandir, consolidar e qualificar as ações do PSE, é necessário que as 12 ações pactuadas pelos municípios sejam compreendidas como permanentes e prioritárias, de modo a fazer parte da rotina escolar e do serviço de saúde, contribuindo para o desenvolvimento saudável dos escolares. A conexão intersetorial precisa ser aprofundada, enfatizando a atuação dos profissionais sobre os determinantes sociais em saúde e sobre as iniquidades.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>
<p>3) Rodrigues E. M. et al. "Avaliação do grau da implantação do Programa Saúde na Escola em município do nordeste brasileiro", <i>Revista de Salud Pública</i> v. 23, n. 1 (2021).</p>	<p>Avaliar o grau da implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste brasileiro. Métodos Trata-se de estudo de avaliação da implantação, onde foram definidos os critérios e os parâmetros para comparação baseado nos componentes de qualidade donabediano.</p>	<p>O Programa Saúde na Escola possui implantação incipiente no município que remete à necessidade de aprimoramento das suas ações e recursos utilizados.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>

<p>4) Andrade, P. M. <i>et al.</i> "Abrangência do Programa Saúde na Escola em Vitória de Santo Antão-PE." <i>Saúde em Debate</i>, n. 46 (2023)</p>	<p>Descrever, por meio de um estudo de avaliação, o alcance do Programa Saúde na Escola (PSE) em Vitória de Santo Antão-PE, no ano de 2016. Estudo de avaliação baseado em informações de cunho secundário, obtidas mediante fonte documental das Secretarias Municipal de Saúde, de Educação e da Gerência Regional de Educação (GRE) de Vitória de Santo Antão.</p>	<p>A pesquisa possibilitou compreender a organização estrutural, atividades e resultados do Programa Saúde na Escola e subsidiou seu processo de avaliação. O programa apresenta implantação incipiente em Natal. Apontando a necessidade de que os recursos sejam disponibilizados para atender as necessidades do programa, que haja a articulação entre a gestão e os profissionais e que os processos de capacitação sejam intensificados.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>
<p>5) Baroni, J. G.; Silva C. C. "Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola", <i>Saúde em Debate</i>, n. 46 (2023)</p>	<p>Estudo de caso que buscou conhecer as percepções de profissionais da saúde e da educação sobre as ações do Programa Saúde na Escola (PSE) de um território periférico da Baixada Santista-SP. Estudo de caso, de abordagem qualitativa.</p>	<p>Há um potencial a ser explorado pelo encontro saúde e educação, mas desafios envolvendo os setores, a lógica tradicional de gerenciamento, a abordagem biológica e a participação social precisam ser superados para avançar rumo às propostas intersetoriais de Promoção da Saúde e bem-estar.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>

<p>6) DallaCosta, M. <i>et al.</i> "Programa Saúde na Escola: desafios e possibilidades para promover saúde na perspectiva da alimentação saudável", <i>Saúde em Debate</i>, n. 46, p. 244-260 (2023).</p>	<p>Identificar e analisar fortalezas, oportunidades, fragilidades e ameaças ao programa para implementar ações de promoção da saúde que promovem hábitos alimentares saudáveis. Uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa.</p>	<p>A revisão aponta apesar da insuficiência da intersectorialidade alguns estudos mostram que o PSE aproximou a escola e a unidade de saúde, favorecendo o diálogo entre os atores. Sendo possível desenvolver ações educativas intersectoriais para promoção da alimentação saudável nos serviços básicos envolvendo os escolares e suas famílias. Essas ações devem ser priorizadas nas agendas públicas a fim de viabilizar sua prática cotidiana nos serviços.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>
<p>7) Souza E. <i>et al.</i> "Construção de modelo lógico na saúde do escolar: experiência do Baixo Amazonas", <i>Rev. Bras. Enferm.</i> (2018).</p>	<p>Um relato de experiência apresenta a construção do modelo teórico-lógico para intervenção na promoção da atividade física e alimentação saudável dos escolares da rede pública de ensino no município de Parintins, Amazonas. Método: A investigação partiu de uma pesquisa documental, técnicas qualitativas de abordagem ao problema.</p>	<p>A construção coletiva do modelo teórico-lógico contribuiu na prospecção de ações intersectoriais práticas relacionadas com os princípios e estratégias do PSE, considerando as peculiaridades intrínsecas ao contexto do Baixo Amazonas.</p>	<p>Modelo lógico</p>

<p>8) Chiari, A. P. <i>et al.</i> "Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas", <i>Cadernos de Saúde Pública</i>, v. 34, n. 5 (2018).</p>	<p>Avaliar a implementação e a execução do Programa Saúde na Escola (PSE) no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, os mecanismos que favorecem a ação intersetorial e a percepção dos gestores municipais sobre a intersectorialidade. Uma abordagem qualitativa e quantitativa.</p>	<p>Mecanismos integradores foram identificados nas normativas federais e municipais e no modelo singular de PSE adotado pelo município. Esses mecanismos são potencialmente promotores da articulação permanente entre a saúde e a educação. A pesquisa com os gestores demonstrou, no entanto, uma baixa utilização desses mecanismos e o predomínio da lógica setorial nessa instância do programa. Percebeu-se uma dificuldade na construção da intersectorialidade também no desenvolvimento das ações do PSE. As potencialidades da ação intersectorial identificadas nos textos oficiais e descritas nas notícias institucionais não reverberaram nas práticas dos gestores nem na atuação sobre os territórios.</p>	<p>Intersetorialidade</p>
<p>9) Rodrigues, E. M. <i>et al.</i> "Ações executadas no Programa Saúde na Escola e seus fatores associados", <i>Avances en Enfermería</i>, v. 39, n. 2, p. 167-177 (2021).</p>	<p>Analisa a associação das ações do PSE com a sua localização territorial, categoria profissional e qualificação profissional, para contribuir com a compreensão de aspectos concernentes à operacionalização do PSE. Estudo transversal, normativo, de abordagem quantitativa e de análise inferencial dos dados.</p>	<p>Identificou que os locais onde o PSE é implementado em geral tem demandas específicas dos seus territórios, as quais podem influenciar na oferta de ações. Também ficou clara a importância que os profissionais da ESF têm na operacionalização dessas ações e que, a depender da temática, se requer um processo de qualificação profissional para estar apto a executá-las.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>



<p>10) Fontenele, R. M. <i>et al.</i> "Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola", <i>Saúde em Debate</i>, n. 41, p. 167-179 (2017).</p>	<p>O objetivo foi construir e validar o Modelo Lógico (ML) do PSE Carioca, o que poderá contribuir com a temática da Avaliação de Programas e Projetos de Saúde e também subsidiar futuras pesquisas avaliativas na área da saúde escolar, proporcionando instrumentos para que se possa dialogar, multiplicar experiências e avançar nos desafios de execução do programa. Um estudo avaliativo, de abordagem qualitativa, que objetivou construir e validar o modelo lógico do Programa Saúde na Escola.</p>	<p>O ganho apontado pelos gestores durante a discussão do ML do PSE Carioca, e que corresponde aos objetivos do Programa Nacional, é o novo entendimento sobre o que é saúde na escola, e foi referenciado pelos participantes como uma das razões que fortaleceram a integração e a articulação da intersetorialidade. Sob a ótica do novo entendimento apontado pelos participantes, emerge a questão de que a escola não é mais somente o espaço para desenvolver ação de saúde, mas sim, parceira e executora de ações e temáticas de saúde.</p>	<p>Modelo Lógico</p>
<p>11) Vieira, L. S.; Belisário, S. A. "Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola", <i>Saúde em Debate</i>, n. 42, p. 120-133 (2018).</p>	<p>Esta pesquisa teve por objetivo analisar o Programa Saúde na Escola no distrito sanitário de uma das capitais brasileiras sob a ótica da intersetorialidade nas ações de promoção da saúde escolar. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória baseada em estudo de caso que utilizou a análise documental como fonte de coleta de dados.</p>	<p>Os resultados revelaram que na integração entre os setores ainda acontecem ações pontuais e abordagens fragmentadas, mas que aos poucos emergem propostas articuladas e comprometidas com a intersetorialidade e promoção de saúde. Dentre os desafios, destacam-se a necessidade de processos de monitoramento e avaliação do programa no âmbito da promoção de saúde e a inserção ativa da comunidade no campo.</p>	<p>Intersetorialidade</p>

<p>12) Ferreira, I. D. <i>et al.</i> "Percepções de gestores locais sobre a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola", <i>Revista Brasileira de Educação</i>, n. 19, p. 61-76 (2014).</p>	<p>O objetivo deste estudo foi analisar a percepção de gestores locais sobre a intersectorialidade na condução do Programa Saúde na Escola (PSE) em municípios selecionados. Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo, com abordagem qualitativa e amostra intencional.</p>	<p>Os resultados revelaram que os respondentes demonstram conhecimentos necessários para o trabalho intersectorial, ainda que precisem de ajustes conceituais. Havendo a necessidade de capacitações para aproximação dos profissionais envolvidos no PSE, a fim de qualificar a comunicação e o entendimento das bases conceituais do programa.</p>	<p>Intersectorialidade</p>
<p>13) Silva, A. A. <i>et al.</i> "Ações de promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Ceará: contribuições da enfermagem", <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, v. 74, n. 1, (2021). <a href="https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0769">https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0769</a></p>	<p>Compara as ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes de Saúde da Família do Ceará, vinculadas ao Programa Saúde na Escola. Estudo transversal, envolvendo os primeiros e segundos ciclos da avaliação externa de 910 e 1.626 equipes, respectivamente, de 184 municípios, que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB, no Ceará.</p>	<p>Os resultados desta pesquisa evidenciaram aumento das atividades realizadas no PSE entre o primeiro e segundo ciclo do PMAQ-AB tanto na avaliação clínica quanto na promoção da saúde/prevenção das doenças. Observou-se que o enfermeiro, como parte importante da eSF, realiza as ações na escola e busca melhoria e qualificação da AB.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>

<p>14) Carvalho, K.; Zanin, L.; Flório, F. "Percepção de escolares e enfermeiros quanto às práticas educativas do programa saúde na escola", <i>Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade</i>, v. 15. n. 42, p. 2325-2325 (2020).</p>	<p>Identificar as dificuldades do enfermeiro nas ações desenvolvidas no PSE e avaliar a percepção dos alunos sobre o programa. Estudo observacional de natureza quanti-qualitativa do tipo analítico transversal, realizado no período de abril a junho de 2017, desenvolvido no segundo município mais populoso do estado do Piauí, denominado Parnaíba.</p>	<p>Foi possível observar que embora os enfermeiros tenham relatado a realização de ações em saúde nas escolas, a maioria destas não foram percebidas pelos escolares. Além disso, poucas foram as respostas dos escolares que convergiram às dos enfermeiros, tornando clara a divergência entre os grupos estudados quanto à percepção das ações realizadas no PSE. Este achado deve ser analisado no contexto de que independentemente do número de escolares nas turmas, apenas um único enfermeiro por ESF foi designado para a prática do PSE nas escolas, o que torna muito difícil contemplar todas as atividades do PSE, o que se reflete na fala dos alunos, que não reconhecem o trabalho voltado para a promoção de saúde nas escolas.</p> <p>Os enfermeiros destacam que o excesso de atribuições na UBS, a ausência de envolvimento das escolas e a falta de articulação intersetorial são os principais problemas para a boa execução do PSE.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>
--	---	---	----------------------------------

<p>15) Fontes, A. R.; Ribeiro, G. P. "Políticas Públicas em Foco: uma análise sobre alguns dos desafios e potencialidades do programa saúde na escola", <i>Revista de Direito da Administração Pública</i>, v. 1, n. 3 (2023).</p>	<p>A partir da análise do Programa Saúde na Escola, buscou delinear alguns de seus desafios e potencialidades, bem como averiguar se esta política pública vem sendo executada de modo a espelhar efeitos suficientemente positivos na vida daqueles que dela participam. O método utilizado trata-se de revisão integrativa da literatura, por meio da qual foi possível acessar estudos anteriores acerca do PSE para combinar dados da bibliografia empírica, analisar alguns aspectos desta política pública e contribuir para o surgimento de novas reflexões e estudos que possam servir para o aprimoramento do Programa Saúde na Escola.</p>	<p>Algumas barreiras a serem superadas: dificuldade no processo de intersectorialidade entre educação e saúde; a baixa credibilidade da gestão municipal; a deficiência das capacitações ofertadas aos profissionais que atuam no PSE; o constante conflito de interesses entre os setores da saúde e da educação; a falta de protagonismo por parte dos estudantes em relação à produção da própria saúde; problemas estruturais das escolas; deficiência dos encaminhamentos realizados; dificuldade na mobilização da comunidade; e a demora no repasse dos recursos para a execução das ações previstas no programa.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>
<p>16) GOMES, T. C. <i>et al.</i> Programa saúde na escola e sua transversalidade como política pública nos ambientes escolares, <i>Revista Científica Saúde e Tecnologia</i>, v. 2, n. 9 (2022).</p>	<p>Analisar a transversalidade do Programa Saúde nas Escolas como política pública nos ambientes escolares. Uma revisão integrativa da literatura, entre os anos de 2017 e 2022, para responder a seguinte questão da pesquisa: Como ocorre a transversalidade entre saúde e educação na escola através do Programa Saúde nas Escolas?</p>	<p>O programa é uma estratégia intersectorial potente entre saúde e educação, embora diversos profissionais não se apropriem dessa premissa. Foram revelados entraves na execução da política, no que tange a hegemonia do modelo biomédico nas ações de saúde, pouca participação do setor educação, falta de adesão de escolas ao programa, pouca capacitação pedagógica dos envolvidos, avaliação e monitoramento ineficazes.</p>	<p>Intersetorialidade</p>

<p>17) Medeiros, E. R. <i>et al.</i> Estrutura dos serviços e recursos materiais em saúde associados ao Programa Saúde na Escola. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, v. 73, n. 6 (2020). <a href="https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0073">https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0073</a></p>	<p>Descrever a estrutura utilizada no Programa Saúde na Escola e analisar a associação entre os recursos materiais e as ações desenvolvidas. Estudo transversal, quantitativo, analítico e normativo. Utilizou-se o instrumento normativo do programa para coletar dados de maio a julho de 2017.</p>	<p>A estrutura do programa detém recursos financeiros reduzidos, participação prioritária de recursos humanos do setor saúde, e suas ações são desenvolvidas na infraestrutura escolar, com materiais administrativos e clínicos.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>
<p>18) Batista, M.; Mondini, L.; Jaime, P. "Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014", <i>Epidemiol. Serv. Saúde</i>, Brasília, v. 26, n. 3, p. 569-578 (2017)</p>	<p>Descrever a experiência no desenvolvimento de ações do Programa Saúde na Escola (PSE) e da alimentação escolar relacionadas à prevenção do excesso de peso no município de Itapevi-SP, Brasil. O estudo descritivo contemplou 21 escolas públicas do Ciclo 1 do Ensino Fundamental aderidas ao PSE; os diagnósticos, com dados de 2014, incluíram estado nutricional dos escolares, análise qualitativa da alimentação escolar e inserção de temas relacionados à alimentação, nutrição e atividade física nas atividades curriculares e extracurriculares.</p>	<p>A avaliação das ações do PSE e da alimentação escolar indica a necessidade de ajustes no cardápio escolar.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>

<p>19) Oliveira, R. <b>Educação e Saúde:</b> a Gestão do Programa Saúde na Escola (PSE) no Município de Tucuruí –PA e a melhoria da Saúde e Aprendizagem na Escola Básica. Dissertação (mestrado em Currículo e Gestão da Escola Básica) – Núcleo de Estudos Transdisciplinares em Educação Básica da Universidade Federal do Pará, 2021.</p>	<p>O objetivo geral foi analisar o modo pelo qual a gestão do PSE no município de Tucuruí vem sendo realizada pelas secretarias de Educação e Saúde nos Ciclos de 2017-2018 e 2019-2020. Utilizou-se como método uma abordagem qualitativa e uma pesquisa do tipo Estudo de Caso. A trajetória metodológica foi dividida em 4 fases: Pesquisa Exploratória, Pesquisa Bibliográfica, Pesquisa de Campo, Tratamento do material empírico coletado e análise das informações obtidas. Na coleta de dados, dividiu-se os documentos em 4 grupos: 1) Base Legal do PSE; 2) Orientadores do PSE; 3) Planejamento e Organização das ações do PSE; e 4) Monitoramento, Controle e Avaliação do PSE. Além disso, foram realizadas duas entrevistas. Na análise e interpretação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, com base nas unidades de análises definidas a priori: 1. Organização do GTI-M; 2. Planejamento, monitoramento e avaliação das ações; e 3. Melhoria da qualidade da saúde e do aprendizado dos estudantes.</p>	<p>O PSE de Tucuruí não possui GTIM. O planejamento ocorre de forma fragmentada e as ações desenvolvidas pelo PSE não são avaliadas. Não há instrumento próprio de monitoramento, sendo utilizado o monitoramento oficial pelo SISAB para acompanhar o Programa. Em termos de saúde e aprendizagem não foi possível evidenciar melhorias, mesmo tendo sido citadas pela CPS e pelo gestor escolar. No município de Tucuruí, a gestão municipal ainda precisa avançar no sentido de instituir o GTI-M, possibilitando a implementação e consolidação da gestão intersetorial no PSE.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>
---	---	---	----------------------------------

<p>20) BOMBACH, G. <i>et al.</i> Programa saúde na escola: percepções de multiplicadores sobre facilidades e barreiras do programa em um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, 2021.</p>	<p>Analisar as percepções dos multiplicadores do PSE, acerca das principais facilidades e barreiras sobre o programa, no município de Uruguaiana-RS. Um estudo transversal, qualitativo e Descritivo.</p>	<p>Este estudo possibilitou a identificação de barreiras e facilitadores com a finalidade de futuros ajustes de gestão, principalmente no que tange a abordagem intersetorial, peça chave do programa.</p>	<p>Monitoramento e Avaliação</p>
---	---	--	----------------------------------

Fonte: Elaboração própria, 2023.

## Fase 2: Discussão dos achados por categoria (critério de semelhança entre os estudos) e embasamento teórico.

### Intersectorialidade

Ao realizar a discussão sobre intersectorialidade, faz-se necessário revisar alguns conceitos formulados por autores que debatem a inserção de práticas intersectoriais na gestão e na execução das políticas públicas enquanto elementos fundamentais para o seu êxito.

A intersectorialidade pode ser definida como a integração de diversos saberes e experiências de diferentes sujeitos e serviços sociais que contribuem nas decisões para o enfrentamento de problemas, procurando uma nova concepção de planejamento, execução e controle dos serviços, para a superação da fragmentação do conhecimento e da prática, em busca da unidade e da diversidade para melhor compreensão e intervenção na realidade. (Nascimento, 2010; Junqueira, 2000; Inojosa, 2001)

A construção da intersectorialidade se dá por um processo dialético e dinâmico, que propõe a abertura de cada setor envolvido para dialogar, formar vínculos, estabelecer corresponsabilidades e cogestão pela melhora da qualidade de vida da população, com um olhar mais amplo sobre um dado território, em busca de soluções compartilhadas. (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

O Programa Saúde na Escola tem se desenvolvido no reconhecimento da intersectorialidade, entende-se que pelo fato dos campos da educação e da saúde comportarem problemas complexos, somente uma abordagem intersectorial, poderia oferecer soluções eficazes e sustentáveis dos problemas de saúde em escolares, de modo que a intersectorialidade conseguiria reunir vários setores da sociedade em benefício de causas comuns. Nesse sentido, as políticas intersectoriais teriam surgido de um contexto em que as demandas passaram ultrapassar a capacidade das políticas setoriais. Com base nessa argumentação, o modelo de gestão e abordagem intersectorial do Programa Saúde na Escola é justificado na compreensão acerca da complexidade e dinamicidade das questões relativas à saúde e à educação (Vieira, 2013).

Dentre os 20 documentos selecionados para análise final, cinco (5) artigos foram categorizados como "Intersectorialidade".

O artigo de Sousa, Esperidião e Medina (2017), avalia a intersectorialidade dos processos político-gerenciais e as práticas vinculadas ao PSE, bem como as concepções dos profissionais envolvidos, um estudo desenvolvido no Município na Bahia de caráter qualitativa, avaliativo. Apontando que a intersectorialidade é compreendida como parceria e trabalho conjunto, mas a liderança na tomada de decisão e na mobilização de recursos é do setor Saúde. As atividades de saúde nas escolas possuem uma abordagem biomédica e são efetivadas mediante

palestras.

O estudo de Chiari *et al.* (2018), avalia a implementação e execução do PSE no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, os mecanismos que favorecem a ação intersetorial e a percepção dos gestores sobre a intersectorialidade, uma pesquisa de abordagem Qualiquantitativa. Demonstrando a dificuldade na construção do trabalho intersetorial nos campos da gestão e do desenvolvimento das ações do PSE. Pouco compartilhamento de responsabilidades entre os setores, pouco alcance no desenvolvimento da promoção da saúde e sobre seus determinantes. Centralidade de poder nas instâncias superiores de gestão, necessitando dar prioridade aos processos de capacitação e educação permanente que incluam a discussão atual sobre a intersectorialidade, com a participação de estudantes e da comunidade para garantir a sustentabilidade das ações.

O artigo de Vieira e Belisário (2018), analisa o Programa Saúde na Escola no distrito sanitário de uma das capitais brasileiras sob a ótica da intersectorialidade nas ações de promoção da saúde escolar, com uma abordagem qualitativa. O estudo aponta que a integração entre a saúde e educação acontecem com ações pontuais e fragmentadas, mas que aos poucos emergem propostas articuladas e comprometidas com a intersectorialidade e promoção de saúde, havendo necessidade de monitoramento e avaliação do programa no âmbito da promoção de saúde.

Ferreira *et al.* (2014), analisa a percepção de gestores sobre intersectorialidade, em Curitiba, Rio de Janeiro, Brasília, Olinda e Manaus, adotando o método de análise qualitativa. A pesquisa relata que os gestores têm conhecimentos para o trabalho intersetorial, mas são necessários ajustes conceituais e capacitações para superar o atual modelo de gestão. Não havendo participação dos estudantes na definição de prioridades e no planejamento das ações.

Gomes *et al.* (2022), analisa a transversalidade do Programa Saúde na Escola no ambiente escolar, a partir de uma revisão integrativa da literatura. Os achados permitiram inferir que apesar do PSE inovar na proposta da intersectorialidade, as ações desenvolvidas encontram-se ainda fortemente atribuídas apenas ao setor saúde, revelando entraves na execução da política, no que tange a hegemonia do modelo biomédico nas ações de saúde, pouca participação do setor educação, falta de adesão de escolas ao programa, pouca capacitação pedagógica dos envolvidos, avaliação e monitoramento ineficazes.

Apesar do movimento intersetorial orientar as ações desenvolvidas no âmbito do PSE, muito bem fundamentada pelos estudiosos do tema, os documentos analisados sobre contextos de avaliação do programa, nos dizem que apesar de ser uma estratégia intersetorial indispensável para promover a saúde e o bem-estar dos estudantes e comunidade, a abordagem intersetorial do Programa enfrenta algumas dificuldades em sua implementação. Tais como:

## 1. Predomínio da lógica setorial

- Pouca apropriação do conceito de Intersectorialidade, reconhecimento apenas da ideia de trabalho conjunto e parceria. A conexão intersetorial precisa ser aprofundada, enfatizando a atuação dos profissionais sobre os determinantes sociais em saúde e sobre as iniquidades.
- As ações desenvolvidas se encontram vivamente atribuídas apenas ao setor saúde, onde a participação da educação é tida como periférica. Dessa forma, restringe-se a Promoção da Saúde.
- Dificuldade de articulação entre diferentes setores, ainda com um modelo biomédico de atuação.
- A integração entre os setores ainda acontece em ações pontuais e abordagens fragmentadas, mas que aos poucos emergem propostas articuladas e comprometidas com a intersectorialidade e promoção de saúde.

## 2. Comunicação



- Problemas de comunicação, ação fundamental para que a abordagem intersetorial seja fortalecida. Os espaços que favorecem a comunicação e que possibilitem a aceção de conceitos e objetivos comuns, potencializam o planejamento participativo e intersetorial das ações.

### 3. Recursos

- A implementação da abordagem intersetorial exige recursos financeiros e humanos, o que pode ser um obstáculo para sua realização em algumas regiões.
- Necessidade de que os recursos sejam disponibilizados para atender as demandas do programa.

### 4. Resistência a mudanças

- A implementação da abordagem intersetorial exige mudanças na forma de trabalho da saúde e de educação, que encontra resistência por parte de alguns profissionais envolvidos.
- Entraves na execução do PSE, no que tange a hegemonia do modelo biomédico nas ações de saúde, com pouco compromisso das escolas ao programa.

### 5. Atuação dos gestores

- Têm conhecimentos necessários para o trabalho intersetorial, no entanto, existe a necessidade de ajustes conceituais.
- Necessidade de capacitações para aproximação dos profissionais, para a qualificação da comunicação e o entendimento das bases conceituais do programa.
- Necessidade de articulação entre a gestão e os profissionais da ponta.

### 6. Capacitação

- Necessidade de intensificar os processos de capacitação.
- Pouca capacitação pedagógica.

Percebeu-se no estudo que as dificuldades na implementação de ações intersetoriais reverberam nas práticas dos gestores e na atuação sobre os territórios, não dialogando com a potencialidade da ação intersetorial identificada no texto oficial<sup>22</sup> e fundamentado por estudiosos.

Sabe-se que a intersectorialidade tem sido defendida como iniciativa de oposição à fragmentação das políticas sociais, de forma que as práticas intersectoriais requerem articulação, vínculos, ações complementares, relações horizontais e interdependência de serviços.

Conclui-se, assim, que a identificação das fragilidades no desenvolvimento de ações intersectoriais, devem ir em busca de soluções articuladas e integradas com vista ao desenvolvimento de ações com maior efetividade, a partir do trabalho intersectorial, para superação dos desafios de decisões de realização de ações compartilhadas.

### Monitoramento e avaliação: desafios da implementação

O monitoramento e avaliação fazem parte da gestão das políticas sociais no Brasil, buscando produzir informações periódicas que permitam a identificação de como estão os processos, as ações e de quão próximo ao alcance dos objetivos e metas propostos se está. A avaliação de programas de educação e saúde por si só

<sup>22</sup> BRASIL. 2007a. Decreto nº 6.286. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, 5 dez. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm).

pode ser considerada uma tarefa complexa, pois além de representar acompanhamento intersetorial, necessita incorporar as mudanças de configuração das ações propostas ao longo do tempo e especificidades de um país continental, diverso e desigual. Quando se trata do PSE, Programa com quinze anos de existência e há dez anos universalizado, o desafio está dado.

Segundo Santos *et al.* (2014), a avaliação tem a ver com um processo reflexivo sobre as intervenções, sejam elas políticas, programas ou projetos, com a finalidade de produzir um conhecimento sobre o valor agregado, levando em conta a relevância de cada ação. Serve para fundamentar tomadas de decisão sobre manutenção ou reconfiguração de arranjos, prestar contas, aprimorar o planejamento, além de ajudar na compreensão do contexto sociocultural no qual as intervenções foram planejadas. Para tanto os atores-chave das intervenções precisam ser identificados e escutados durante a avaliação.

Para Hartz (1999), monitoramento é a “análise continuada dos sistemas de informação, acompanhando procedimentos, produtos e situações de saúde”. Quando se trata de programas intersetoriais, a autora afirma que sistemas de informação e ferramentas de acompanhamento não se mostraram eficazes na construção de indicadores mensuráveis e potentes, por não favorecerem a integração entre os setores.

Monitoramento e avaliação permanentes constituem a VIII diretriz do PSE, conforme o decreto presidencial no 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que institui o Programa (BRASIL, 2007). Orientações posteriores, publicadas mediante portarias ministeriais, indicam sistemas de informação específicos a serem adotados nacionalmente: e-SUS do MS e o Sistema Integrado de Monitoramento e Controle (SIMEC) do Ministério da Educação e, atualmente, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Segundo o MS, contar apenas com o SISAB visa simplificar o processo de registro, garantir que todas as ações do PSE constem como parte do sistema de monitoramento da Atenção Primária a Saúde (APS) e possibilitar o acompanhamento dos encaminhamentos, reduzindo as chances de ausência de acompanhamento do estudante atendido. (Brasil, 2021)

De acordo com o Documento Orientador: Indicadores e padrões de avaliação – PSE Ciclo 2021/2022:

o monitoramento e a avaliação das ações do PSE são fundamentais na implementação do Programa, para que seja realizado o aperfeiçoamento das atividades, ao acompanhar as implicações propagadas no território, bem como a reorientação das ações, quando necessário. É uma atribuição comum a todos os gestores do PSE realizar atividades de monitoramento e avaliação, assim, os dados devem ser analisados conjuntamente pelos representantes dos GTIs. (Brasil, 2021)

A gestão compartilhada do Programa e o estabelecimento dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs) são orientações consideradas históricas (Brasil, 2022), todavia, um estudo analisado indica a inexistência de GTI no município de Tucuruí -PA (Oliveira, 2021). Em contrapartida, o autor cita estudos nos quais havia registro da elaboração municipal de instrumentos de monitoramento e avaliação. Além disso, o estudo de Chiari (2018), também aponta o desconhecimento por parte dos gestores a respeito dos instrumentos oficiais de monitoramento do PSE.

Do total de documentos levantados, 13 foram considerados na categoria Monitoramento e Avaliação, sendo 11 artigos e duas dissertações, publicados entre 2017 e 2023.

Desses, dois artigos foram de revisão, tendo um sendo definido como revisão integrativa e outro como revisão qualitativa, respectivamente intitulados: “Políticas Públicas em Foco: Uma Análise Sobre Alguns dos Desafios e Potencialidades do Programa Saúde na Escola.” (Fontes; Ribeiro, 2021) e “Programa Saúde na Escola: desafios e possibilidades para promover saúde na perspectiva da alimentação saudável” (DallaCosta, 2023).

Quanto à abrangência da investigação, temos um documento de abrangência nacional, um de abrangência estadual, oito de abrangência municipal e um restrito a um território pertencente a um município. Apenas o artigo de Wachs *et al.* (2022) avalia o PSE nacionalmente, tendo como título “Avaliação da implementação do

Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018.” O artigo que avalia o PSE Estadual é o de Silva *et al.*, 2021, intitulado “Ações de promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Ceará: contribuições da enfermagem” Estes dois tratam do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que em sua avaliação externa, incluiu algumas questões referentes ao PSE, conforme Wachs (2022). Dos sete artigos e duas dissertações que circunscrevem a avaliação do Programa à esfera municipal, temos cinco da região Nordeste, sendo três publicações dos mesmos autores, um da região Norte, um da região Sul e dois da região Sudeste. Seus títulos e respectivos autores constam em tabela apresentada em tópico anterior. Segue, ilustração sobre a distribuição a seguir.

**Figura 7 – Mapa de Distribuição dos 13 documentos da categoria Monitoramento e Avaliação pelo território brasileiro**

Distribuição dos 13 documentos da categoria Monitoramento e Avaliação pelo território brasileiro

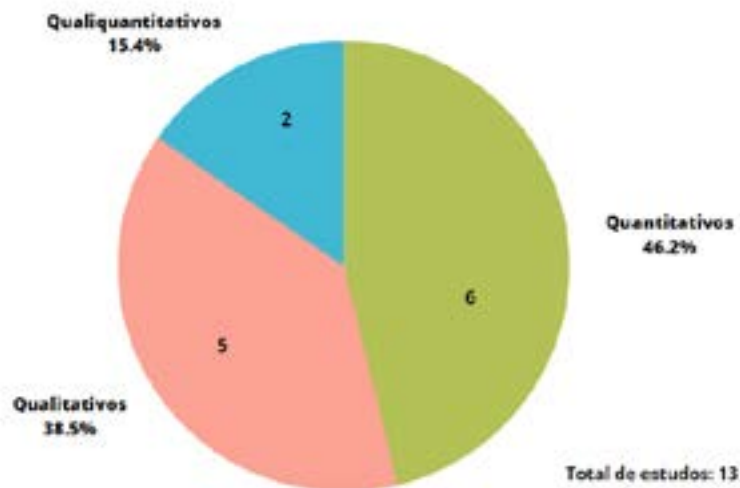


Fonte: Elaboração própria.

Quanto à metodologia adotada, seis estudos foram quantitativos, cinco quali quantitativos, conforme o gráfico a seguir:

**Gráfico 3 – Distribuição dos estudos analisados, segundo delineamento.**

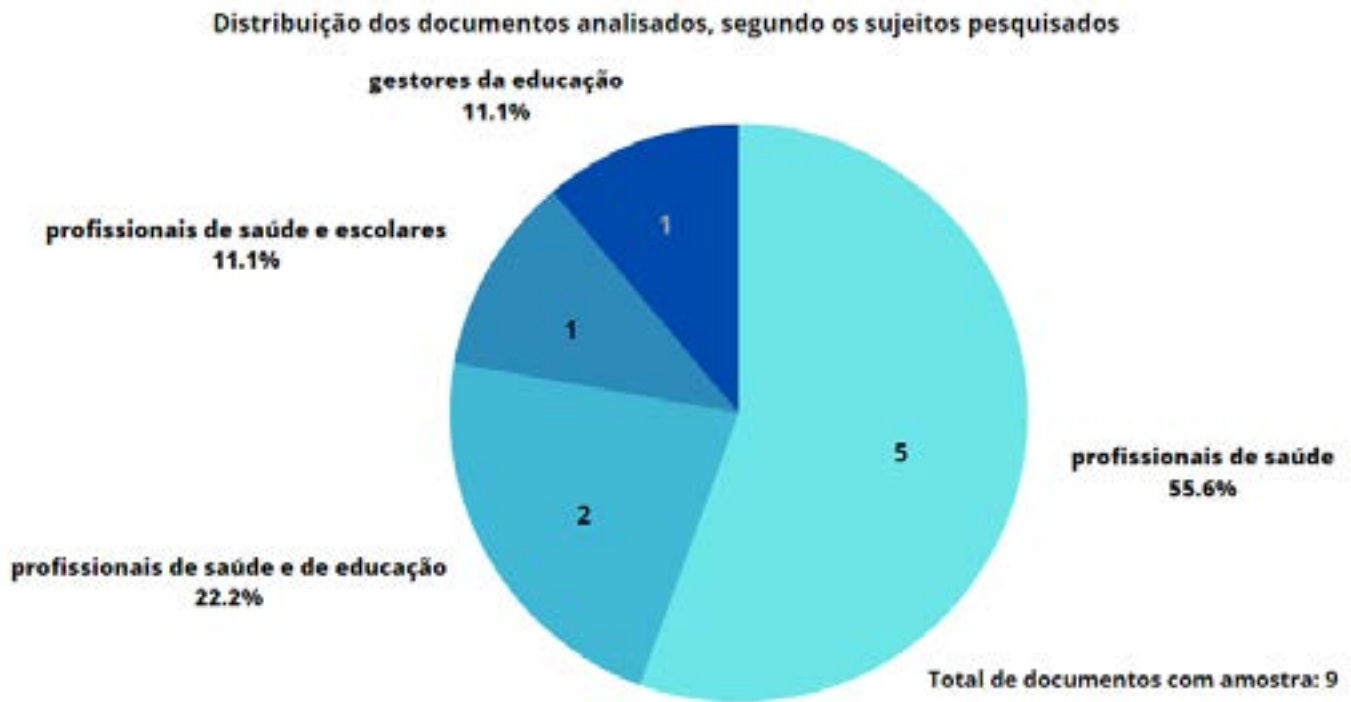
Distribuição dos estudos analisados, segundo delineamento



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Quanto aos sujeitos pesquisados, nove documentos apresentaram essa informação, havendo predomínio de estudos com profissionais da saúde. Os quatro documentos que não apresentaram sujeitos pesquisados foram um estudo de avaliação quantitativa, um estudo descritivo e as duas revisões. A seguir, gráfico referente aos sujeitos de pesquisa:

Gráfico 4 – Distribuição dos documentos, segundo os sujeitos pesquisados



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Quanto aos resultados e conclusões apresentados sobre monitoramento e avaliação, observou-se que oito dos 13 estudos (61,5%) versaram sobre. Desses, a maioria (6 documentos) apresentou avaliação geral do Programa insatisfatória. Os dois estudos que apresentaram avaliação geral satisfatória do Programa foram quantitativos sobre PMAQ-AB, com destaque para, no caso do Ceará (Silva, 2021), o aumento das atividades realizadas no PSE entre o primeiro e segundo ciclo do PMAQ-AB, tanto na avaliação clínica quanto na promoção da saúde e na prevenção das doenças; e , no caso nacional, o crescimento linear na adesão das equipes de saúde ao PMAQ-AB, ao longo dos três ciclos, por todas as regiões do Brasil (Wachs, 2022), o que não impediu de destacar que PMAQ-AB era a principal estratégia nacional de monitoramento e avaliação do PSE e indicar que a expansão das ações do PSE, no período de 2012 a 2018, não aconteceu de maneira homogênea e universal nas escolas.

O artigo de Medeiros (2021a) indica que a implantação do PSE no município de Natal-RN, assim como o registro e monitoramento de informações foram implantados de forma incipiente. A autora sinaliza aspectos observados em carência, tais como: quantitativo de recursos humanos e materiais; frequência de reuniões de planejamento da gestão municipal, atividades de avaliação clínica e psicossocial e de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos nas escolas; educação permanente; e registro e monitoramento de informações. Já as reuniões de planejamento no território foram consideradas totalmente implantadas. Os agendamentos das atividades foram avaliados como parcialmente implantados.

O estudo de Andrade (2023) sobre avaliação da implementação do PSE, realizado no Nordeste, a partir de dados secundários dos setores saúde e educação, destacou dentre seus achados as disparidades regionais relativas ao alcance e realização do PSE (mais realizado na zona urbana do que na rural), assim como significativo número de escolas cadastradas, contrastando com a baixa implementação do PSE e um alcance insatisfatório

dos estudantes. Ao que tudo indica o município de Vitória de Santo Antão – PE, no período estudado teve um planejamento feito de forma desarticulada, sem reconhecimento situacional e convite à participação de atores-chave.

O estudo de Baroni (2023), que trabalhou com o PSE e a Política Nacional de Promoção da Saúde, em Santos-SP, traz os impactos da pandemia no andamento do Programa, que passou a setorizar mais as ações, afastou profissionais ao mesmo tempo que delegou à equipe do PSE o monitoramento dos casos de Covid-19 nas escolas. Destaca-se que o PSE e as políticas públicas são conhecidas de forma superficial pelos profissionais responsáveis pela implementação, que provavelmente não conhecem os Projetos Político-Pedagógicos das escolas e sua relação com o PSE. Isto ajudaria na perpetuação de atividades como campanhas, verificação vacinal, saúde bucal e saúde ocular e monitoramento da saúde limitada aos estudantes, conforme ações realizadas na perspectiva biomédica. Além disso, a Educação Permanente, essencial para ampliar o horizonte das práticas, tornar possível o reconhecimento da Promoção da Saúde como aplicável e digna de atenção, e oportunizar relações intersetoriais democráticas com a participação da comunidade no PSE e com demandas oriundas do contexto local, está ausente. O encontro saúde e educação apresenta desafios envolvendo os setores e a lógica tradicional de gerenciamento, que precisam ser superados, assim como a inexistente participação social que urge fluir para avançar rumo aos feitos de Promoção da Saúde do PSE.

DallaCosta (2023), responsável por um estudo de revisão, listou em sua matriz FOFA, as falhas no sistema de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, assim como a desarticulação entre os setores saúde e educação. A falta de capacitação profissional para atuar no PSE apresentou-se como um dos principais problemas relatados, sendo apontada como as ações menos pactuadas pelos municípios. O estudo aponta que as poucas ações de Promoção da Saúde realizadas são assistenciais, curativas, de cunho técnico, com modelo preventivista, centrado em ações fragmentadas e individualizadas e ofertadas na forma de palestras com abordagem biomédica, enfocando a mudança comportamental sem levar em consideração as determinações sociais. A revisão aponta que as fortalezas foram menos expressivas se comparadas às fragilidades, mostrando que **há desafios para a implementação do programa, com destaque a insuficiência da intersetorialidade e da integralidade.**

A dissertação de Oliveira (2021) apresenta uma série de barreiras à plena execução do PSE, em Tucuruí-PA, que o fazem avaliar o PSE como insatisfatório. O autor destaca que, o programa na cidade não ter GTIM; que o planejamento ocorre de forma fragmentada e que as ações desenvolvidas pelo PSE não são avaliadas. O autor aponta ainda a dificuldade no processo de intersetorialidade entre educação e saúde e a baixa credibilidade da gestão municipal. Além disso, há deficiência das capacitações ofertadas aos profissionais que atuam no PSE; é constante o conflito de interesses entre os setores da saúde e da educação e não há protagonismo por parte dos estudantes em relação à produção da própria saúde. Problemas estruturais das escolas; deficiência dos encaminhamentos realizados; dificuldade na mobilização da comunidade e a demora no repasse dos recursos para a execução das ações previstas no programa também são destacados pelo autor. Segundo Oliveira (2021), em Tucuruí, a gestão municipal ainda precisa avançar no sentido de instituir o GTI-M, possibilitando a implementação e consolidação da gestão intersetorial no PSE.

A partir da análise dos documentos verificou-se que a maioria dos autores avaliam o PSE como um programa não satisfatório. Os principais pontos indicados pelos autores são: falhas nos sistemas de informação e nas práticas de monitoramento e avaliação; a falta de Educação Permanente; o predomínio de ações sob a lógica do modelo biomédico; a falta de participação social; articulação insuficiente entre gestores e profissionais de ambas as áreas e toda a comunidade escolar; e a incipiência da intersetorialidade. A análise dos textos também apontou que os gestores e escolares desconhecem o PSE, o que demonstra a implementação frágil no território.

É possível concluir que, a despeito do PSE ser um programa duradouro, seu monitoramento e avaliação ainda são incipientes nos municípios e que é necessário buscar soluções que permitam superar os desafios apontados nos estudos.

## Considerações finais

O levantamento é composto por estudos que, a despeito de terem apontado fragilidades na implementação, no monitoramento e na avaliação do PSE, também propuseram formas de aprimoramento do PSE. Uma implementação alinhada com as diretrizes do Programa e com as necessidades locais, tornará o PSE mais fortalecido no território.

Os estudos também apontam a fragilidade do trabalho intersetorial nos municípios. Segundo Magalhães & Bodstein (2009 Apud Potvin *et al.*, 2001), programas intersetoriais em saúde tendem a ser estruturadores de redes e sistemas de ação e pressupõem a existência constante de múltiplos interesses em jogo. Desta forma, o PSE precisa ter de fato mecanismos que fortaleçam a intersectorialidade no território, com tomada de decisão compartilhada, envolvendo gestores, profissionais dos diferentes setores e a população. A articulação intersetorial necessita ser constante e refletida nas ações e nos mecanismos de gestão.

Os documentos analisados neste estudo de revisão sobre PSE e avaliação, apontam os desafios e potencialidades existentes. Para esta pesquisa de avaliabilidade do PSE, quando o Programa completou 15 anos, é importante considerar que estes estudos podem contribuir para o aprimoramento do Programa.

## Implementação segundo os dados da PENSE

De modo a verificar o potencial da Pesquisa nacional de Saúde do escolar para apoiar a pesquisa de efetividade do Programa Saúde na escola, a equipe propôs um estudo a partir de análises estatísticas descritivas e inferenciais, transversal, dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar no ano de 2019<sup>23</sup>. Verificou-se que as unidades educacionais que aderiram ao Programa apresentam maiores chances de desenvolverem atividades de interlocução com as unidades básicas de saúde e que as atividades de educação em saúde em que há associação positiva com o Programa tem sua práxis vinculada à atuação exclusiva dos profissionais da saúde. Não foram observadas, contudo, diferenças entre os grupos com e sem o PSE quando as ações se relacionavam à promoção da saúde, em que o componente educacional é elemento fundante, o que levanta a hipótese de o Programa ter se consolidado a partir de uma divisão do trabalho entre as equipes de saúde e educação em que não se vislumbra a prática intersetorial.

A análise da distribuição regional das escolas, segundo a participação no Programa revela uma sobre-representação do Programa no Nordeste em relação às demais escolas públicas (43,5% IC95% 41,1 - 45,9% versus -vs- 21,7% IC95% 18,9% - 24,5%) e uma sub-representação no Sudeste (22,7% IC95% 20,1% - 25,2% vs 39,9% IC95% 36,4% - 43,5%), diferenças que se mostraram significativas ( $p < 0.05$ ).

As escolas municipais também prevalecem dentro do conjunto das que aderiram ao Programa comparativamente às demais (57,2% IC95% 53,7% - 60,7% vs 31,5% IC95% 26,7% - 36,5%). Por conseguinte, as estaduais apresentam comportamento inverso, sendo que 42% (IC95% 38,9% - 45,8%) dos estabelecimentos que se declararam na pesquisa como integrante do PSE eram estaduais, ao passo que entre aquelas que não estavam no Programa esse percentual era de 67,5% (IC95% 62,5% - 72,3%). Não foi observada diferença significativa estatisticamente entre os grupos segundo a adesão ao Programa das escolas federais (1% IC95% 0,4% - 1% entre os estabelecimentos que não se encontravam no PSE e 0,4% IC95% 0,1 - 0,8%).

Com relação ao nível de educação ofertado, observa-se uma maior participação no Programa das escolas públicas de educação infantil e de ensino fundamental (30,5% IC95% 26,7% - 34,3% vs 18,7 IC95% 14,4% - 22,9% e 90,5% IC95% 88,7% - 92,3% vs 79,7% IC95% 76,3% - 83,1%). Por outro lado, no ensino médio verifica-se uma menor adesão das unidades de ensino ao Programa (34,5% IC95% 31,3% - 37,8% vs 58,3% IC95% 53,7% - 63%).

As escolas com o Programa realizam cerca de uma ação (7,96 IC95% 7,74 - 8,18 vs 6,95 IC95% 6,65 - 7,25,  $p < 0.05$ ) de promoção ou prevenção adicional as sem o PSE. Tal diferença parece concentra-se no apoio à vacinação de alunos, promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade e avaliação da saúde bucal.

Para o ciclo 2019/2020, foram estabelecidas como ações prioritárias a promoção das práticas corporais, da

<sup>23</sup> O estudo, realizado por Alexandro Pinto, participante da equipe da Pesquisa até março de 2023, encontra-se na íntegra em anexo neste relatório.

atividade física e do lazer nas escolas; a promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; ações de combate ao *Aedes aegypti*; verificação e atualização da situação vacinal; e prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas 26. Observa-se que as escolas com PSE relatam em média ter realizado mais ações consideradas como prioritárias (3,61 IC95% 3,5 – 3,73) que aquelas sem o Programa (2,2 IC95% 2 – 2,4,  $p < 0,05$ ).

Também foi possível verificar que 65% (IC95% 61,6% - 68,9%) das escolas com PSE já haviam realizadas, nos últimos 12 meses, 4 ou mais ações consideradas como prioritárias pelo Programa no ciclo de 2019/2020. Esse percentual entre as instituições de ensino público não participantes do PSE foi praticamente a metade (36% IC95% 31,4% - 41,1%).

Observa-se ainda que as escolas participantes do PSE apresentam maior frequência, em relação às demais unidades mantidas pelo governo, na presença de comitê responsável pela orientação e coordenação das ações de saúde (48,2% IC95 44,3% - 52% vs 19,6% IC 95% 15,9% - 23,4%) e da realização de ações em conjunto com as unidades básicas de saúde ou equipe de saúde da família existentes nos territórios (91,3%, IC95% 89% - 93,5% vs 60,3% IC95% 55,4 - 65,1%).

Quando comparadas as atividades de gestão intersetorial (realização de ações conjuntas entre escolas e unidades básicas de saúde – UBS – ou equipes de Saúde da Família – eSF – e presença de comitê responsável pela orientação ou coordenação de iniciativas de saúde no âmbito escolar) e de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos realizadas por unidades educacionais com o PSE com aquelas sem o Programa, controladas pelas variáveis independentes (região, localização em capital de estado, esfera administrativa a que a escola se vincula, turnos e etapa de ensino ofertados), verifica-se que oito das 14 empreitadas investigadas mostraram maior chance de ocorrer nas escolas que haviam aderido ao Programa.

As escolas com o PSE têm quase seis vezes (razão de chance (OR): 5,95, IC95% 4,10 – 8,63) mais chances de terem realizado ações conjuntas com as UBS/eSF que aquelas não participante do Programa.

De forma semelhante, porém em menor magnitude, verifica-se que a presença de comitê responsável pela coordenação e orientação das ações de saúde no âmbito do estabelecimento de ensino tinha quatro vezes mais chance (OR: 4,01, IC95% 2,96 – 5,44) de ser relatado por uma escola com o PSE quando comparada com as que não o tinha aderido.

Dentre as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, a promoção e avaliação da saúde bucal foi a que apresentou maior razão de chance de ocorrer em uma escola com o PSE (OR: 3,99, IC95% 2,99 – 5,31), seguido pela vacinação dos discentes (OR: 3,2 IC95% 2,30 – 4,45), promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade (OR: 1,95, IC95% 1,49 – 2,58), prevenção ao uso de álcool (OR: 1,54, IC95% 1,48 – 2,58), prevenção ao uso do tabaco (OR: 1,43, IC95% 1,09 – 1,88) e a prevenção de violência e acidentes que tem 32% (OR 1.32, IC95% 1 – 1,73) mais de chance de ter ocorrido em uma escola aderida ao PSE que uma que não o fez.

A Teoria Geral da Implementação proposta por May oferece uma lente explicativa que pode auxiliar a discutir os resultados observado pela PeNSE 2019 em relação às práticas de educação em saúde nas escolas participantes do PSE.

Segundo a teoria, a expressão das manifestações de agência dos indivíduos seria condicionada pelo sistema social – conjunto de relações dinâmicas emergentes e socialmente organizadas, no qual os atores atuam. Assim, a implementação de uma prática, quer seja de educação em saúde ou de promoção da intersectorialidade do PSE, pode ser lida como o resultado de um processo deliberado na qual os agentes sociais em questão (profissionais da saúde, da educação, ou de outro segmento do Estado ou da sociedade) intencionam operá-la diretamente ou por meio de outros em um contexto socioinstitucional que, de alguma forma, a sanciona.

Nesse contexto, os instrumentos normativos do Programa, legislação e guias de orientação lançados pelo Ministério da Saúde conformam um contexto favorável e dão o arcabouço institucional que sancionam e legitimam as práticas desenvolvidas em seu bojo, reforçadas localmente pela presença de comitê nas escolas dedicados a organizar as atividades de saúde, bem como na formação de parcerias com as unidades básicas de

saúde, ambas observados com maior associação ao PSE no presente estudo.

A legislação e os guias orientadores alicerçam a formação de norma e papéis sociais e contribuem para a formação de recursos cognitivos, meios socio estruturais disponibilizados aos agentes e necessários à implementação do PSE. Esses recursos embora sejam importantes não são suficientes para normalizar as práticas que o Programa objetiva 36, especialmente sob uma perspectiva intersetorial, que demanda um investimento de treinamento específico, assessoria técnica e tempo para a formação de coalizões estáveis capazes de promover formas inovadoras de tratar a relação saúde - educação. A incorporação de uma intervenção complexa, com o PSE, dentro de um sistema social depende também da capacidade de cooperação e coordenação dos atores interessados, para as quais contribuem a disponibilidade de recursos materiais e a alocação do tempo dos agentes envolvidos.

Os resultados trazidos apontam para uma maior chance de ocorrer a realização de atividades em conjunto entre as áreas de saúde e educação, o que pode significar na qualificação das ações de educação em saúde realizadas no ambiente escolar. A deficiente formação dos professores para lidar com os temas relacionados à saúde e a competição pelo tempo, atenção e recursos que se encena no cotidiano pedagógico e administrativo tem sido apontado por vários estudos como entraves para que a saúde entre como tema transversal não apenas aos conteúdos, mas à realidade da escola.

### Considerações sobre a implementação do PSE

Os dados do Ministério da Saúde apontam crescimento constante na cobertura do programa, tanto com relação à ampliação dos Municípios, atualmente com 97,3% de municípios aderidos, quanto com referência ao número de escolas e de ações realizadas, e estudantes participantes, principalmente no período de análise dos dados do SISAB entre 2014 e 2019 (Fernandes *et al*, 2022, p.24).

Ao considerar o estudo dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde na Escola, é possível sugerir que **a participação no programa aumenta as chances de uma escola trabalhar em colaboração com as Unidades de Saúde e desenvolver comitês nas escolas para organizar as atividades de saúde**. No entanto, esta análise encontrou disparidades regionais, pois há sobre-representação de escolas com PSE no Nordeste e sub-representação no Sudeste.

Outros estudos quantitativos ao analisarem dados da PMAQ informam que a expansão do programa e das ações não ocorre de maneira homogênea e universal em todas as escolas.

Estes achados são confirmados por estudos qualitativos que indicam implementação incipiente em alguns estados e cidades, a exemplo de Natal, onde não se encontram recursos humanos e materiais suficientes, inexistência de educação permanente, dificuldades na gestão intersetorial, (reuniões esporádicas), atividades nas escolas e monitoramento e avaliação fragilizados.

Outros estudos, inclusive, detectaram a ausência de GTI formalizado em município e há, relativamente, mais escolas com PSE em área urbana do que em área rural.

Pontos relativos à gestão do programa apontaram dificuldades referentes à intersectorialidade, devido à assimetria de poder entre educação e saúde, e pouco compartilhamento de responsabilidades, além da insuficiência de recursos materiais e humanos, além da raridade de ações de capacitação e educação permanente.

Outro ponto mal avaliado diz respeito ao pouco alcance no desenvolvimento da promoção da saúde e ações sobre seus determinantes, à inexistência de participação social, de estudantes ou da comunidade e a verticalidade das decisões, na prática.

De modo que, em que pese a importante cobertura medida pela adesão municipal, aumento de escolas e estudantes participantes, e relato sobre experiências de sucesso, considerando as diretrizes e objetivos propostos pelo PSE, o Programa encontra diferenças regionais na sua implementação o que torna difícil avaliar linearmente a efetividade de cada uma de suas ações na perspectiva da representação regional e nacional.



## 4. ANÁLISE DE VIABILIDADE

### 1. Os sistemas de informação disponíveis, os indicadores possíveis

Para a análise de viabilidade da pesquisa de “Avaliação nacional da efetividade da gestão intersetorial e das ações do Programa Saúde na Escola” buscou-se mapear os dados relativos ao monitoramento do PSE não somente do período em foco na Chamada CNPq/DEPROS/SAPS/MS (ciclo 2021/2022), mas desde a publicação do decreto do PSE em dezembro de 2007.

O Programa ao ser instituído em 2007 não possuía indicadores pré-definidos para que pudesse ser monitorado desde a linha de base. Nesse sentido, a análise de viabilidade prévia à intervenção da pesquisa torna-se uma decisão acertada na medida em que possibilita não só reduzir possíveis risco de validação da intervenção, mas também, ampliar o olhar para o arcabouço de resultados da implementação da pesquisa como um possível caminho alternativo.

Os produtos da consultora Renata Moreira, de certa maneira, refletem uma preocupação do Ministério da Saúde com o monitoramento do programa e a necessidade de acertar seu curso se aproximando da realidade e se assegurando quanto as possibilidades reais de colaborar mediante a disponibilização de sistemas de informações e de indicadores eficazes. O monitoramento do PSE evidencia sua trajetória em diferentes bases de dados no MEC e no MS ao longo de seus quinze anos. A seguir é feita uma análise dos produtos da consultora Renata Monteiro

**Análise crítico-reflexiva dos produtos da consultoria individual celebrada pelo Ministério da Saúde, que compõem o estudo da avaliabilidade do Programa Saúde na Escola, consolidando os achados em um único material norteador para as avaliações realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola**

O presente texto objetiva realizar uma análise crítico-reflexiva de produtos de consultorias independentes voltados para análise de monitoramento, cobertura, implementação do PSE, considerando sua pertinência ao estudo da avaliabilidade do Programa Saúde na Escola. Destacam-se quatro produtos elaborados nos anos de 2020 e 2021, pela consultora Renata Andrade de Medeiros Moreira: “Plano de Trabalho”; “Elaboração de modelo de monitoramento mensal”; “Análise e classificação do estágio de implementação do PSE nos municípios nos ciclos 2014/2016, 2017/2018 e no ano de 2019 do ciclo 2019/2020”, e “Descrição analítica da cobertura e produção do PSE por creches e escolas e por municípios de 2014 a 2019”.

A análise aponta alguns resultados importantes a serem considerados no presente estudo da avaliabilidade do Programa Saúde na Escola.

Em seu primeiro produto, a consultora identifica os sistemas de informação que serviram de fonte para a composição dos indicadores do Programa Saúde na Escola e sua análise. Os sistemas de informação identificados abarcam os 15 anos do Programa, são eles: e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), Form-SUS, Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Sistema de Adesão do PSE, Sistema de Gestão da Atenção Básica, Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), e Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (SIMEC).

É importante destacar que alguns sistemas já foram descontinuados, como é o caso do SIMEC e do Form-SUS; outros foram substituídos, como o SIAB, que foi substituído pelo SISAB.

A consultora baseia sua pesquisa no levantamento dos sistemas de informação, assim como a análise documental do Programa por entender que são passos importantes para a construção de indicadores que reflitam a realidade de implantação do PSE no território, meçam o “impacto” das suas ações e avaliem a gestão intersetorial.

No segundo produto, é elaborado um modelo de monitoramento mensal das ações do Programa Saúde na

Escola (PSE) para o ciclo 2019-2020. Para tal, a consultora fez análise documental deste período; Avaliação dos dados do Censo Escolar 2017 utilizados para a pactuação do Programa no Ciclo vigente; Análise dos bancos de dados disponíveis nos sistemas de informação E-SUS, e Sistema de Informação da Atenção Básica em Saúde (SISAB) dos anos 2019 e 2020 do PSE; Definição dos indicadores de saúde disponíveis para a avaliação e proposição de possíveis indicadores a serem utilizados a partir da demanda de avaliação, monitoramento e mudanças nos instrumentos dos sistemas de informação utilizados. Como resultado a consultora apresenta sugestões de indicadores de saúde (Anexo 1) que sejam capazes de subsidiar à tomada de decisão para o planejamento e execução das ações de saúde do PSE e propõe “alterações na ficha de atividades coletivas, definições de metas para os ciclos do Programa, assim como ações de educação permanente em saúde das equipes de saúde e educação e revisão de documentos orientadores”.

A consultora aborda a importância quanto ao preenchimento da Ficha de Atividade Coletiva (FAC) corretamente, pois a inclusão de dados inadequados torna o trabalho de monitoramento fragilizado, não podendo ser computadas todas as ações realizadas, o que compromete a avaliação de cobertura de ações. As **dificuldades no preenchimento da FAC** podem ser atribuídas aos seguintes fatores: a forma de preenchimento do INEP que diverge do código da escola; a marcação múltipla de Temas e Práticas em uma mesma FAC e falta de clareza do número de educandos envolvidos para cada ação assinalada. Some-se a isto, a impossibilidade de avaliar se as ações foram realizadas intersetorialmente.

No terceiro produto, a consultora descreve analiticamente a cobertura e produção do PSE por creches e escolas e por municípios de 2014 a 2019. Considera que ao avaliar o **indicador de cobertura do PSE isoladamente a adesão consolidada é satisfatória**. Confirma o aumento da implementação do PSE no país (aumento dos municípios, escolas/creches e educandos pactuados ao longo dos anos). Este dado é relevante quanto a atender a universalidade do atendimento integral da saúde e melhora da cobertura de saúde de crianças e adolescentes, principalmente daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade. Quanto à **cobertura das ações e dos educandos, a consultora constatou um aumento da cobertura com variação significativa para a maioria das ações e estados**. No entanto, considera ainda, necessário avançar no aumento da cobertura principalmente nas ações de promoção da cultura, cidadania e direitos humanos; prevenção ao uso do álcool, tabaco, crack e outras drogas; prevenção das violências e dos acidentes; e saúde ambiental saúde mental, saúde auditiva, saúde ocular, verificação da situação vacinal. Neste sentido, recomenda a criação de um indicador para aferir resultados/impacto que contemple informações da saúde e da educação. Para tanto sugere a possibilidade de utilizar outros sistemas do MEC, como o Presença, para monitorar o impacto do PSE em escolas de maioria do Programa Bolsa Família, por exemplo.

A consultora realiza, em seu quarto produto, a análise e classificação do estágio de implementação do PSE nos municípios (ciclo 2014/2016, 2017/2018 e no ano de 2019 do ciclo de 2019/2020). Utiliza o método de estudo de abordagem quantitativa, longitudinal, retrospectivo, de 2014 a 2019, por meio de dados secundários de bases nacionais fornecidas pelo Ministério da Saúde.

Os bancos de dados utilizados foram o Censo Escolar de 2014, de 2016 e de 2017; os dados disponíveis nos sistemas de informação e-SUS, Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica em Saúde (SISAB). A consultora calculou a cobertura das ações e de educandos participantes das ações por estado, município e escola/creche.

Em seus achados, a consultora aponta que houve aumento de 10,5%, de 2014 para 2019, de municípios pactuados no Brasil. Quanto aos educandos pactuados, houve aumento em 15,8% no mesmo período. O percentual de cobertura dos educandos teve média de variação em todos os estados de 73,3%, sendo **as ações mais significativo combate ao mosquito *Aedes aegypti* e saúde bucal**.

A despeito do aumento da implementação do PSE no país, com aumento dos municípios, escolas/creches e educandos pactuados ao longo dos anos e da cobertura das ações, a consultora aponta a necessidade de avançar em ações específicas, tais como ações de promoção da cultura, cidadania e direitos humanos; prevenção ao uso

do álcool, tabaco, crack e outras drogas; prevenção das violências e dos acidentes; e saúde ambiental saúde mental, saúde auditiva, saúde ocular, verificação da situação vacinal. **Tais achados reforçam as considerações sobre a implementação do PSE, apresentadas no item 5.3 da análise de plausibilidade.**

A consultora sugere ainda e mais uma vez, o aprimoramento da Ficha de Atendimento Coletivo (FAC) para melhor preenchimento das informações; e a realização de capacitação dos profissionais de saúde e educação quanto ao processo de educação em saúde e sistemas de informação.

Considerando os quatro produtos analisados, destacam-se importantes limitações de estudo da consultora quando da análise de cobertura das ações e cobertura dos educandos pactuados no PSE, quanto a avaliação e monitoramento da evolução da implantação e quanto a avaliação da implementação do PSE, a saber: **não fornecimento dos dados relativos às ações e aos educandos entre os anos de 2008 a 2013 (SIMEC);** divergências em relação ao código do INEP e do IBGE; impossibilidade de avaliar a cobertura das ações de acordo com as metas pactuadas pelos municípios; **impossibilidade de avaliar a variação da cobertura das ações e dos educandos participantes das ações por município; subnotificação de ações do PSE nas planilhas de dados registrados no e-SUS-AB;** dupla contagem de alunos nas ações inseridas; dificuldade de medição das ações do Programa; necessidade de mapeamento do território, entre a UBS de referência e a escola a qual está adscrita; **inexistência de um marcador temporal de movimentação dos alunos;** os indicadores e as metas não são definidos de forma clara e objetiva; dificuldades junto ao sistema de informação - SISAB (hiatos no seu preenchimento). Aliado a estas questões, a dificuldade da disponibilização e busca de documentos na página do PSE, no site do Ministério da Saúde (<http://aps.saude.gov.br/ape/pse>). **Tais e tantas limitações de estudo já apontam necessidades de aprimoramento no monitoramento do programa.**

## 2. Dados populacionais

Os programas desenvolvidos nas escolas, constituem um campo de pesquisa bastante desafiador, pois a natureza do ambiente escolar é considerada complexa devido às múltiplas interferências de um sistema orgânico e aberto (Leger *et al*, 2022). Neste sentido, se faz necessário a escolha de um conjunto de métodos multidimensionais de avaliação e monitoramento que, posteriormente, sejam triangulados para uma melhor exploração avaliativa. Estudos de base populacional, que tragam a possibilidade de acompanhar ao longo do tempo mudanças desejáveis em uma população contribuem para a avaliação de impacto de intervenções complexas, como é o caso do PSE.

A partir de 2009, é realizada a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, PENSE, com escolares adolescentes, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e com o apoio do Ministério da Educação (MEC). Ela é realizada por amostragem, utilizando como referência para seleção o cadastro das escolas públicas e privadas do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP. Faz parte das ações do Ministério da Saúde na investigação da frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre adolescentes escolares brasileiros. (Brasil, MS, 2019)<sup>24</sup>.

O objetivo da pesquisa é subsidiar o monitoramento de fatores de risco e proteção à saúde em escolares do Brasil. Além disso, identifica as questões prioritárias para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde em escolares, em especial o Programa Saúde na Escola (PSE). Vale ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda implantação e manutenção de sistemas de vigilância de fatores de risco à saúde dirigidos aos adolescentes.

Foi realizada, no escopo deste estudo de avaliabilidade, análise dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, PeNSE, do ano de 2019. Este exercício visava identificar em que medida a PENSE pode ser considerada para acompanhar características sobre resultados do PSE, no escopo de um estudo de avaliação de efetividade.

A PeNSE é uma pesquisa amostral realizada pelo IBGE junto à 4.432 escolas, públicas e privadas, entre os

<sup>24</sup> [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pense#:~:text=A%20PeNSE%20%C3%A9%20uma%20pesquisa,Minist%C3%A9rio%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20\(MEC\)](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pense#:~:text=A%20PeNSE%20%C3%A9%20uma%20pesquisa,Minist%C3%A9rio%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20(MEC).). Acesso em 4 de julho de 2023.

meses abril a setembro de 2019

Os microdados disponibilizados no sítio eletrônico do IBGE trazem as informações das escolas em uma única base de dados, estruturada para registro das informações dos alunos participantes. Foi feito um filtro para selecionar as informações das escolas e posteriormente ponderá-los para distribuição das unidades de ensino com as mesmas características do universo amostral do Censo Escolar 2019, considerando os recortes de região, nível de ensino ofertado e tipo de município (capital ou interior) em que a escola se localiza. A ponderação é necessária para que a análise represente a população a que se refere, produzindo estimativas mais próximas à realidade a qual a Pesquisa visa a retratar.

As análises descritivas foram realizadas por meio da distribuição percentual das variáveis de interesse segundo a condição de participação no PSE utilizando teste de proporção de Tukey.

Foram consideradas como ações típicas do PSE aquelas elencadas no diploma normativo e presente na pesquisa. Para efeitos de execução do programa, considerou-se a realização de no mínimo duas ações, sendo pelo menos uma constante no rol das prioridades, conforme Documento Orientador do biênio 2019-2021.

Para análise das associações de possíveis desfecho com a condição de participação no PSE foram utilizados de 13 modelos de regressão logística, um para cada desfecho de interesse, com erro padrão robusto, tendo como variáveis independente dicotômicas a realização de atividades da escola com as unidades Básicas de Saúde ou com as Equipes de Saúde da Família (ESF), a presença de comitê responsável pela orientação/coordenação de ações de saúde no âmbito da escola, realização de ações típicas do PSE. Além da condição de participação da escola no PSE, adotou-se como variáveis independentes: a região geográfica, o tipo de município onde a unidade de ensino se localizava, a esfera administrativa (municipal, estadual ou federal), a oferta de turma no turno noturno, de educação infantil, de ensino fundamental, de ensino médio e educação de jovens e adultos.

Os testes estatísticos foram realizados um nível de significância de 0,05 (5%) utilizando de software R.<sup>25</sup>

Participaram da pesquisa 1.974 escolas públicas (municipais, estaduais ou federais), a maioria (60,5%, Intervalo de confiança de 95% (IC95%):57,7% - 63,3%) com o PSE. Contrastando com os dados administrativos de adesão ao Programa e com o do Censo Escolar, verifica-se a frequência das escolas públicas que aderiram ao PSE no ciclo de 2019 /2020 é estatisticamente igual à informada pela PENSE (58,8%; IC95% 58,4% - 59,3%), o que autoriza considerar a variável de participação no Programa pesquisada na Pesquisa como sinônimo da adesão ao programa neste ciclo.

De modo que a utilização dos dados da PENSE oferece recurso de importância para o monitoramento e avaliação de impacto do programa ao longo do tempo.

3. O que dizem os estudos internacionais sobre a avaliação da efetividade de programas de promoção da saúde nas escolas

No âmbito do estudo de avaliabilidade do Programa Saúde na Escola, foi realizada uma revisão de escopo com o objetivo de levantar o estado da arte das abordagens avaliativas para a efetividade de programas semelhantes ao PSE e os resultados apresentados<sup>26</sup>.

Adotou-se a técnica de scoping review, de acordo com as diretrizes do Instituto Joanna Briggs. A busca foi realizada em cinco bancos de dados (BVS Saúde, PubMed, Scopus, Embase e PsycInfo). Ao final, 55 artigos foram analisados. Foi possível observar trabalhos em todos os cinco continentes e foram encontradas seis temáticas

<sup>25</sup> Conforme resolução do 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde 27, por tratar-se de análise de dados secundários cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, não é necessária a submissão do projeto ao Conselho de Ética em Pesquisa. Porém cabe informar que a PENSE teve seu projeto aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

<sup>26</sup> Participaram desta revisão: **Erika Barbosa Camargo** (erika.barbosacamargo@gmail.com), **Flávia Tavares Silva Elias** (flavia.elias@fiocruz.br), **Luciana Garritano Barone do Nascimento** (garritanobarone@gmail.com), **Luciana Sepúlveda Köptcke** (luciana.koptcke@fiocruz.br) **Maria Edna Moura Vieira** (cartasparaednamoura@gmail.com), **Marta Azevedo Klumb Oliveira** (martaklumb@gmail.com), **Rimena Gláucia Dias de Araújo** (rimena.araujo@gmail.com), **Samia Kelle de Araújo** (cartasparasamia@gmail.com), **Simone Alves-Hopf** (sfisiocardio@gmail.com). O texto completo encontra-se em anexo.

em promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, foram encontrados onze domínios avaliativos utilizados para mensurar a efetividade das ações estudadas.

Para Rossi, Lipsey e Henry (2019), as atividades avaliativas de programas em saúde devem explorar cinco domínios, como por exemplo: Domínio 1: Avaliação da Necessidade de um Programa; Domínio 2: Avaliação do Desenho e Teoria do Programa; Domínio 3: Avaliação do Processo e Implementação do Programa; Domínio 4: Avaliação do Resultado e/ou Impacto do Programa; Domínio 5: Avaliação do Custo e Eficiência do Programa. Porém, avaliar cada um desses domínios requer tempo prolongado e ferramentas diversificadas e apropriadas para tal finalidade. Optou-se, neste estudo, por investigar a avaliação do resultado e/ou impacto do Programa. Um programa pode ser definido como um modo de planejamento e organização da ação coletiva voltada para produzir transformações desejáveis (Potvin & McQueen, 2007, p. 33)

Sabe-se que o processo de avaliação da efetividade de um programa não é linear, além disso, a própria terminologia dos conceitos relacionados a avaliação da efetividade, á exemplo, eficácia e eficiência, muitas das vezes, são colocados na literatura científica como sinônimos.

Uma das definições mais aceita na comunidade científica é que a eficácia é definida como a capacidade de mudança benéfica de uma determinada intervenção em condições consideradas ideais ou controladas. Enquanto isso, a efetividade está ligada à noção de validade externa, ou seja, a extensão em que os resultados planejados, as metas, e/ou objetivos são alcançados em ambientes considerados pragmáticos (Burches; Burches, 2020). No campo da promoção da saúde, críticas aos modelos de avaliação em uso apontam a natureza estreita do conhecimento produzido nestes estudos, com base em modelos lineares, e advogam que é preciso ultrapassar a compreensão do encadeamento entre objetivos e ações previstas, insumos investidos e resultados esperados e incluir a análise das relações simbólicas e de poder, considerando o sentido das práticas entre os atores participantes (Potvin & McQueen, 2007). Desta forma, pesquisar a efetividade de programas e ações de promoção à saúde e prevenção de doenças é um exercício reflexivo importante para o aprimoramento do sistema de monitoramento do PSE, visto que, a construção de indicadores de efetividade sensíveis aos contextos locais, permitirá conhecer as fragilidades e potencialidades de um programa de cobertura nacional.

Buscamos como objetivos específicos: (i) mapear o estado da arte da avaliação de efetividade de ações de programas de promoção e prevenção, voltados para crianças e adolescentes nas escolas; (ii) identificar instrumentos/abordagens metodológicas utilizadas para mensuração da efetividade; (iii) descrever e sintetizar evidências de diferentes pesquisas acerca da avaliação da efetividade de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças; e (iv) categorizar os programas que foram efetivos.

No geral, as análises mostraram que a maioria dos estudos de avaliação da efetividade das ações de promoção e prevenção foram realizadas no continente europeu (23 estudos), seguido dos Estados Unidos da América (13 estudos). No entanto, foi possível observar trabalhos realizados em todos os cinco continentes. A distribuição das temáticas na linha do tempo pode ser vista no Supl. 1.

Não houve nenhum programa que abrangesse o número de 13 ações que o Programa Saúde na Escola abrange. Entretanto, a soma de todos os programas resultou em 6 temáticas abordadas dentro do PSE.

O consolidado dos resultados é apresentado a seguir por temática na seguinte ordem: Alimentação, Nutrição e Atividade Física (20 artigos); Saúde Mental (14 artigos); Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas (11 artigos); Saúde Sexual e Reprodutiva/HIV (5 artigos); Saúde Bucal (4 artigos); e Prevenção de Lesões (1 artigo).

Nenhum estudo se assemelhou ao Programa Saúde na Escola em termos de abrangência territorial e número de ações (13 ações). No entanto, foram identificadas seis temáticas que são abordadas dentro do PSE (alimentação, nutrição e atividade física; saúde mental; prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva/hiv; saúde bucal; e prevenção de lesões). As temáticas mais encontradas foram alimentação, nutrição e atividade física (20 artigos), saúde mental (14 artigos) e prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas (11 artigos). O aparecimento dessas temáticas pode ser um reflexo do aumento de fatores de risco associados às doenças cardiovasculares e aos transtornos mentais/psicológicos em crianças e

adolescentes nas últimas décadas (Ramirez *et al.*, 2023; Ferriani *et al.*, 2023), bem como, pode estar associado ao modelo biomédico, voltado para a avaliação de componentes diagnósticos clínicos e físicos, enraizados nas avaliações metodológicas de programas de promoção e prevenção de doenças nas escolas (Leger, 2022).

Diferentes instrumentos foram utilizados para mensurar a efetividade das ações, o que tornou impossível a realização de um desfecho único. No entanto, o agrupamento desses desfechos por temática, possibilitou-nos a realização de uma síntese dos artigos efetivos (45%, 25 artigos), parcialmente efetivos (25%, 14 artigos), e não efetivos (30%, 16 artigos). Não houve possibilidade de fazer comparações entre os estudos efetivos, parcialmente efetivos e não efetivos, pois os estudos eram semelhantes nos critérios de inclusão, na abordagem metodológica, na medida de acompanhamento, e principalmente, nos objetivos pretendidos pelos autores. Entretanto, as intervenções realizadas e os instrumentos utilizados para mensurar a efetividade divergiram, confirmando nossas hipóteses de que não há um único instrumento considerado ideal para avaliar a efetividade de ações tão complexas, que são ações de promoção à saúde, as quais englobam múltiplas dimensões.

No geral, onze domínios avaliativos foram encontrados para mensurar a efetividade das ações estudadas, na seguinte ordem decrescente: Comportamental > Social > Diagnóstico Clínico > Psíquico > Físico > Sociodemográfico > Formação/Intelectual > Socioeconômico > Custo-Efetividade > Adesão > Monitoramento do Programa. Esses resultados corroboram com Hettler (1976), o qual afirma que avaliar o impacto das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças requer a compreensão do bem-estar do sujeito de pesquisa de forma holística, considerando 6 dimensões/componentes: emocional, considerando a consciência e a aceitação dos próprios sentimentos; físico, reconhecendo a priorização consistente do autocuidado físico; intelectual, estimulando a consciência para as atividades criativas e estimulantes que levam ao aprendizado, crescimento pessoal e a partilha dos dons únicos; ocupacional, reconhecendo a satisfação pessoal e o enriquecimento profissional; espiritual, reconhecendo o desenvolvimento de uma apreciação pela profundidade e extensão da vida e as forças naturais que existem no universo; social, reconhecendo a contribuição para o meio ambiente e a comunidade.

Nós observamos que a maioria dos estudos foi de natureza randomizada e controlada, 48 dos 55 estudos elegíveis para esta revisão foram experimentais ou quase-experimentais. Tais achados se assemelham ao conjunto de estudos de efetividade no campo da promoção da saúde, onde abordagens disciplinares da epidemiologia e da psicologia do comportamento são as mais frequentes (McQueen, 2007 e Potvin; McQueen, 2008). Estudos experimentais randomizados costumam ser eficazes para aferir relações lineares de causalidade entre eventos controlados. No entanto, programas de promoção da saúde e prevenção de doenças nas escolas, são, por definição, sujeitos a muitas variáveis não mobilizáveis para determinar todos os efeitos e fatores intervenientes possíveis. A compreensão dos programas de promoção como práticas sociais (Potvin; McQueen, *ibid*) requer considerar a complexidade, o contexto e a reflexividade. Neste sentido, medir a efetividade de ações em estudos randomizados controlados pode ter mascarado nossas interpretações dos achados, visto que o desenvolvimento de uma intervenção dentro de um estudo desta natureza pode não representar os retratos fiéis da prática cotidiana alcançada pelos estudos pragmáticos (Treweek; Zwrenstein, 2009 e Revicki; Frank, 1999).

### **Sobre os achados da revisão**

Avaliações de ações em promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde devem serem realizadas com metodologias e métodos diversificados de avaliação, os quais possam ser, posteriormente, triangulados para uma maior cobertura de domínios avaliativos, além disso, esses métodos devem incluir uma análise das relações simbólicas e de poder, buscando contemplar a complexidade humana, principalmente, em relação ao desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens em contexto escolar.

Finalmente, cabe enfatizar a singularidade da pesquisa inicialmente solicitada, sem precedentes na bibliografia especializada internacional, apontando o grande desafio da construção de um protocolo de

pesquisa sensível o suficiente tanto com relação ao nível e condições de implementação do PSE em diferentes partes do território nacional, quanto a indicadores que informem sobre a qualidade das ações realizadas em resposta aos resultados e efeitos esperados (ou não) do programa.

#### 4. Considerações sobre a viabilidade

Com base na relevância dos estudos analisados à luz da presente investigação de avaliabilidade do PSE, buscou-se verificar se existem condições informacionais objetivas e recursos disponíveis (como tempo e recurso financeiro) capazes de apoiar uma pesquisa avaliativa sobre a efetividade do Programa Saúde na Escola. Cabe lembrar que este trata de um programa pragmático, com diretrizes, objetivos, modelo de gestão e de ações definidas, carecendo, portanto, de monitoramento eficiente para comprovar a relevância de suas ações na redução de vulnerabilidades e garantir a continuidade do repasse de recursos financeiros, bem como a comprovação de seu uso nas ações pactuadas intersetorialmente.

Apesar do PSE ter suas ações coletivas monitoradas, inicialmente, no SIMEC (MEC) e a seguir no e-SUS (SISAB) e possuir indicadores de estrutura e de processo (a partir de 2017), **muitas são as fragilidades apontadas no monitoramento conforme se viu**<sup>27</sup>.

Muito há por fazer para melhorar o monitoramento do PSE mediante indicadores pactuados intersetorialmente, inclusive de gestão, e a melhoria do sistema de informações. Além disso, levantou-se a importância de estudos populacionais como a PENSE, que podem suprir a ausência de indicadores para aferir resultados/impacto para análise longitudinal de informações da saúde e da educação dos educandos e da implementação do programa.

É fato que o monitoramento eficaz de um programa de tamanha complexidade como o PSE, precisa de indicadores de gestão e de indicadores alusivos às suas ações que considerem a saúde e a educação conjuntamente, tornando visível o seu potencial de compreender e contribuir para transformação da realidade das crianças, dos adolescentes e dos jovens.

O monitoramento efetivo se constitui em um dos maiores desafios, não só do PSE, mas dos programas voltados para educação e saúde pública de modo geral, sendo a síntese de evidências obtidas por meio das diversas fontes de dados (primárias, secundárias, artigos, midiáticas) para aperfeiçoar, reformular e transformar as ações pragmáticas, um dos maiores desafios desse programa. Nesse contexto, o PSE precisa avançar no registro qualificado de suas ações com informações, não apenas quantitativas, mas também sobre processos e sobre resultados de processo organizacionais e de processos junto à comunidade, (Haldane *et al.*, 2019) que possibilitem a compreensão dos múltiplos efeitos de um programa desta natureza, antes de se obter impacto na saúde ou na permanência e desempenho escolar.

Nesse sentido, considerando as dimensões do conceito de efetividade a ser trabalhado posteriormente, nesta pesquisa, segundo discussão na sessão referente ao Modelo Lógico e Matriz de Indicadores, é necessário refletir sobre indicadores e ações que garantam, não apenas a coerência entre os objetivos e finalidade do programa e os resultados desejados, mas a compreensão das práticas envolvidas na implementação do PSE e seus efeitos, na perspectiva da promoção da saúde, do desenvolvimento integral dos estudantes participantes do programa, e seus desdobramentos para as diversas expectativas, subjetivas e programáticas, locais, municipais, estaduais e federais, em torno do Programa Saúde na Escola.

<sup>27</sup> Importantes limitações da análise de cobertura das ações e cobertura dos educandos pactuados no PSE, quanto à avaliação e monitoramento da evolução da implantação e quanto à avaliação da implementação do PSE, a saber: não fornecimento dos dados relativos às ações e aos educandos entre os anos de 2008 a 2013 (SIMEC); divergências em relação ao código do Inep e do IBGE; impossibilidade de avaliar a cobertura das ações de acordo com as metas pactuadas pelos municípios; impossibilidade de avaliar a variação da cobertura das ações e dos educandos participantes das ações por município; subnotificação de ações do PSE nas planilhas de dados registrados no e-SUS-AB; dupla contagem de alunos nas ações inseridas; dificuldade de medição das ações do Programa; necessidade de mapeamento do território, entre a UBS de referência e a escola a qual está adscrita; inexistência de um marcador temporal de movimentação dos alunos; os indicadores e as metas não são definidos de forma clara e objetiva; dificuldades junto ao sistema de informação (hiatos no seu preenchimento)

## 5. ANÁLISE DE UTILIDADE

No escopo do estudo de avaliabilidade do Programa Saúde na Escola, verificamos até aqui a plausibilidade e a viabilidade do PSE ser avaliado, buscando responder às perguntas: o programa acumula resultados plausíveis de avaliação? O programa possui sistemas de informação que permitam avaliar seus objetivos?

Nesta seção do estudo, abordaremos a dimensão da utilidade, que busca assegurar que os resultados da avaliação a ser realizada terão utilidade para os atores diretamente envolvidos com a gestão e a realização do programa.

Como já mencionado em outras partes deste texto, a avaliação é compreendida como um estudo sistemático e científico que visa, primordialmente, construir sentido sobre políticas e programas, descrevendo e analisando suas operações, efeitos e desdobramentos sociais, entre outras dimensões analíticas (Potvin; MacQueen, 2008).

Na perspectiva da promoção da saúde, a avaliação de programas e políticas se distingue das pesquisas, em particular, pela natureza do objeto de estudo e por sua finalidade. Com relação ao primeiro ponto de distinção, lembramos que os programas de promoção da saúde, como assim entendemos o PSE, segundo documentos analisados e falas de atores da gestão, são “sistemas ou práticas de ação social” que integram múltiplas práticas e atividades de análise. Consoante à natureza complexa do objeto, a finalidade da avaliação na promoção da saúde é produzir conhecimento para apoiar a ação, considerando a variedade de atores implicados e seus interesses específicos com relação ao programa e à própria avaliação (Potvin, MacQueen, 2008).

Vários autores chamam a atenção sobre a especificidade da promoção da saúde como objeto avaliativo e sobre os desafios de construir estudos avaliativos cientificamente rigorosos, teoricamente embasados e oportunamente relevantes para o aprimoramento dos programas e políticas na sua realização cotidiana, assim como na tomada de decisão sobre sua permanência ou modificação. Um dos aspectos a serem considerados na construção de avaliações sobre programas de promoção à saúde é a sua natureza contextualmente situada e dinâmica, na perspectiva das interações sociais e com os territórios ou ambientes de implementação. Outro ponto de destaque é o fato de a promoção da saúde mobilizar valores sociais, culturais e profissionais, trazendo zonas de conflito e dissonância conceitual entre gestores, profissionais engajados e sujeitos das ações de promoção, como a comunidade escolar em si.

Ao propor a intersectorialidade, a territorialidade e a participação social e comunitária e, mais ainda, ao disputar a representação coletiva sobre o que é saúde, em uma perspectiva positiva – para além da ausência de doenças –, holística e abrangente e ao considerar os condicionantes e determinantes sociais e ambientais da produção de saúde enquanto bem-viver, a promoção da saúde anuncia perspectivas pouco familiares para a sociedade e até para profissionais da saúde e de outras políticas sociais, como é o caso da Educação, no Programa Saúde na Escola.

Assim, no cotidiano das ações de promoção, como já comentado anteriormente na análise dos objetivos e finalidades do PSE e sua relação com as ações realizadas (Brasil, 2008, p. 26-44), são muitos os interesses, as justificativas e os modos de compreender o programa e colocá-lo em prática.

A avaliação do programa pode ter um papel pedagógico, ao conseguir mobilizar e compreender a diversidade de representações e práticas e fazê-las dialogar e refletir com maior clareza sobre a finalidade, os pontos de consenso, as prioridades dos atores envolvidos para abordar os resultados esperados do PSE. Concordamos com Potvin, MacQueen e Salazar (2008), ao defenderem que um estudo avaliativo de programas de promoção da saúde precisa trazer em si os valores e as dimensões promotores de saúde como resultado. Nessa perspectiva, percebemos que a avaliação faz parte da ação, na perspectiva de que os atores e suas relações em torno da implementação do programa precisam estar direta ou indiretamente presentes na construção das perguntas e dos objetivos de um estudo de avaliação, assim como o processo avaliativo será indutor de transformações no programa, não apenas ao final do estudo, mas durante sua realização.



Com vistas a promover a interlocução entre atores da gestão, profissionais e equipe avaliadora na construção da proposta final do estudo, foram realizadas reuniões e oficinas que serão apresentadas no quadro a seguir.

**Quadro 4 – Espaços, atores e resultados da construção integrada da pesquisa**

Evento	Data	Objetivo	Participantes	Desdobramento
<b>Reunião do Marco Zero</b>	17/02/2022	Apresentação da equipe de pesquisa; esclarecimento de dúvidas entre CNPq, agentes técnicos e demandantes da pesquisa; alinhamento do planejamento e do cronograma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DEPROS/SAPS/MS Mariana Vilela Vieira Lucas Agostinho Fernandes Kátia Godoy Cruz Priscila Fernandes do Prado Neto Tainá Silva Costa</li> <li>• COBIO/CGSAU/DABSCNPq Monica Maria Rebouças Ramalho</li> <li>• Projeto Luciana Sepúlveda Köptcke Gisele De Jesus Silva Alexandro Rodrigues Pinto Maria Regina Araújo de Vasconcelos Padrão Simone Alves-Hopf Rimena Glaucia Dias de Araujo Luciana Garritano Barone Marta Klumb Edna Moura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição do Seminário Intermediário para 2023.</li> <li>- Definição de reuniões mensais de acompanhamento toda última terça-feira do mês das 10 às 12h a ser confirmada pelo grupo de pesquisa.</li> </ul>

Evento	Data	Objetivo	Participantes	Desdobramento
<b>Reuniões regulares</b>	21/02/2022	Desenvolvimento das atividades e etapas do projeto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeto</li> <li>Luciana Sepúlveda Köptcke</li> <li>Gisele de Jesus Silva</li> <li>Gisela Cordeiro Pereira Cardoso</li> <li>Alexandro Rodrigues Pinto</li> <li>Maria Regina Araújo de Vasconcelos</li> <li>• Padrão</li> <li>Simone Alves-Hopf</li> <li>Rimena Glauca Dias de Araujo</li> <li>Luciana Garritano Barone</li> <li>Marta Klumb</li> <li>Edna Moura Vieira</li> <li>Euglébia Andrade de Oliveira</li> <li>Beatriz da Costa Soares</li> <li>Marta Azevedo Klumb Oliveira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposta de metodologia para inventário.</li> <li>- Análise dos documentos institucionais do PSE.</li> <li>- Planejamento da Revisão Sistemática.</li> <li>- Análise da pergunta de pesquisa e do escopo.</li> <li>- Levantamento dos descritores da pesquisa.</li> <li>- Compreensão dos descritores.</li> <li>- Discussão dos conceitos de viabilidade.</li> <li>- Capacitação para o uso do app web Rayyan.</li> <li>- Acompanhamento do processo de revisão de escopo.</li> </ul>
	25/02/2022			
	31/03/2022			
	08/04/2022			
	11/04/2022			
	03/05/2022			
	06/05/2022			
	16/05/2022			
	18/05/2022			
	24/05/2022			
	30/05/2022			
	03/06/2022			
	20/06/2022			
	27/06/2022			
	28/06/2022			
	05/07/2022			
	08/07/2022			
	12/07/2022			
	15/07/2022			
	22/07/2022			
29/07/2022				
03/08/2022				
04/08/2022				
12/08/2022				
16/08/2022				
26/08/2022				
02/09/2022				
08/09/2022				
12/09/2022				
19/09/2022				

26/09/2022			
27/09/2022			
28/07/2022			
30/09/2022			
04/11/2022			- Eliminação dos "conflitos entre artigos incluídos e excluídos" existentes no app Rayyan (ferramenta: "maybe").
09/11/2022			
21/11/2022			
30/11/2022			
14/12/2022			
13/02/2023			-Submissão do projeto ao Comitê de Ética – CEP – Fiocruz Brasília.
27/03/2023			
13/04/2023			- Proposta de Modelização e Avaliação.
14/04/2023			
17/04/2023			
19/04/2023			- Análise de modelos lógicos.
20/04/2023			
25/04/2023			
02/05/2023			- Análise dos trechos extraídos dos documentos do Inventário PSE.
26/05/2023			
16/06/2023			
30/06/2023			- Construção da 1ª versão do modelo lógico a partir da literatura e normativas.
06/07/2023			
10/07/2023			
11/07/2023			
12/07/2023			
04/08/2023			
09/08/2023			

<p><b>I Oficina intersetorial com gestores e equipe técnica federal</b></p>	<p>24/05/2022</p>	<p>Partilha com os gestores do desenvolvimento da pesquisa, refletindo-se sobre a finalidade do Programa, segundo os diversos atores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DEPROS/SAPS/MS Kátia Godoy Cruz Maria Luciana Da Silva Nobrega Mariana Vilela Vieira Fabiana Oliveira Santos Azevedo Gláucia Barbosa Pinto Santos Juliana Rezende Melo da Silva Lucas Agostinho Fernandes Priscilla Fernandes do Prado Neto Myrian Caldeira Sartori Nataly Jorge Sá</li> <li>• Projeto Luciana Sepúlveda Köptcke Gisele De Jesus Silva Gisela Cordeiro Pereira Cardoso Alexandro Rodrigues Pinto Maria Regina Araújo de Vasconcelos</li> <li>• Padrão Simone Alves-Hopf Rimena Glauca Dias de Araujo Luciana Garritano Barone Marta Klumb Edna Moura Vieira Euglébia Andrade de Oliveira Beatriz da Costa Soares Marta Azevedo Klumb Oliveira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mapeamento de expectativas sobre a pesquisa e sobre a percepção acerca do programa, de atores da gestão federal da saúde e da educação.</li> <li>- Proposta da apresentação da pesquisa no evento de celebração dos 15 anos do PSE, em dezembro de 2022.</li> <li>- Fortalecimento do engajamento com a pesquisa, das trocas e do diálogo entre os gestores.</li> </ul>
---	-------------------	---	---	--

Evento	Data	Objetivo	Participantes	Desdobramento
<b>Oficina de modelização do PSE</b>	20/12/2022 Presencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da modelização como um instrumento de descrição da cadeia lógica da intervenção.</li> <li>- Apresentação da modelização do PSE utilizando cadeias lógicas, lineares e simples.</li> <li>- Treinamento da construção do modelo lógico do PSE, utilizando cadeias lógicas, lineares e simples.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeto                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Luciana Sepúlveda Köptcke</li> <li>Gisele De Jesus Silva</li> <li>Gisela Cordeiro Pereira Cardoso</li> <li>Alexandro Rodrigues Pinto</li> <li>Maria Regina Araújo de Vasconcelos</li> </ul> </li> <li>• Projeto                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Simone Alves-Hopf</li> <li>Rimena Glauca Dias de Araujo</li> <li>Luciana Garritano Barone</li> <li>Marta Klumb</li> <li>Edna Moura Vieira</li> <li>Euglébia Andrade de Oliveira</li> <li>Beatriz da Costa Soares</li> <li>Marta Azevedo Klumb</li> <li>Oliveira</li> </ul> </li> </ul>	- Validação da 2ª versão do modelo lógico com a equipe interna.
<b>2ª Oficina de Modelização do PSE</b>	13/02/2023		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeto                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Luciana Sepúlveda Köptcke</li> <li>Gisele De Jesus Silva</li> <li>Gisela Cordeiro Pereira Cardoso</li> <li>Alexandro Rodrigues Pinto</li> <li>Maria Regina Araújo de Vasconcelos</li> </ul> </li> <li>• Padrão                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Simone Alves-Hopf</li> <li>Rimena Glauca Dias de Araujo</li> <li>Luciana Garritano Barone</li> <li>Marta Klumb</li> <li>Edna Moura Vieira</li> <li>Euglébia Andrade de Oliveira</li> <li>Beatriz da Costa Soares</li> <li>Marta Azevedo Klumb</li> <li>Oliveira</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validação da 3ª versão do modelo lógico com a equipe interna.</li> <li>- Definição do perfil dos especialistas para aplicação do Delphi.</li> </ul>

Evento	Data	Objetivo	Participantes	Desdobramento
<b>Aplicação modelo Delphi</b>	11/05 a 11/06/2023	Validação do modelo lógico estruturado, contribuindo para identificar lacunas, ajustes e refinamentos necessários para a adequada representação da intervenção modelizada – o PSE – em seus componentes de gestão intersetorial e ações de atenção, prevenção e promoção em saúde.	<p>Raquel Turci Pedrosa (Ex-Coordenadora PSE/MS)</p> <p>Regiane Andrade - Coletivo Técnico (Representando a OPAS)</p> <p>Eliene Lopes Moreira (Ex-Coordenadora PSE/DF Educação)</p> <p>Wânia Telles Moraes (Ex-Coordenadora PSE/DF Saúde)</p> <p>Fábio Barbosa (Coordenador PSE - Educação Bahia)</p> <p>Carlos Silva (Presidente do CEBES)</p> <p>Maria de Fátima Malheiros (Gestora federal do PSE-MEC)</p> <p>Maria de Fátima Lobato (Pesquisadora ENSP/ Especialista em promoção da saúde)</p> <p>Dais Rocha (Professora UnB, Promoção da Saúde e PSE)</p> <p>Denise Bueno (Técnica do PSE/ SPE pela Saúde)</p> <p>Danielle Cruz (Gestora do PSE pela Saúde)</p> <p>Carolina Zamboni (Consultora do PSE/MEC/MS)</p> <p>Gláucia Campos (Técnica do PSE/MEC)</p> <p>Godiva Vasconcelos (Consultora do PSE/MEC/MS)</p> <p>Karen Oliva (Consultora do PSE/MEC/MS)</p> <p>Luciana Nobrega (Coordenadora do PSE/MEC)</p>	<p>- Entre os especialistas convidados para esta validação, estão acadêmicos que discutem a promoção da saúde e educação, técnicos e gestores que trabalharam no PSE anteriormente. Entre os 16 convidados, 7 participaram, retornando ao convite com suas reflexões e considerações ao modelo lógico do programa.</p> <p>- Os apontamentos efetuados foram analisados pela equipe avaliadora, que identificou as convergências e divergências entre os especialistas, e discutidas em uma das atividades previstas para a oficina presencial realizada entre os dias 10 e 12 de julho de 2023.</p> <p>- O resultado da aplicação do método Delphi, juntamente com a análise da equipe sobre os comentários que surgiram a partir dele deram origem à 4ª versão (final) do modelo lógico da intervenção.</p>

Evento	Data	Objetivo	Participantes	Desdobramento
<b>Oficina Intersectorial de validação do modelo lógico e perguntas avaliativas</b>	10/07 e 11/07/2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da 4ª versão do modelo lógico do PSE</li> <li>- Discussão e validação do modelo lógico do PSE.</li> <li>- Apresentação das perguntas avaliativas e das dimensões e subdimensões da avaliação.</li> <li>- Discussão das perguntas avaliativas e das dimensões e subdimensões propostas.</li> <li>- Apresentação da Matriz de Indicadores.</li> <li>- Discussão dos indicadores e das dimensões e subdimensões propostas para a avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiocruz Brasília – GEREB Maria Fabiana Damásio Passos</li> <li>• Projeto Luciana Sepúlveda Köptcke Gisele De Jesus Silva Gisela Cordeiro Pereira Cardoso Alexandro Rodrigues Pinto Maria Regina Araújo de Vasconcelos Padrão Simone Alves-Hopf Rimena Glauca Dias de Araujo Luciana Garritano Barone Marta Klumb Edna Moura Vieira Euglébia Andrade de Oliveira Beatriz da Costa Soares Marta Azevedo Klumb Oliveira</li> </ul>	- Validação da 4ª versão do modelo lógico com os técnicos e gestores do PSE dos ministérios da Saúde e da Educação.

Fonte: Elaboração própria, 2023.

As reuniões e oficinas realizadas, assim como o uso parcial do Modelo Delphi, foram muito importantes para a melhor compreensão das expectativas iniciais com relação à proposta de um estudo de efetividade do programa, conforme definido inicialmente no edital (marco zero); para a ampliação e para o detalhamento de perguntas iniciais entre gestores e equipe técnica no nível federal (oficina 1 e 2 com gestores e MEC e MS); e para a validação do modelo lógico do Programa (uso do Modelo Delphi e oficina 2).

É importante sinalizar uma modificação de contexto importante durante esse processo. Com a mudança de governo, após as eleições de 2022, considerando-se a natureza intrinsecamente política e pragmática das avaliações de programas implementados pelos órgãos públicos, tornou-se primordial reiniciar o ciclo de diálogo sobre a pesquisa com a nova equipe responsável pelo Programa.

Foram realizadas uma reunião e uma oficina que permitiram refletir sobre as prioridades da nova gestão, demandante da pesquisa, a validação do Modelo Lógico e a definição final dos objetivos específicos e das perguntas de pesquisa que serão apresentadas nas próximas seções deste documento.

## 6. MODELO LÓGICO

### Construção do Modelo Lógico

#### 1. Definição, objetivo e perguntas

Entende-se por modelização o processo de elaboração e construção intencional da representação visual, de forma compreensível e plausível, de um fenômeno complexo, como a intervenção em questão – o PSE. Esse processo amplia a compreensão sobre os fenômenos utilizando-se de símbolos usualmente visuais, que permitem projetar modificações específicas nas mudanças que visa alcançar. Modelizar é, portanto, construir modelos, isto é, apresentações visuais capazes de expressar teorias ou ideias sobre determinadas intervenções.

Considera-se intervenção um sistema organizado de ação, cujo objetivo é modificar um problema de saúde em um determinado período temporal e em um ambiente específico. Esse problema advém de demandas ou necessidades da população ou do sistema de serviços de saúde (Champagne *et al*, 2011; Santos, Cardoso e Oliveira, 2023).

As intervenções são sustentadas por hipóteses (teorias), que podem ser sintetizadas e expressas por meio da modelização. Essas teorias dizem respeito à contribuição de dada intervenção para alcançar o efeito desejado (teoria de mudança); ao modo como deve ocorrer a operacionalização dessa intervenção para que os efeitos desejados sejam alcançados (teoria de funcionamento ou de ação); e à forma como se manifestam as relações entre os atores envolvidos na intervenção (teoria de interação) (Chen, 2005; Rogers, 2000; Davies, 2004).

A especificidade do PSE como um conjunto de ações que visa modificar valores, atitudes e práticas, nem sempre de grande visibilidade, requer, imprescindivelmente, a modelização para o mapeamento e o esclarecimento de sua racionalidade e função. Dessa forma, a proposta de modelização a ser apresentada, além de ser fruto de um trabalho de amadurecimento conjunto entre a equipe de avaliação e a equipe do PSE, prevê revisões e adaptações que respondam às modificações tanto em curso quanto futuras do projeto. Em outras palavras, sinaliza-se a necessidade de revisões periódicas do modelo.

Sendo assim, o objetivo desta etapa do estudo de avaliabilidade é discutir e estruturar um modelo lógico do PSE, que expresse as teorias da intervenção, respondendo perguntas como:

1. Qual é o problema sobre o qual o programa pretende intervir e mudar?
2. Como o programa prevê alcançar as mudanças desejadas?
3. Quais são os recursos necessários à operacionalização do programa?
4. Qual é o modo de funcionamento do programa, ou seja, como está prevista a sua operacionalização?
5. Quais são os efeitos desejados a curto, médio e longo prazo a partir da implementação do programa?
6. Quais são os atores envolvidos na sua implementação?

A modelização é, portanto, um dos primeiros passos para a condução de uma avaliação, considerando a necessidade de conhecer o avaliando. Segundo Chen (2005), o modelo lógico, além de ser uma ferramenta descritiva, colabora para a construção de uma representação comum e a análise da intervenção avaliada.

#### 2. Metodologia

A equipe de avaliação foi dividida em subgrupos de trabalho para conduzir as diferentes etapas do estudo



de avaliabilidade. As reuniões iniciais do subgrupo de modelização envolveram a sistematização das etapas do projeto de avaliação. A partir desses encontros, foi elaborada uma Matriz de Informação (Quadro 1, p. 16) e o Diagrama das Dimensões e Subdimensões (Figura 1, p. 14), considerando-se os objetivos específicos descritos no projeto, as técnicas de coleta de informações, as fontes a serem utilizadas e as subdimensões de análise previstas. A matriz de informação e o diagrama constituem, portanto, ferramentas de organização e de síntese do desenho avaliativo. Também foram discutidos, o referencial teórico sobre os conceitos de “avaliação de efetividade de programas de promoção da saúde”, “promoção da saúde” e “intersectorialidade”. A revisão de modelos lógicos do PSE já desenvolvidos em trabalhos acadêmicos (dissertações e teses), relatórios de consultorias e periódicos científicos foi realizada de forma concomitante.

Com base nos modelos identificados e nos referenciais normativos vigentes sobre o programa, elaborou-se uma primeira versão do modelo a ser utilizado nesta avaliação. Essa versão foi discutida com a equipe de avaliação em três oficinas de trabalho. A primeira, em formato virtual, para alinhamento do referencial teórico utilizado na modelização; a segunda, em formato presencial – realizada na Gerência Regional de Brasília (Gereb/Fiocruz-DF), para adequações da primeira versão do modelo, considerando-se a experiência pregressa dos componentes da equipe junto ao programa; e a terceira, em formato virtual, para uma nova rodada de validação com os avaliadores sobre os ajustes realizados no modelo. Está prevista, ainda, uma quarta oficina de discussão do modelo lógico do programa, desta vez com a equipe do PSE e outros *stakeholders*<sup>28</sup> identificados.

### 3. Resultados encontrados

Foram identificados e analisados sete (7) modelos lógicos do PSE, buscando-se subsídios à proposta de modelização do Programa para a condução da avaliação (Figura 2, p. 21). A análise propiciou a definição dos componentes técnicos da intervenção e suas respectivas atividades, recursos previstos e cadeia de efeitos. Configurou-se, assim, a primeira versão do modelo lógico do PSE (Figura 3, p. 22), adaptado dos modelos desenvolvidos por Santos (2019), Oliveira (2017) e Sousa *et al.* (2017).

Essa versão foi apresentada à equipe de avaliação em duas oficinas, uma virtual e outra presencial, realizadas, respectivamente, em novembro e dezembro de 2022. Tais oficinas resultaram na conformação de uma segunda versão do modelo lógico do PSE (Figura 4 em anexo), que foi novamente discutida e refinada internamente durante a terceira oficina de trabalho, realizada em formato virtual em fevereiro de 2023. Desse encontro foi conformada a terceira versão do modelo lógico do programa (Figura 5, em anexo), que passaram por validação externa com os *stakeholders* identificados.

### 4. Produtos: O Modelo Lógico construído

<sup>28</sup> São considerados *stakeholders* os usuários potenciais da avaliação. São atores envolvidos em processos da avaliação, que tenham interesses nos achados que dela virão (Rossi & Freeman, 1993).



## 7. O PSE É PASSÍVEL DE AVALIAÇÃO? CONSIDERAÇÕES SOBRE A AVALIABILIDADE DO PROGRAMA E TIPO DE PESQUISA INDICADO

### 1. O Programa Saúde na escola tem resultados plausíveis de serem avaliados?

O PSE completou 15 anos de existência em 2022. Caracteriza-se como um programa criado intersetorialmente por meio de Decreto presidencial, agregando em torno de si apostas políticas e programáticas de mudança e aperfeiçoamento sobre o papel da integração entre as pastas da saúde e da educação para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes. Foi criado em momento de otimismo social e político, com aumento dos investimentos públicos nas áreas sociais. Acumulava importantes recursos organizacionais como programas e leis convergentes; o próprio SUS apostava na Estratégia Saúde da família, na Política Nacional de Promoção da Saúde, entre outras. Era um momento de oportunidade onde se notava alinhamento político em torno de um modelo de educação e de saúde integrais, voltados para a intersetorialidade, na perspectiva de responder a questões muito complexas.

O problema de origem destacado em documentos e nas falas, presente no modelo lógico construído, se relaciona com a ausência de ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde, que comprometem o desenvolvimento integral dos educandos da rede pública de educação básica.

Na gestão, o maior desafio, compreendido como fator determinante para solucionar o problema, era a necessidade de integrar as redes públicas de educação e de saúde no território nacional.

Cabe salientar que, desde sua criação em 2007, o Programa definiu finalidade e objetivos, estratégias de gestão, fontes de investimento, modelo de governança, ações e temáticas. Foram estabelecidos dispositivos de gestão intersetorial, como a CIESE, e atuação nos conselhos de saúde e educação, além de normativas e recursos técnicos, como portais, plataformas, sistemas.

No que toca às ações, propôs a criação de grupos de gestão intersetorial nos três níveis de governo, sendo sua implementação sugerida em documentos de orientação para a gestão, mas nunca de fato monitorada.

A finalidade e os objetivos não foram modificados em documentos oficiais do Programa. Porém, desde sua criação, é clara a multiplicidade de interpretações dos objetivos, com ênfase ou abordagens muito diversas entre os atores envolvidos em sua implementação.

Alterou critérios de adesão, saindo de um recorte voltado para municípios com maior vulnerabilidade para a universalização do acesso a todos os municípios, (Portaria Interministerial nº 1.413/2013), embora tenha mantido um percentual de municípios e escolas obrigatórias, segundo leitura contextualizada da situação de vulnerabilidade. O PSE seguiu articulando a adesão a programas conexos (ex.: Mais Educação, Bolsa Família, Crescer Saudável, entre outros) ao longo dos anos, desempenhando papel de catalisador de ações de saúde para estudantes da educação básica da rede pública.

Ao longo dos anos, o tipo e a natureza dos investimentos sofreram alterações. Em suma, recursos organizacionais, como políticas e equipamentos pré-existent, sofreram com as crises política, sanitária e econômica que o país atravessou entre 2016 e 2022. O investimento direto em saúde e educação diminuiu e, com isso, diminuiu o incentivo pago pelo Ministério da Saúde, na modalidade fundo a fundo, embora tenha impacto no aumento do número de municípios aderidos, escolas e estudantes participantes, se observarmos o valor pago por estudante participante.

A priorização de atividades de avaliação clínica, de prevenção e de promoção da saúde também acompanhou as mudanças de governo com suas pautas específicas, agendas de saúde internacionais, a resposta a quadros sanitários emergenciais e os tensionamentos sociais locais na sua implementação.

### Incompletude no desenho do programa

A observação da adequação entre os resultados esperados, a partir das ações, e dos investimentos previstos aponta inconsistências. A substituição dos componentes do Programa por uma lista de ações definidas nas portarias de adesão a partir de 2017 (Portaria nº1055) invisibiliza ações de formação e educação permanente dos atores implementadores. Outro ponto ausente nos documentos analisados são ações que fortaleçam ou induzam maior participação da comunidade e dos estudantes no programa. Finalmente, embora sejam preconizadas ações de monitoramento e avaliação, o registro de dados e a qualidade desse registro são insuficientes para aferir resultados imediatos que levem à avaliação de efetividade do programa.

### Disparidades na implementação

Em que pese a importância da cobertura do programa e sua capacidade de catalisar ações voltadas para os escolares ao longo dos 15 anos de sua existência, o PSE encontra disparidades na sua implementação. A escuta dos gestores durante reuniões e oficinas na etapa do Estudo de Avaliabilidade do Programa, bem como a análise bibliográfica sobre resultados e realização do PSE neste relatório demonstraram que a gestão intersectorial encontra problemas com relação à desigualdade no compartilhamento do poder entre os setores, na relevância da agenda em cada setor, na organização das parcerias e na insuficiência de recursos; à desigualdade regional na implantação e no alcance do programa; à pouca participação comunitária; à insuficiência de monitoramento e avaliação e de capacitação para os profissionais engajados.

Na perspectiva da plausibilidade, entende-se que **o PSE pode e deve ser avaliado, mas deve considerar a incompletude das ações propostas para atender aos objetivos declarados pelo PSE. Outro ponto consiste na diversidade de contextos de implementação**, que requerem maior conhecimento sobre como o programa é realizado e registrado nos municípios, sobre o papel da gestão entre estados e municípios para sua realização e como atores e sujeitos de suas ações percebem e executam as ações. De modo que não é plausível imputar uma relação de interdependência direta entre resultados de saúde junto à população escolar, ou, ainda, entre a diminuição da ausência e do abandono escolar e as ações do programa registradas. É preciso abrir a “caixa preta” da implementação e construir explicações com suficiente fundamentação teórica entre o que o programa propõe, o que de fato é realizado e os efeitos imputados.

## 2. O Programa é avaliável? Há dados e sistemas suficientes que apoiem a avaliação dos objetivos do programa?

O PSE instituiu, ao longo dos últimos 15 anos, sistemas de registro para monitoramento das suas ações, como o SIMEC (2008-2013) e o SISAB, em uso atualmente. Possui indicadores de estrutura e processo, desde 2017, mas apresenta muitas fragilidades no monitoramento de suas ações, tanto no que diz respeito à realização do registro de todas as ações (subnotificação) quanto na perspectiva da completude das informações passíveis de registro. É importante, ainda, conforme levantamentos de consultores do MS, já descritos neste documento, verificar o cumprimento de metas pactuadas pelos municípios, a variação da cobertura das ações e dos educandos participantes das ações por município e por escola, o detalhamento territorializado entre escolas e UBS na pactuação e na realização das ações, que possam ser acompanhadas ao longo do tempo em relação a indicadores de impacto, de base populacional, bem como estratificadas por município, escola e UBS nos territórios.

A revisão da bibliografia internacional, revelou que o estado atual do conhecimento sobre a avaliação de programas voltados para a atenção e a promoção da saúde e para a prevenção de doenças nas escolas demonstra fragilidades na construção de evidências sobre a efetividade da promoção da saúde em ambiente escolar. A revisão realizada sinalizou, ainda, a **predominância de estudos com foco monotemático, poucos de abrangência nacional, grande diversidade metodológica, embora, em sua maioria, com desenhos experimentais ou quase experimentais, buscando diminuir influências contextuais no desfecho das**

**intervenções avaliadas.** As metodologias empregadas nesses estudos levantados não se mostram satisfatórias para avaliar programas de promoção da saúde, definidos como sistemas de ação (Potvin & MacQueen, 2008). A avaliação como dispositivo reflexivo sobre este sistema de ação coletiva precisa considerar os processos de implementação e os contextos, de modo a construir entendimento prático e teórico sobre a imputação de resultados na perspectiva promocional, reforçando a importância de sistemas de registro de ações sensíveis aos contextos e às práticas entre escolas e UBS.

A existência de pesquisas periódicas de percepção e prática, como a PENSE, voltada para a população escolar brasileira, contribui para construir um painel de monitoramento ao longo do tempo, mas, para tanto, é importante a relação com os dados sobre as práticas aferidas pelos sistemas de monitoramento das ações do PSE por escolas e unidades básicas de saúde. **Na perspectiva da avaliabilidade, o PSE encontra desafios com a subnotificação no sistema de monitoramento existente e não afere as atividades realizadas nas escolas pelos professores e outros atores da comunidade.**

### 3. Proposta de pesquisa avaliativa para o Programa Saúde na escola

**O PSE é um programa passível de avaliação. Todavia, a despeito do tempo de implantação e de sua crescente cobertura junto aos municípios brasileiros, encontramos incompletudes no desenho das atividades propostas e desigualdades na sua implementação.** A multiplicidade de intervenções possíveis, não definidas previamente para cada uma das 13 ações, consiste em outro fator de dificuldade de aferição de resultado e desfechos específicos por cada ação proposta.

Por outro lado, existem orientações específicas para a formação dos grupos de trabalho intersetoriais (GTI) e para o funcionamento da Câmara Intersectorial de Educação e Saúde na Escola (Ciese), melhor caracterizando a intervenção a ser implantada. Há maior consenso sobre os resultados previstos com a implantação desses dispositivos de gestão, na operacionalização das demais ações do programa. A intersectorialidade é vista como condição da efetividade do programa e constitui componente do desenho e da teoria explicativa que sustenta suas intervenções (Henrique, 2016). Ao mesmo tempo, pode ser considerada um resultado de processo, ao responder aos problemas identificados no desenho do Modelo Lógico: a fragmentação das ações e a falta de integração entre as redes da educação e da saúde na resolução do risco de crianças e jovens brasileiros não alcançarem sua formação e seu desenvolvimento integral<sup>29</sup>.

Assim, **o estudo de avaliabilidade considera viável e desejável a avaliação da gestão intersectorial e interfederativa do programa nos níveis federal, estadual, municipal, distrital, regional e local.** Os dados sobre a gestão são registrados em normativas e passíveis de levantamento direto junto aos gestores.

A partir dos achados deste estudo de avaliabilidade, foi construído um novo desenho para a pesquisa. Esse novo desenho foi debatido com os atores solicitantes, em oficinas e reuniões já descritas no capítulo V sobre a utilidade da pesquisa, garantindo a dimensão da utilidade da avaliação.

A seguir, são descritas as dimensões da efetividade da gestão intersectorial e interfederativa do PSE que serão objeto desta avaliação, os objetivos gerais e específicos, as perguntas avaliativas do novo desenho proposto, além do ajuste no título da pesquisa.

#### As dimensões da efetividade da gestão intersectorial e interfederativa

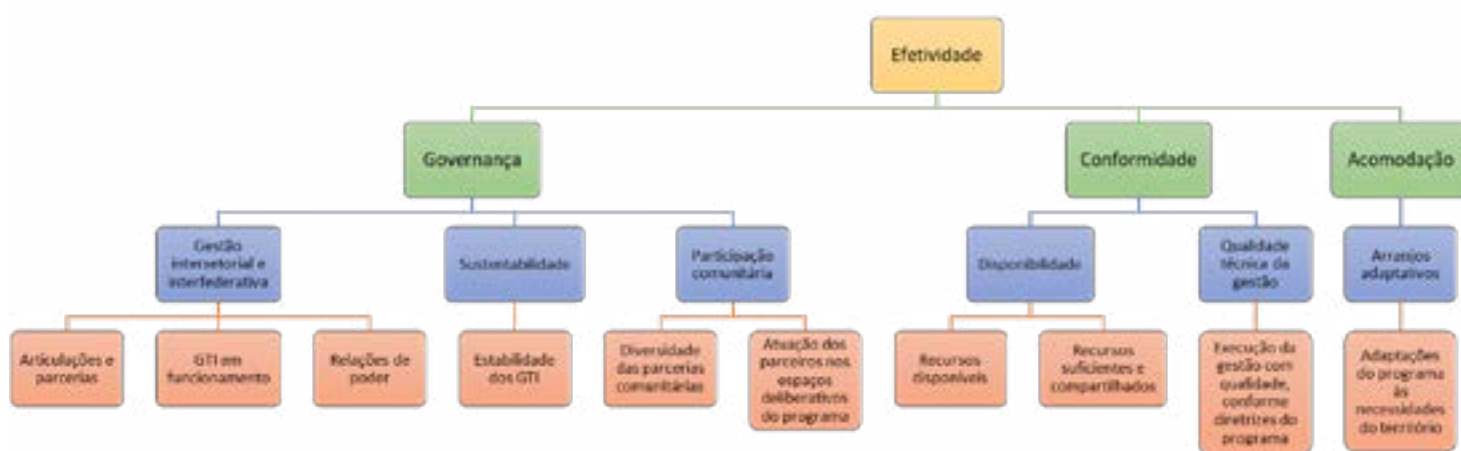
A dimensão de efetividade é usualmente definida em documentos oficiais como a relação entre os resultados de uma intervenção ou um programa, em termos de efeitos sobre a população-alvo (impactos observados), e os objetivos pretendidos (impactos esperados). Diz respeito ao alcance dos resultados pretendidos a médio e longo prazo (Brasil, 2017).

<sup>29</sup> Modelo Lógico do PSE, página 129, acima.

Todavia, a ocorrência de mudanças não é suficiente para referendar conclusões a respeito do êxito de uma proposta: é necessário demonstrar que elas não ocorreriam (total ou parcialmente) sem a existência da intervenção em pauta.

A realização de uma avaliação da efetividade da gestão intersectorial do PSE possibilita identificar os pontos frágeis, as inadequações e as situações relacionadas à intervenção, com relação ao alcance de objetivos ou às transformações esperadas com a realização da gestão intersectorial e interfederativa do PSE, com vistas à tomada de decisão pela gestão e ao aprimoramento do programa. A Figura 8 representa as dimensões e subdimensões de análise, bem como os critérios empregados nesta avaliação. Dimensões são categorias cognitivas (constructo científico) pelas quais o programa ou um dos seus componentes será julgado (Scriven, 1987), podendo receber uma apreciação qualitativa ou quantitativa (Alföldi, 2006).

Figura 7: Diagrama de dimensões e subdimensões



Fonte: elaboração própria, 2023.

Nessa avaliação, para que a efetividade possa ser utilizada como parâmetro para a realização de um julgamento de valor, ela necessita ser explicitada, uma vez que sua compreensão pode variar entre diferentes momentos, contextos e atores envolvidos. A efetividade, vinculada a programas de promoção da saúde, como o PSE, se ancora em evidências advindas do modelo científico, do conhecimento biomédico e das ciências sociais. Nesses termos, a promoção da saúde não pode ser enquadrada no que se denomina pesquisa científica dura, baseada nas ciências naturais, que visa à generalização e à universalidade do conhecimento, em que não há margem para o subjetivo e o interpretativo, ou seja, para o conhecimento local (Potvin & McQueen, 2008; Salazar, L. 2004). Assim, tão importantes quanto os resultados esperados, são os valores e princípios que favoreçam a participação e o empoderamento da população envolvida.

A **conformidade** se refere à habilidade do programa em cumprir com as legislações aplicáveis às suas atribuições e em elaborar, divulgar e fazer cumprir suas normas e seus procedimentos internos. Permite, assim, verificar o grau ou a medida com que uma intervenção opera segundo critérios, normas e diretrizes específicas, ou o alcance de resultados de acordo com metas ou planos estabelecidos (Hartz, 2008). Essa dimensão contemplará as subdimensões da qualidade técnica e da disponibilidade. A apreciação da qualidade técnica da gestão refere-se aos atributos dos processos que favorecem ao melhor resultado segundo conhecimentos, tecnologias, expectativas e normas sociais, referentes a três domínios: técnico, interpessoal e organizacional (Santos, 2017). A disponibilidade diz respeito à relação entre o volume e o tipo de serviços e recursos existentes, de acordo com o volume e tipos de necessidades do público-alvo (Penchansky; Thomas, 1981).

A **governança** compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e

à prestação de serviços de interesse da sociedade. Nessa direção, um modelo de governança deve propiciar o equilíbrio entre as legítimas expectativas das diferentes partes interessadas. Para garantir esse alinhamento, é essencial que a organização esteja aberta a ouvi-las para conhecer necessidades e demandas (Brasil, 2014). Essa dimensão envolverá a observação de iniciativas que assegurem a sustentabilidade do programa, os arranjos intersetoriais e interfederativos adotados e as iniciativas de instituição da participação social na composição da gestão. A sustentabilidade é o termo usualmente designado para a continuação das intervenções ao longo do tempo. Um programa sustentável é definido como tendo um conjunto de atividades duradouras e recursos alocados para atingir os objetivos previstos (Oliveira; Potvin; Medina, 2015). A participação comunitária implica entender as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem com o objetivo de influenciar a formação, execução, fiscalização e avaliação de políticas públicas na área social (saúde, educação, habitação, transporte etc.) (Valla & Stotz, 1989). A gestão intersetorial e interfederativa agrega um punhado de definições, das quais reiteramos a compreensão de Junqueira ao situar a gestão intersetorial como aquela que articula saberes e perspectivas diversas no planejamento, no desenvolvimento e na avaliação de atividades e ações, que integram áreas ou setores diferentes diante de problemas complexos, com o fito de proporcionar melhorias nas condições de vida da população (Junqueira, 2004). Nesta perspectiva, a intersectorialidade encontra-se intrinsecamente vinculada à descentralização administrativa, voltada para o fortalecimento da integração entre políticas sociais na esfera municipal que, sozinhas, não logram alcançar seus objetivos. A gestão interfederativa se manifesta no Sistema Único de Saúde, designado, constitucionalmente, como o sistema nacional responsável pelas ações e serviços públicos de saúde, de competência das três esferas de governo. O exercício da implementação de uma gestão ascendente interdependente constitui desafio em processo, que exige que sejam criadas as condições, pela burocracia pública, para seu funcionamento, instituindo o SUS como rede regionalizada e hierarquizada de serviços (Santos, 2012).

A **acomodação** diz respeito à relação entre a oferta e a percepção do usuário sobre a sua adequação, de acordo com as necessidades e as demandas do contexto. Serão apreciadas as experiências de adaptação do programa às necessidades e demandas do território. Os arranjos adaptativos dizem respeito ao conjunto de definições, organizações e processos acordados, no decorrer da implementação de um programa ou política, de modo a acomodar interesses diversos, sejam eles políticos ou oriundos da cultura profissional, do “campo” de pertencimento dos atores, ou do campo do poder (Bourdieu, 1996), ou, ainda, em decorrência da pluralidade de percepções e das situações que agem na operação cotidiana da implementação de políticas e programas nos territórios (Lipsky, 2019; Magalhães; Bodstein, 2009).

## **A Pesquisa nacional de avaliação de efetividade da gestão intersetorial do Programa Saúde na Escola**

### **Objetivo geral**

Avaliar a efetividade da gestão intersetorial do PSE, na perspectiva da promoção da saúde, considerando-se sua organização interfederativa.

Pergunta: A gestão intersetorial do PSE é efetiva, considerando-se a perspectiva da promoção da saúde e sua organização interfederativa?

### **Perguntas avaliativas**

1. Quais são os arranjos de gestão adotados pelo programa nas três esferas de governo? (dimensão governança – subdimensão gestão intersetorial)
2. Em que medida tais arranjos são adequados e suficientes para assegurar o funcionamento do programa? (dimensão governança – subdimensão gestão intersetorial/ dimensão conformidade – subdimensão disponibilidade)
3. Quais são as estratégias de sustentabilidade da gestão intersetorial e interfederativa adotadas pelo programa? (dimensão governança – subdimensão sustentabilidade)

4. 4. Em que medida o programa está sendo gerido em conformidade com suas diretrizes (territorialidade, M&A)? (dimensão conformidade – subdimensão qualidade técnica)
5. 5. Em que medida a gestão do PSE propicia a participação comunitária nos territórios? (dimensão governança – subdimensão participação comunitária)
6. 6. Em que medida a gestão do PSE propicia a integração entre as redes públicas de educação básica e atenção primária à saúde? (dimensão conformidade – subdimensão qualidade técnica)
7. 7. Em que medida a gestão do PSE propicia o acesso de crianças e jovens ao cuidado à saúde? (dimensão conformidade – subdimensão qualidade técnica)

### Objetivos específicos

1. Descrever os arranjos de gestão do PSE nas três esferas de governo.
2. Analisar a adequação e a suficiência dos arranjos de gestão do PSE nas três esferas de governo.
3. Identificar as estratégias de sustentabilidade da gestão intersectorial e interfederativa adotadas pelo PSE.
4. Verificar a conformidade da gestão do PSE com relação às suas diretrizes, considerando-se os resultados esperados.
5. Analisar em que medida a gestão do PSE propicia a participação comunitária nos territórios.

### Desenho da pesquisa

O estudo se caracteriza como a avaliação de efetividade da gestão intersectorial do PSE, na perspectiva da promoção da saúde, utilizando métodos mistos. Propõe-se, ainda, compreender os processos relacionados à gestão intersectorial do PSE em diferentes contextos de implementação, nas esferas federal, estadual, municipal, distrital e local.

### Plano Amostral

A etapa quantitativa será realizada por meio de uma survey com representantes dos GTIs intersectoriais federal, estaduais, municipais e distrital do PSE em uma amostra de 1.100 municípios, sorteados aleatoriamente entre os que aderiram ao PSE no ciclo de 2021/2022, conforme as tabelas abaixo. Os municípios serão estratificados em regiões e porte populacional, de forma a garantir o espalhamento da amostra. A amostra foi calculada para ser representativa para o Brasil, com um erro amostral de 3% e nível de confiança de 95%, conforme especificada no chamamento público. Considerou-se ainda, por tratar-se de estudo exploratório, que os fenômenos investigados tenham uma prevalência de 50%. A distribuição da amostra encontra-se detalhada abaixo.

*Sujeitos de Pesquisa:* Mínimo 2.200 participantes da pesquisa (stakeholders, fazedores de políticas, especialistas, profissionais de saúde, profissionais da educação e estudantes da rede básica de ensino e/ou responsáveis).

*Critérios de Inclusão:* Participantes oriundos dos 1.100 municípios selecionados, que aderiram ao PSE no ciclo 2021/2022 e que compõem os Grupos de trabalho Intersectoriais.

*Critérios de Exclusão:* Participantes oriundos dos municípios não selecionados ou que não aderiram ao PSE.

A distribuição da amostra encontra-se detalhadas nos quadros de 5 a 7.



### Quadro 5 – Distribuição da amostra segundo o porte populacional do município

Porte populacional por habitante	Municípios ciclo 2021/2022 (N)	Amostra (n)
Porte I: Até 5.000	1295	263
Porte II: De 5.001 até 10.000	1142	232
Porte III: De 10.001 até 20.000	1335	270
Porte IV: De 20.001 até 50.000	1019	206
Porte V: De 50.001 até 100.000	329	67
Porte VI: De 100.001 até 500.000	263	54
Porte VII: Maior que 500.000	39	8
Total	5.422	1.100

Fonte: elaboração própria, 2023.

### Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo região

Região	Municípios ciclo 2021/2022 (N)	Amostra (n)
Norte	450	91
Nordeste	1794	364
Sudeste	1545	313
Sul	1174	238
Centro-Oeste	459	94
Total	5422	1.100
Porte VII: Maior que 500.000	39	8
Total	5.422	1.100

Fonte: elaboração própria, 2023.

**Quadro 7 – Distribuição da Amostra segundo região e porte**

Porte por habitantes	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Porte I: Até 5.000	19	50	76	88	30	263
Porte II: De 5.001 até 10.000	13	76	71	52	20	232
Porte III: De 10.001 até 20.000	21	118	68	44	19	270
Porte IV: De 20.001 até 50.000	23	84	51	32	16	206
Porte V: De 50.001 até 100.000	9	23	20	11	4	67
Porte VI: De 100.001 até 500.000	5	11	24	10	4	54
Porte VII: Maior que 500.000	1	2	3	1	1	8
Total	91	364	313	238	94	1.100

Fonte: elaboração própria, 2023.

Para o estudo da efetividade da gestão intersetorial, será utilizado um instrumento de coleta de dados desenvolvido pela Fiocruz Brasília, tendo como respondentes representantes dos comitês-gestores intersetoriais existentes nos municípios.

Será utilizada como estratégia de coleta de dados o uso de questionário eletrônico com questões fechadas, direcionada ao representante dos comitês-gestores intersetoriais. Será realizada mobilização junto aos comitês estaduais para sensibilizar os municípios participantes quanto ao preenchimento do questionário. Os casos de recusas serão substituídos por outro município de iguais características, considerando-se os extratos amostrais.

Conforme apontado em resposta a questionamento realizado ao CNPq no âmbito da presente chamado, fica sob a responsabilidade do Ministério da Saúde montar lista de referência dos municípios que aderiram no ciclo 2021/2022, contendo contato dos participantes do comitê-gestor intersetorial municipal.

**Quadro 8 – Cronograma das próximas etapas da pesquisa**

Atividade	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08
Elaboração dos instrumentos de pesquisa	x											

Complemento CEP	x											
Teste e piloto		x										
Observações participantes	x	x	x									
Entrevistas federais		x	x									
Entrevistas estaduais		x	x	x								
Transcrição		x	x	x	x							
Construção do aplicativo para aplicação municipal		x										
Texto do aplicativo e do instrumento		x										
Escuta participativa dos gestores estaduais (seminário nacional do PSE)					x							
Formação uso iramutec					x							
Análises estatísticas					x	x						
Relatório parcial estaduais e federal						x	x					
Aplicação municípios							x	x				
Análise estatística									x			
Visitas aos municípios, grupos focais							x	x	x			
Preparação dos dados qualitativos								x	x			
Análises dos dados qualitativos								x	x	x		
Redação do relatório final										x	x	x

Fonte: elaboração própria, 2023.

**Quadro 9 – Matriz de informação da avaliação de efetividade do PSE**

Objetivos Específicos (síntese)	Objetivos Específicos (projeto)	Técnicas de Coleta	Fontes de Informação	Subdimensões
Estudo de avaliabilidade do programa <u>Possível reescrita:</u> Análise da viabilidade de conduzir uma avaliação de efetividade do PSE	Análise dos produtos das consultorias individuais celebradas pelo Ministério da Saúde em 2021-2022	Análise documental	Relatórios dos produtos das consultorias individuais	Conformidade
	Análise da legislação intersetorial federal do PSE desde sua criação até os dias atuais	Análise documental	Portarias, decretos, manuais, guias, fascículos, cadernos de anotações, cadernos do gestor e cadernos temáticos, relacionados ao PSE, em nível nacional, durante os seus 15 anos de existência (2007 - 2022)	Governança
	Estimativa para o Brasil do percentual de Grupos de Trabalho Intersectoriais (GTI) municipais em funcionamento efetivo	1) Análise documental 2) <i>Survey</i> com profissionais	*	Governança
	Identificação dos atores institucionais e setores atuantes nos GTI	1) Análise documental 2) <i>Survey</i> com profissionais	*	Governança
	Identificação dos recursos disponíveis e compartilhados no âmbito dos GTI	1) Análise Documental 2) <i>Survey</i> com profissionais	*	Disponibilidade

Avaliação da efetividade da gestão intersectorial do PSE, segundo matriz de indicadores elaborada	Caracterização da governança adotada pelos comitês GTI	1) Survey com profissionais 2) Grupos focais 3)Análise documental	*	Governança
	Aferição da estratégia adotada pelo Ministério da Saúde e da Educação, por meio do PSE, consegue formar coalizões intersectoriais estáveis e atuantes	1) Survey com profissionais 2) Grupos focais	1 e 2) Representantes (ministério/ estado/ município/ território) da Saúde e da Educação de uma amostra aleatória de 1.100 municípios que tenham aderido ao PSE no ciclo 2021-2022	Governança
	Caracterização da sustentabilidade das coalizões formadas no GTI, especialmente em relação à gestão de conflitos e ao equilíbrio de poder e recursos	1) Survey com profissionais 2) Grupos focais	*	Sustentabilidade
	Caracterização dos processos de articulação, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação executados pelos GTI	1) Análise documental 2) Survey com profissionais 3) Grupos Focais	*	Conformidade

Avaliação da efetividade das ações do PSE, segundo matriz de indicadores elaborada	Identificação da presença de elementos que possam caracterizar os processos e as atividades desenvolvidos no âmbito do GTI como gestão intersetorial	1) Survey com profissionais 2) Grupos focais	*	Governança
	Investigação de possíveis mudanças na dinâmica e nos processos organizacionais desencadeados pela gestão do PSE	1) Análise documental 2) Grupos focais	*	Acomodação

Fonte: elaboração própria, 2023.

**Nota:** os campos com \* na coluna “fontes de informação” estão em branco para não alongar a matriz por enquanto, tendo em vista que as fontes da análise documental, survey com profissionais e grupos focais, já estão contempladas em ao menos um dos campos.

### Quadro 10 – Indicadores de implementação

Indicadores de Saúde quanto à cobertura das ações do Programa Saúde na Escola e dos educandos que participaram das ações realizadas – Renata Monteiro *et al.*

	Indicador	Método de cálculo
Programa Saúde na Escola	Cobertura do PSE nas escolas pactuadas no município	Nº escolas com registro de ao menos 1 ação do PSE no município/nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura das 12 ações do PSE nas escolas pactuadas no município	Nº escolas com registro das 12 ações do PSE no município/nº de escolas pactuadas no município x 100
Ações prioritárias	Cobertura das ações prioritárias nas escolas pactuadas no município	Nº escolas com registro de ao menos 1 ação prioritária / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura das 5 ações prioritárias nas escolas pactuadas no município	Nº escolas com registro das 5 ações prioritárias/nº de escolas pactuadas no município x 100

População atendida	Cobertura de educandos contemplados pelas ações do PSE	Nº de educandos que participaram das ações/nº de educandos pactuados no município x100
Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> (prioritária)	Cobertura das ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação/nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> no município	Nº de educandos que participaram das ações/nº de educandos pactuados no município x 100
Promoção de práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas (prioritária)	Cobertura das ações de promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
Promoção de práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas (prioritária)	Cobertura de educandos contemplados com as ações de promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer no município	Nº de educandos que participaram das ações/nº de educandos pactuados no município x 100
Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas (prioritária)	Cobertura das ações de prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação/nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas no município	Nº de educandos que participaram das ações/nº de educandos pactuados no município x 100
Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos	Cobertura das ações de promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação/nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos e do lazer no município	Nº de educandos que participaram das ações/nº de educandos pactuados no município x 100
Prevenção das violências e dos acidentes	Cobertura das ações de prevenção das violências e dos acidentes nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de prevenção das violências e dos acidentes no município	Nº de educandos que participaram das ações/nº de educandos pactuados no município x 100

Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação	Cobertura das ações de identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação/nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação no município	Nº de educandos que participaram das ações/nº de educandos pactuados no município x 100
Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor	Cobertura das ações de promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação/nº de escolas pactuadas no município x 100
Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor	Cobertura de educandos contemplados com as ações promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor no município	Nº de educandos que participaram das ações/nº de educandos pactuados no município x 100
Verificação e atualização da situação vacinal (prioritária)	Cobertura das ações de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação/nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil no município	Nº de educandos que participaram das ações/nº de educandos pactuados no município x 100
Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil (prioritária)	Cobertura das ações de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100
Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	Cobertura das ações de promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação/nº de escolas pactuadas no município x 100



Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	Cobertura das ações de direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação/nº de escolas pactuadas no município x 100
Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS	Cobertura das ações de direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação/nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS no município	Nº de educandos que participaram das ações/nº de educandos pactuados no município x 100
Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	Cobertura das ações de promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação/nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração no município	Nº de educandos que participaram das ações/nº de educandos pactuados no município x 100
Ação Prevenção à covid-19 nas escolas* ação ciclo 2021/2022	Prevenção à covid-19 nas escolas aderidas ao PSE	
Realização de, no mínimo, mais duas ações do PSE 2021/22	Realização de, no mínimo, mais duas ações do PSE, conforme prioridades determinadas pelo município.	

## REFERÊNCIAS

- ABREU JÚNIOR, L. M.; CARVALHO, E. V. O discurso médico-higienista no Brasil do início do século XX. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 427-451, nov. 2012.
- ALFÖLDI, F. **Savoir évaluer**: em action social et médico-social. Dunod, 2006. 256p.
- ALMEIDA FILHO, N. de A.; ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. rev., ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.101-119.
- ALMEIDA JUNIOR, A. **O saneamento pela educação**. 1922. Tese (Doutorado) – Instituto de Hygiene, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- APPLE, M. W. **Ideologia e currículo**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ARROYO, M. O direito a tempos-espacos de um justo e digno viver. In: MOLL, J. et al. (orgs). **Caminhos da Educação Integral no Brasil, direito a outros tempos e espaços educativos**, Porto Alegre: Penso, 2012. 504p.
- BOURDIEU, P. **Razões Práticas, sobre a teoria da ação**. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 1996.
- BRANDÃO, C. R. O outro ao meu lado, algumas ideias de tempos remotos e atuais para pensar a partilha do saber e a educação de hoje. In: MOLL, J. et al. (orgs.). **Caminhos da educação integral no Brasil: direito a outros tempos e espaços educativos**, Porto Alegre: Penso, 2012. 504p.
- BRASIL. **Decreto n. 6.094, de 24 de abril de 2007**. Dispõe sobre a implementação do Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação [...]. Brasília, DF: Presidência da República, [2007]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6094.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6094.htm). Acesso em: 2 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Promoção da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Documento orientador**: Indicadores e padrões de avaliação – PSE ciclo 2021/2022. Brasília, 2021. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Documento\\_orientador\\_2021-2022\\_PSE.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Documento_orientador_2021-2022_PSE.pdf). Acesso em: 20 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola (PSE)**. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno temático**: práticas corporais, atividade física e lazer. Brasília, 2015. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno\\_praticas\\_corporais\\_atividade-fisica\\_lazer.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_praticas_corporais_atividade-fisica_lazer.pdf). Acesso em: 3 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, 2006. 24 p.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial Básico de Governança**: aplicável a órgãos e entidades da Administração Pública. 2. ed. Brasília: TCU: 2014b. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/politicas-publicas/>. Acesso em 28 jul 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial para avaliação de governança em políticas públicas**. Brasília: TCU, 2014a. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/politicas-publicas/>. Acesso em: 28. Jul. 2023.

BRONFENBRENNER U. **Bioecologia do desenvolvimento humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed; 2011.

BRONFENBRENNER U.; MORRIS P. The bioecological model of human development. In: DAMONS W.; LERNER R. M. (eds.) **Handbook of child psychology**. 6. ed. New York: Wiley; 2006. p. 793-828.

BUENO, D.; KOPTCKE, L. A participação juvenil no Programa Saúde na escola (PSE): uma reflexão sobre o papel da gestão federal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 3, p. 29-44, nov. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4gyWcNJvzhVR3c5kdTFy8kp/>. Acesso em: 2 nov. 2023.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M.; LUCENA, P. L. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387-402, 2015. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21728>. Acesso em: 19 set. 2023.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CHIARI, A. P. *et al.* (2018). Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 1-15, maio 2018. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6868>. Acesso em: 2 nov. 2023.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Educação ou Saúde? Educação X Saúde? Educação e Saúde!. **Cadernos Cedes**, n.15, p. 7-16. 1985.

COSTA A. H. C. **Produto 1**: documento contendo plano de ação para a realização das visitas in loco nas 05 regiões do país. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Projeto 914BRZ1066 Edital n. 02/2020.

FELISBERTO, E. *et al.* (2009). Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, p. 339-357, set. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000300013>. Acesso em: 2 nov. 2023.

FERNANDES, L. A. *et al.* Trajetória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na escola no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 3, p. 13-28, nov. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bRWTGkFzXmcGCPSJrWm7hbC/#> Acesso em: 2 nov. 2023.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: O Ministério; 2002. p. 7-18.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 397-402, mar. 2010.

FONSECA, A. F. *et al.* Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 519-527, set. 2012.

FONSECA, A. F.; Morosini, M. V. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. **APS em Revista**, v. 3, n. 3, p. 210-223, 2021. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/218>. Acesso em: 2 nov. 2023.

FRIAS, P. G. ; COSTA, J.; FIGUEIRÓ, A. C. **Atributos da qualidade em saúde**, 2010. p. 22.

HALDANEV. *et al.* Community participation in health services development, implementation, and evaluation: a systematic review of empowerment, health, Community, and process outcomes. **PLoS ONE**, v. 14, n. 5, maio 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>. Acesso em: 2 nov. 2022.

HARTZ, Z. M. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais. **Ciênc. saúde coletiva**, 1999; v. 4, n. 2, p. 341–353. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200009>. Acesso em: 2 nov. 2023.

HARTZ, Z. M.; SILVA, L. M. (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.

HENRIQUE, F. **Intersetorialidade na implementação de programas da área de segurança alimentar e nutricional**: um estudo sobre arranjos institucionais em municípios de pequeno porte do estado da Bahia. Tese — Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2016.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

JUNQUEIRA, L. A. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

JUNQUEIRA, L.P. Descentralização, Intersetorialidade e rede na gestão da cidade. **Organizações e Sociedade**, v. 11, edição especial, p.129-138, 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/osoc/a/5z8Cktz8WQmTG95qcGDChrw/?lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2023.

KÖPTCKE, L. S.; CAIXETA, I. A.; ROCHA, F. G. O olhar de cada um: elementos sobre a construção cotidiana do Programa Saúde na Escola no DF. **Revista Tempus**: Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 9, n. 3, p. 213-232, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37933>. Acesso em: 19 set. 2023.

LEVITON, L. C. *et al.* Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. **Annu Rev Public Health**, [S.l.], v. 31, p. 213-233, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20235852/>. Acesso em: 18 set. 2023

LIBÂNEO, J. C. Finalidades educativas escolares em disputa, currículo e didática. In: LIBÂNEO, J. C. *et al.* (orgs.). **Em defesa do direito à educação escolar**: didática, currículo e políticas educacionais em debate. VII Edipe. Goiânia: Editora da UFG, 2019.

LIMA, G. Z. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

LIPSKY, M. **Burocracia de nível de rua**: dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Tradução de Arthur Eduardo Moura da Cunha. Brasília: ENAP. 2019. 430p.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 861–868, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300021>. Acesso em: 2 nov. 2023.

MARCONDES, R. S. Educação em saúde na escola. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 6, p. 89-96, 1972

MIRANDA, A. S.; CARVALHO, A. L.; CAVALCANTE, C. G. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4. p. 913–920, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400013>. Acesso em: 2 nov. 2023.

MONKEN, M; GONDIM, G.M. Território: Lugar onde a vida acontece. In: BORSTEIN, VJ. (org). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**: Textos de Apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Rev. psicol. polít.** [online]. v.9, n.17, p. 25-45, 2009. MOREIRA R. A. de M. **Produto 1**: Plano de Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Projeto 914BRZ1066 Edital n. 1/2020.

MOREIRA R. A. de M. **Produto 2:** elaboração do modelo de monitoramento mensal das ações do ciclo 2019/2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Projeto 914BRZ1066 Edital n.1/2020.

MOREIRA R. A. de M. **Produto 3:** descrição analítica da cobertura e produção do PSE por creches e escolas, e por municípios de 2014 a 2019. Brasília: Ministério de Saúde, 2021. Projeto 914BRZ1066 Edital n. 1/2020.

MOREIRA R. A. de M. **Produto 4:** análise e classificação do estágio de implementação do PSE nos municípios nos ciclos 2014/2016, 2017/2018 e no ano de 2019 do ciclo 2019/2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Projeto 914BRZ1066 Edital n. 1/2020.

MORIN, E. **Introduction à la pensée complexe.** Paris: Éditions du Seuil, 2005. 158p.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010.

OLIVEIRA, A. M. N. A pandemia e a formação integral: perspectivas para a educação. **Revista Com Censo** #22, v. 7, n. 3, p. 77-86, ago. 2020.

OLIVEIRA, S. R.; POTVIN, L.; MEDINA, M. G. Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, 2015, 1149-1161. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jFHKSzP5rYbKdVpKtK37H/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 2 nov. 2023.

Organização Mundial de Saúde. **Carta de Ottawa.** Genebra: OMS, 1986. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 29 nov. 2023.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical care**, p. 127-140, 1981.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018.

POTVIN, L. MCQUEEN, D.V., Practical dilemmas for Health Promotion Evaluation, in: POTVIN, L. MCQUEEN, D.V (eds.) **Health Promotion Evaluation Practices in the Americas, values and research.** NY: Springer, 2008. 309p.

POTVIN, L.; MCQUEEN, D. (ed.). **Health promotion evaluation practices in the americas: values and research.** Springer: New York, 2008.

Programa Saúde na Escola: nesta revista. **Revista Brasileira Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, ano 9, n. 20, out./dez. 2008. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista\\_saude\\_familia20.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia20.pdf). Acesso em: 30 nov. 2023.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Programa Saúde na Escola:** nesta revista. Brasília: Ministério da Saúde, ano 9, n. 20, p. 8-9, out./dez. 2008. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista\\_saude\\_familia20.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia20.pdf). Acesso em: 30 nov. 2023.

RIBEIRO, M. A. **História sem fim...** inventário da Saúde Pública. São Paulo: Editora Unesp, 1993

SANTOS, E. M. **Monitorar e avaliar a implementação:** o arroz com feijão da gestão. Rio de Janeiro, 2017.

SANTOS, E. M.; Cardoso, G. C.; ABREU, D.M. (orgs.) **Monitoramento e avaliação para ações de planejamento e gestão.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://ensino.ensp.fiocruz.br/MeA/index.html#painel-temas>. Acesso em: 2 nov. 2022.

SANTOS, L. **SUS:** desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a Descentralização. Campinas: [s.n.], 2012. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/867950>. Acesso em: 31 jul. 2023.

SCHALL, V. Educação em saúde no contexto escolar brasileiro: influências sócio-históricas e tendências

atuais. **Educação em foco**, v. 1, p. 41-58, 2005.

SCHALL, V.T.; MOHR, A. Rumos da Educação em Saúde no Brasil e sua Relação com a Educação Ambiental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 199-203, abr./jun.1992.

SCHERER, M. *et al.* O Programa Saúde na escola no Distrito Federal antes e durante a pandemia da Covid-19. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 3, p. 45-61, nov. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/j58JYpP4tPnNSDPM5BPLFDK/>. Acesso em: 2 nov. 2023.

SCRIVEN, M. **Theory and practice of evaluation**. EdgePress, 1987.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, set./out. 2010.

SILVA, T. L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 58-69, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/prYWBkrvCywK6Hw5C5TbvQv/>. Acesso em: 2 nov. 2023.

SMITH, M.F.. *Evaluability Assessment: A Practical Approach*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1989, 220 pp. *Evaluation Practice*, 13(1), 75-76.

SOUZA J. M. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I. Tese (doutorado em Cuidado em Saúde) — Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014-115040/pt-br.php>. Acesso em: 2 nov. 2023.

SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO, M. L. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, nov./dez. 2015, v. 23, n. 6, p. 1097-104. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/37zgmVWz6vbm9YbBGTb5mbB/?lang=pt#>. Acesso em: 2 nov. 2023.

TEIXEIRA, A. Plano nacional de educação. Referente aos fundos nacionais de ensino primário, médio e superior. **Documenta**, Rio de Janeiro, n. 8, p. 24-31, out. 1962.

TRINDADE, N. *et al.* **Pesquisa Científica e Tecnológica para Inovação em Educação e Comunicação para a Prevenção da Zika e doenças correlatas nos territórios**, 2016.

UNESCO. **Declaração mundial sobre educação para todos e plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem**. Jomtien, Tailândia: UNESCO, 1990.

VALLA, V.; STOTZ, E. N. **Participação popular e saúde**. Coleção Saúde e Educação. Petrópolis: CDDH/CEPEL, 1989. 39 p.

VIEIRA, M.E. **Programa Saúde na Escola: a intersectorialidade em movimento**. Dissertação. Universidade de Brasília, 2013. 94 p.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014

VIEIRA-DA-SILVA, L. M., 2005. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação. In: HARTZ, Z.M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz.

WHOLEY, J. S. Evaluability assessment. In: WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K. E. (eds.). **Handbook of practical program evaluation**, 2. ed., San Francisco: Jossey-Bass, 2004. p. 33-62.

WHOLEY, J. S. **Evaluability assessment: developing program theory**. *New Directions for Program Evaluation*, n. 33, p. 7-92, 1987. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ev.144>. Acesso em: 30 nov. 2023.

## ANEXO 1 – CADERNO DE INVENTÁRIO E DOCUMENTOS PSE

### Elaboração:

Maria Regina Araújo de Vasconcelos Padrão

Gisele de Jesus Silva

Douglas Fernandes da Silva

### Sumário:

#### 1 Protocolo de pesquisa - Inventário

#### 2. O que a história nos diz! O espaço escolar como campo de promoção da saúde

#### 3. Programa Saúde na Escola

#### 4. Inventário – Documentos normativos, legais e pedagógicos do Programa Saúde na Escola

#### 5. Análise dos documentos inventariados

#### 6. Referencial Teórico

### 1. Protocolo de pesquisa - Inventário

O presente Inventário é parte integrante do projeto de “**PESQUISA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO INTERSETORIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) 2021-2022**”, aprovado pela Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPRO nº 20/2021. A pesquisa tem como objetivo geral avaliar, em nível nacional, a efetividade da gestão intersetorial e das ações do Programa Saúde na Escola, em 2021-2022.

A primeira etapa do inventário é uma revisão da literatura que busca trazer o contexto histórico da escola como campo de promoção da saúde, dos anos 1930 até os dias atuais, como critério de análise e comparação entre os citados períodos.

Em seguida o tema central da revisão para elaboração do Inventário, integra-se a busca documental de normas, legislação e materiais pedagógicos do Programa Saúde na Escola, que apontam para a relação de uma prática intersetorial.

Os documentos foram levantados a partir da busca no site ou páginas do PSE, nos ministérios da Saúde e da Educação. Foram incluídos documentos pelos gestores do programa, informantes chave, assim como foram consultados como ponto de partida o Produto 1, Edital 914BRZ1060, 01/2018, “Levantamento bibliográfico dos documentos institucionais do Programa Saúde na escola, realizado por Marta Azevedo; assim como as dissertações de Mestrado de Lucas Santos Agostinho e Denise Bueno. O marco temporal vai do decreto de criação do Programa Saúde na Escola, até os dias atuais, maio de 2022.

O quadro de busca apresenta os seguintes itens:

- Tipo de documentos
- Número e data do documento;
- Descrição;
- Título;
- Link;

- Súmula;
- Público ao qual se dirige

Finalmente a análise e apresentação dos documentos inventariados.

## 2. O que a história nos diz! O espaço escolar como campo de promoção da saúde

Nos últimos 30 anos, o espaço escolar como um campo da promoção da saúde, o trabalho educativo em saúde, vem alcançando dimensões advindas da democracia no Brasil e à luta pela cidadania. Viabilizando a inclusão de práticas educativas em saúde, na rotina didático pedagógico das escolas. Cooperando para uma maior consolidação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, em um exercício de fortalecimento da articulação entre a saúde e a educação nos espaços institucionais.

No desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde nas escolas, a educação em saúde integral, a criação de fronteiras saudáveis, a promoção de serviços de saúde, e aspectos pedagógicos da educação em saúde, como o desenvolvimento de uma visão crítica, são desafios práticos, que envolvem a problematização do cuidado, a aprendizagem significativa, a construção de conhecimento emancipatório, a autonomia nos cuidados com a saúde, assim como o direito à informação e à cidadania.

Nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) para o ensino fundamental, estabelecem-se conteúdos e orientações didáticas para as atividades integradas às áreas curriculares, aos temas transversais e ao cotidiano da vida escolar. O ensino da saúde é apoderado como um desafio para a educação, em que se busca uma aprendizagem transformadora de comportamentos/attitudes, para que estudantes possam desenvolver hábitos que motivem uma vida saudável. Ao educar para a saúde de forma contextualizada, o professor contribui para a formação de cidadãos capazes de atuarem em favor da coletividade. Buscando contribuir para uma reflexão sobre os aspectos históricos e perspectivas direcionadas à saúde escolar.

No Brasil, a partir da década de 30, as atividades de educação sanitária passaram a ser realizadas nas campanhas sanitárias, nas escolas e nos centros de saúde, mas nesta época propagavam conteúdos de puericultura ainda com ênfase nos aspectos biológicos e na consciência sanitária individual. Em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), começaram a serem introduzidas novas técnicas de educação de grupos e de desenvolvimento para organização assistencial às comunidades.

No campo da odontologia, particularmente, com origem e financiamento do modelo assistencial norte americano, denominado sistema incremental, organizava a atenção à saúde exclusivamente para os escolares. A assistência, na maioria das vezes, se sobrepunha à prevenção e à educação em saúde. O sistema incremental perdurou por 50 anos como modelo hegemônico de organização do cuidado em saúde bucal. Somente a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), seguida da incorporação das equipes de saúde bucal no PSF em 2000 é que o sistema de saúde alcançou uma concepção e prática mais voltadas para a promoção da saúde.

A saúde escolar avançou em sintonia com o conhecimento técnico-científico e com o desenvolvimento sociopolítico, superando, de forma gradativa, o paradigma biomédico para a concepção da iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde.

Mas, nas décadas de 80 e 90, os programas de saúde escolar na América Latina e Caribe ainda se caracterizavam pela ênfase nas práticas higienistas, na prevenção de doenças transmissíveis, no tratamento de doenças e nos exames de triagem. A partir de 1995, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) orientou o desenvolvimento de iniciativas regionais com enfoque mais amplo, que transcendessem métodos tradicionais, baseando-se na promoção da saúde. Nesse aspecto, no Brasil, a lei nº 9.394/1996 estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional trazendo como princípios a vinculação entre a educação escolar e as práticas sociais. Os educadores foram incumbidos de colaborar com as atividades de articulação da escola com as famílias e a comunidade. Ao educando, propôs-se assegurar a formação comum indispensável para o exercício da cidadania.



Desde o lançamento formal, em 1995, das Escolas Promotoras de Saúde, as unidades escolares demonstraram bastante potencialidade como comunidades saudáveis. Contribuíram para a conquista de objetivos comuns em diferentes setores sociais, principalmente saúde e educação.

As Escolas Promotoras de Saúde buscaram fortalecer a capacidade dos setores saúde e educação para promoverem a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos escolares, pais, professores e outros membros da comunidade. A promoção da saúde nas escolas engloba a educação em saúde com enfoque integral, a criação de entornos saudáveis e a provisão de serviços de saúde. A saúde escolar tem, portanto, sua prática higienista e assistencialista questionada, na busca de avançar e ampliar a sua concepção e prática com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano. Nesse contexto, tendo em vista os Parâmetros Curriculares Nacionais - PCNs, a Saúde deve ser considerada um tema transversal dos currículos escolares.

Como uma estratégia relevante de promoção da saúde no âmbito escolar as Escolas Promotoras de Saúde representam um mecanismo articulado de esforços e recursos multissetoriais, orientados para o melhoramento das condições de saúde e bem-estar. Possibilita a ampliação das oportunidades para um aprendizado de qualidade, bem como um desenvolvimento sustentável para todos os indivíduos das comunidades educativas. Busca desenvolver, por meio de atividades educativas, conhecimentos e habilidades para o autocuidado e a prevenção das condutas de risco. Ainda pode incentivar uma análise crítica, por parte da comunidade escolar, de seus valores, condutas, condição social e estilos de vida, fortalecendo as medidas que contribuem para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano. Estimulando dessa forma, a participação de todos os atores da comunidade escolar na tomada de decisões.

No iniciado em 2003, é implementado o programa Saúde e Prevenção na Escola - SPE, que teve como base o campo da prevenção do HIV/Aids e da gravidez adolescente, com um forte diálogo as noções de direitos humanos para lidar com o tema da sexualidade nas escolas, na perspectiva dos direitos reprodutivos e sexuais. O Projeto contou com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Um marco na integração saúde e educação, por ser a escola o melhor espaço para a articulação das políticas relativas aos adolescentes e jovens, principalmente por poder contar com a participação dos vários sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde (BRASIL, 2009).

A educação sexual promovida pelo SPE não se limitava a prevenção das DST e da gravidez precoce. Dizia respeito à sexualidade dos adolescentes, como discussões sobre gênero, diversidade sexual, álcool e outras drogas, protagonismo juvenil, entre outros temas.

Em 2007, foi publicada a Portaria Interministerial no 15, por meio da Câmara Intersetorial entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS). Tal portaria objetivou a elaboração de diretrizes que subsidiariam a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola, destacando a necessidade de estratégias intersetoriais de educação e Saúde

Naquele mesmo ano, foi instituído, pela Portaria Interministerial nº 17/2007 e regulamentado pelo Decreto 7.083/10, o Programa Mais Educação. Uma estratégia do Ministério da Educação para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular na perspectiva da educação integral. As escolas das redes públicas de ensino deveriam desenvolver acompanhamento pedagógico e atividades em educação ambiental, esporte e lazer, direitos humanos, cultura e artes, cultura digital, promoção da Saúde, comunicação e uso de mídias, ciências da natureza e educação econômica.

Também foi lançado em 2007 o Programa Mais Saúde: direito de todos. Que propunha metas e ações, distribuídas em eixos de intervenção, com o propósito de melhorar o acesso às ações e garantir serviços de qualidade. Algumas destas ações foram implementadas pelo Ministério da Saúde e pelas demais entidades gestoras do SUS: Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), ampliação do programa Saúde na Família e investimentos relacionados à promoção da saúde.

Dentro desse contexto, com uma proposta em consonância com o MS e com o MEC, foi instituído um novo programa para a saúde do escolar no país, denominado Programa Saúde na Escola (PSE).

### 3. Programa Saúde na Escola (PSE)

O PSE anuncia-se como uma política intersetorial, o que significa que a responsabilidade por sua execução deve ser compartilhada entre os setores da educação e saúde, especialmente entre profissionais atuantes nas escolas e nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo suas diretrizes, a potência da intersectorialidade reside na possibilidade de interação entre os equipamentos públicos da saúde e da educação.

Assim, a atuação intersetorial demanda mais do que o desenvolvimento de ações integradas entre profissionais de diferentes setores; ela deve envolver, um conjunto de atribuições que devem caracterizar formas de atuação compartilhada no planejamento, na implementação e no monitoramento de atividades que interligam atenção, gestão, formação, temáticas, setores. Sendo necessário, que profissionais de educação e de saúde estejam qualificados (as) para atuar em conjunto, e que essa atuação seja reconhecida e validada como trabalho e que se apropriem de conhecimentos sobre o setor parceiro e suas especificidades, sem que sejam posicionados como único e definitivo recurso para a intersectorialidade. Assim, cada setor (e cada profissional) continua (m) tendo formação, funções e experiências específicas. Identificando-se como uma estratégia para a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e saúde.

Um trabalho conjunto entre os Ministérios da Saúde e da Educação preconizado pelo Decreto Federal nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O programa propaga projetos e estratégias adotados pelos territórios com vistas à articulação entre os setores saúde e educação. Contribuindo com o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral, possibilitando que a comunidade escolar participe de programas e projetos que articulem saúde e educação, visando controlar as vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento das comunidades escolares.

A partir do contexto histórico apresentado percebesse que todas as políticas apresentadas, de uma maneira e de outra, se integram, se interseccionam e se completam. Assim, podemos ponderar a partir de Buss (2003) que as políticas públicas são suficientemente amplas, de tal forma que a adoção de uma delas não necessita excluir ou copiar outras, mas sim integrá-las.

Inventário – Documentos normativos, legais e pedagógicos do Programa Saúde na Escola

Tipo de Documento	Nº e Data do Documento	Descrição	Título	link	Súmula
Decreto	nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007	Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências	Não se aplica	<a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato%202007-2010/2007/decreto/d6286.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato%202007-2010/2007/decreto/d6286.htm</a>	O PSE foi instituído por intermédio do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Fruto de um trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, o programa tem por finalidade a ampliação das ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos. Visando o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Sua regulamentação se deu através das Portarias: GM/MS 1861/2008; 2931/2008; 3146/2009; 1537/2010 e 3693/2010. (BRASIL, 2008).
Portaria Interministerial	nº 675, de 4 de junho de 2008	Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/mec/pri0675_04_06_2008.pdf">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/mec/pri0675_04_06_2008.pdf</a>	Esta portaria tem o objetivo de instituir 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 Sistema Único de Saúde - SUS.

Portaria	nº 2.931, de 04 de dezembro de 2008, revogada pela portaria nº1413 de 10 de julho de 2013	Altera a portaria nº1.861 de 04 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE e credencia municípios para o recebimento desses recursos.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2008/prt2931_04_12_2008.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2008/prt2931_04_12_2008.html</a>	Definir, na forma do Anexo I a esta Portaria, os Municípios credenciados a receber recursos financeiros pela adesão ao PSE, com base no número de ESF cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, na competência novembro de 2008, conforme Portaria que estabelece o cronograma de envio da base de dados do SCNES, que geraram transferência de incentivos financeiros ao Município.
Portaria	nº 1.861, de 4 de setembro de 2008, revogada pela portaria nº1413 de 10 de julho de 2013	Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE).	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2008/prt1861_04_09_2008_rep.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2008/prt1861_04_09_2008_rep.html</a>	Para fazer jus ao recebimento dos recursos financeiros de que trata este artigo, as escolas em que atuarão as ESF devem estar no território de responsabilidade dessas equipes.
Apoio	2008	Manual	Operacional saúde na escola	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_operacional_profissionais_saude_educacao.pdf">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_operacional_profissionais_saude_educacao.pdf</a>	O "Manual Operacional – Promoção da alimentação saudável nas escolas", destinado aos gestores, educadores e profissionais da área de saúde e da educação, como instrumento para incentivar e fornecer subsídios para o fortalecimento e planejamento das ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, considerando a história, as singularidades da realidade local e, sobretudo, a situação alimentar e nutricional de cada comunidade.

Portaria	nº 1861, de 4 de setembro de 2009, revogada pela portaria nº1413 de 10 de julho de 2013	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	Não se aplica	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2008/prt1861_04_09_2008_rep.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2008/prt1861_04_09_2008_rep.html</a>	Esta portaria tem como objetivo incluir no Componente Variável do Bloco de Financiamento da Atenção Básica recursos financeiros referentes à adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE.
Portaria	nº 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	Não se aplica	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2010/prt1537_15_06_2010.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2010/prt1537_15_06_2010.html</a>	Definir, para o ano de 2009, recursos financeiros referentes à adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE.  Estabelecer que os recursos financeiros, de que trata esta Portaria, se destinam à implantação do conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) de forma articulada com a rede de educação pública básica e em conformidade aos princípios e diretrizes do SUS, conforme descrito no Artigo 4º do Decreto 6.286/07.

Portaria	nº 1537, 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.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/prt1537_15_06_2010.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/prt1537_15_06_2010.html</a>	Definir, na forma dos Anexos I e II desta Portaria, os Municípios credenciados a receber recursos financeiros pela adesão ao PSE, conforme o critério definido no art. 5º, caput, da Portaria Nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, com o respectivo número de ESF pelas quais esses Municípios poderão receber esses recursos e tomando como base o número de ESF cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, na competência agosto de 2009, conforme Portaria que estabelece o cronograma de envio da base de dados do SCNES que geraram transferência de incentivos financeiros ao Município.
Portaria	nº 790, de 12 de abril de 2010, revogada pela portaria nº1413 de 10 de julho de 2013	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).	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/prt0790_12_04_2010.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/prt0790_12_04_2010.html</a>	Alterar a redação do inciso VIII, do art. 5º da Portaria nº 3146/GM, de 17 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 37, de 25 de fevereiro de 2010, seção 1, página 32, que passa a vigorar com a seguinte redação:  Estabelecer o prazo até 30 de junho de 2010 para o envio do Termo Adesão e do Projeto do PSE Municipal. O não cumprimento deste prazo acarretará a devolução dos recursos recebidos na ocasião do credenciamento dos Municípios mediante manifestação de interesse de adesão." (NR).

Portaria Interministerial	nº 3.696, de 25 de novembro de 2010, revogada pela portaria nº1413 de 10 de julho de 2013	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.	Não se aplica	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/pri3696_25_11_2010.htm">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/pri3696_25_11_2010.htm</a>	Definir os critérios para adesão dos Municípios ao Programa Saúde na Escola (PSE) no ano de 2010.
Portaria	nº 3.918, de 10 de dezembro 2010, revogada pela portaria nº1413 de 10 de julho de 2013	Estabelece recursos financeiros para municípios com equipes de Saúde da Família, credenciados no Programa Saúde	Não se aplica	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/prt3918_10_12_2010.htm">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/prt3918_10_12_2010.htm</a>	Os recursos financeiros, de que trata esta Portaria, se destinam à implementação do conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) de forma articulada com a rede pública de Educação Básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, conforme descrito no art. 4º do Decreto 6.286/2007.

<p>Portaria Interministerial</p>	<p>nº 1.1911, de 8 de agosto de 2011, revogada pela portaria nº1413 de 10 de julho de 2013</p>	<p>Altera a Portaria Interministerial nº 3.696, 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.</p>	<p>Não se aplica</p>	<p><a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2011/pri1911_08_08_2011.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2011/pri1911_08_08_2011.html</a></p>	<p>Fica determinado que, após conclusão dos trâmites legais de adesão, o Ministério da Saúde publicará Portaria com a relação dos Municípios aptos ao recebimento de recursos financeiros e materiais do PSE por meio da assinatura do Termo de Compromisso Municipal, a ser firmado entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação.”(NR).</p>
<p>Portaria</p>	<p>nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011</p>	<p>Habilita municípios e o Distrito Federal para recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE).</p>	<p>Não se aplica</p>	<p><a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2011/prt3014_19_12_2011.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2011/prt3014_19_12_2011.html</a></p>	<p>Ficam habilitados os Municípios e o Distrito Federal descritos no anexo a esta Portaria ao recebimento dos recursos financeiros para implementação do conjunto de ações do Programa Saúde na Escola (PSE), em conformidade com o número de equipes Saúde da Família informadas no Sistema de Monitoramento do PSE e com as metas pactuadas no Termo de Compromisso instituído pela Portaria nº 1.910, de 8 de agosto de 2011.</p>



Portaria	nº2693, de 17 de novembro de 2011	Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e Municípios, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Influenza.	Não se aplica	<a href="https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt2693_17_11_2011.html">https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt2693_17_11_2011.html</a>	Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e de Municípios, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Influenza.
Portaria Interministerial	nº 1910, de 10 de agosto de 2011	Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do	Não se aplica	<a href="http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;alias=8613-portarias-interministeriais-1910-1911-80711-pdf&amp;Itemid=30192">http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;alias=8613-portarias-interministeriais-1910-1911-80711-pdf&amp;Itemid=30192</a>	Esta Portaria define, na forma do Anexo I a esta Portaria, o Termo de Compromisso Municipal, a ser celebrado entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação, formalizando as metas das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, nos seus territórios de responsabilidades, para fins de transferência dos recursos financeiros e materiais do Programa Saúde na Escola (PSE).

Apoio	2011	Fascículo	Sexualidades e Saúde Reprodutiva ADOLESCENTES E JOVENS PARA A EDUCAÇÃO ENTRE PARES Saúde e Prevenção nas Escolas	<a href="http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/sexualidadesaudereprodutiva.pdf">http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/sexualidadesaudereprodutiva.pdf</a>	Sexo e sexualidade são temas cada vez mais presentes nas escolas, nos serviços de saúde, nos meios de comunicação social, nas famílias, nos grupos de amigos(as) e até nas instituições religiosas, empresas e diferentes grupos da sociedade. Como são assuntos ligados à vida, sempre vão estar na pauta do dia, gerando dúvidas, polêmicas, debates, discussões e questionamentos que precisam ser tratados de maneira franca, simples e sem constrangimentos.
Apoio	2011	Fascículo	Adolescências, Juventudes e Participação	<a href="http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/adolescenciasjuventudesparticipacao.pdf">http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/adolescenciasjuventudesparticipacao.pdf</a>	Este fascículo traz uma série de oficinas e textos sobre os temas da prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e à aids, a partir do enfoque da participação juvenil, voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens, de forma a garantir uma atenção integral à saúde dessa população. Isso significa reduzir as principais doenças e agravos, melhorar a vigilância à saúde e contribuir para a qualidade de vida desses 54 milhões de cidadãos e cidadãs brasileiros(as), na faixa etária entre 10 e 24 anos de idade.

Apoio	2011	Fascículo	Metodologias	<a href="http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/metodol_educ_pares.pdf">http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/metodol_educ_pares.pdf</a>	<p>O fascículo Educação entre Pares foi elaborado para subsidiar os(as) educadores(as) entre pares, participantes das atividades do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE, estabelecendo novos parâmetros para a formação de adolescentes e jovens no campo da sexualidade, da educação sobre drogas e da infecção pelas DST, o HIV e a aids.</p>
Apoio	2011	Fascículo	Álcool e outras Drogas	<a href="http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/alcooloutrasdrogas.pdf">http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/alcooloutrasdrogas.pdf</a>	<p>Este fascículo traz uma série de oficinas e textos sobre o uso de álcool e outras drogas, a partir de um enfoque para a promoção da saúde e redução de danos. Em termos da promoção da saúde, sabe-se que a relação entre o uso de álcool e outras drogas, sexualidade e aids é bastante estreita, seja pelo compartilhamento de agulhas e seringas entre usuários de drogas injetáveis, uma das formas da transmissão do HIV, seja pelo sexo desprotegido, que pode levar à gestação não-planejada e à infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo o HIV, o vírus da aids.</p>

Apoio	2011	Fascículo	Gêneros	<p><a href="http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/genero.pdf">http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/genero.pdf</a></p>	<p>Este fascículo traz uma série de oficinas e textos sobre discussões de gêneros, a partir de um enfoque para a promoção da saúde e igualdade. O conceito de gênero diz respeito ao conjunto das representações sociais e culturais elaboradas com vistas à diferença biológica dos sexos. Enquanto o sexo diz respeito ao atributo anatômico, no conceito de gênero toma-se o desenvolvimento das noções de “masculino” e “feminino” como construções sociais. O uso desse conceito permite abandonar a explicação da natureza como a responsável pelas diferenças que existem entre os comportamentos e lugares ocupados por homens e mulheres na sociedade.</p> <p>Essa diferença, historicamente, tem privilegiado os homens, uma vez que a sociedade não tem oferecido as mesmas oportunidades de inserção e exercício de cidadania a homens e mulheres. Mesmo com a grande transformação dos costumes e valores que vem ocorrendo nas últimas décadas, ainda perduram muitas discriminações, algumas vezes ocultas, relacionadas às desigualdades de gênero.</p>
-------	------	-----------	---------	--	---

Apoio	2011	Fascículo	Prevenção das DST, HIV e Aids	<a href="http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/prevencaodts.pdf">http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/prevencaodts.pdf</a>	<p>Este fascículo traz uma série de oficinas e textos sobre os temas da prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e a aids, a partir de um enfoque para a promoção da saúde e condutas preventivas.</p> <p>Quando falamos em promover a saúde, não se trata apenas de garantir o acesso aos serviços de saúde de qualidade. Promoção da saúde envolve o bem-estar individual e coletivo e depende, também, da garantia de outros direitos, além do direito à saúde.</p> <p>E, para promover a saúde e diminuir a incidência das DST e do HIV na população adolescente e jovem, é necessário conhecer, também, os diferentes contextos de vulnerabilidade e avaliar objetivamente as várias chances que cada adolescente jovem tem de se proteger ou de se infectar por essas doenças.</p>
-------	------	-----------	-------------------------------	---	---

Apoio	2011	Fascículo	Raça e Etnias	<p><a href="http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/raca-etnias.pdf">http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/raca-etnias.pdf</a></p>	<p>Este fascículo traz uma série de oficinas e textos relacionados aos temas raça, racismo e etnias.</p> <p>Durante muito tempo, disseminou-se a ideia de que a sociedade brasileira era uma democracia racial, ou seja, que vivíamos em um país em que não havia nenhuma forma de preconceito nas relações entre as pessoas brancas e negras. A partir da pressão de ativistas do movimento negro e com a colaboração de estudos e pesquisas que identificaram claramente a existência das desigualdades étnicas e raciais no Brasil, veem sendo construídas estratégias de políticas públicas para enfrentar estas desigualdades.</p>
Apoio	2011	Fascículo	Diversidades Sexuais	<p><a href="http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/diversidades_sexuais.pdf">http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/diversidades_sexuais.pdf</a></p>	<p>Este fascículo traz uma série de oficinas e textos sobre o tema diversidade sexual, focado, prioritariamente, no desconhecimento que a maioria das pessoas tem sobre as diferentes possibilidades de expressão e vivência da sexualidade. Acreditamos que, para diminuir os padrões de desigualdade e violência existentes no Brasil hoje, é necessário valorizar-se a diferença, situando-a no terreno da ética, dos Direitos Humanos e da emancipação.</p>
Apoio	2011	Guia	Passo a Passo PSE 2011	<p>Este documento tem como objetivo orientar o passo a passo para adesão ao PSE.</p>	<p>Este documento tem como objetivo orientar o passo a passo para adesão ao PSE.</p>

Portaria	nº 357, de 01 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.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2012/prt0357_01_03_2012.html#:~:text=357%2C%20DE%201%2C%BA%20DE%20MAR%C3%87O,execu%C3%A7%C3%A3o%20no%20ano%20de%202012.">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2012/prt0357_01_03_2012.html#:~:text=357%2C%20DE%201%2C%BA%20DE%20MAR%C3%87O,execu%C3%A7%C3%A3o%20no%20ano%20de%202012.</a>	Fica instituída a Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola). Os entes federados poderão aderir à Semana Saúde na Escola por meio do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE.
Portaria	nº 524, de 26 de março de 2012	Habilita municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2012/prt0524_26_03_2012.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2012/prt0524_26_03_2012.html</a>	Ficam habilitados os Municípios descritos no anexo a esta Portaria ao recebimento dos recursos financeiros para implementação do conjunto de ações do Programa Saúde na Escola, em conformidade com o número de equipes Saúde da Família informadas no Sistema de Monitoramento do PSE e com as metas pactuadas no Termo de Compromisso instituído pela Portaria nº 1.910/GM/MS, de 8 de agosto de 2011.

Portaria	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.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html</a>	A participação dos Estados no PSE se dará por meio da assinatura de Termo de Adesão constante do Sistema de Informação, Monitoramento, Execução e Controle (SIMEC), dentro do módulo Plano de Ações Articuladas (PAR), mediante o qual se comprometerão a apoiar a realização das ações do PSE nas escolas estaduais e a fomentar a atuação do Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual do PSE (GTIE).
Portaria	nº297, 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).	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0297A_28_02_2013.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0297A_28_02_2013.html</a>	Ficam habilitados os Municípios e o Distrito Federal relacionados nos anexos a esta Portaria ao recebimento dos recursos financeiros referentes ao conjunto de ações do Programa Saúde na Escola (PSE).



Portaria	nº 1302, 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.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt1302_28_06_2013.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt1302_28_06_2013.html</a>	<p>O registro das informações sobre as atividades desenvolvidas no PSE será efetuado e atualizado nos Sistemas e-SUS da Atenção Básica (e-SUS/AB) e Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC) pelos profissionais da saúde e da educação e pelos gestores responsáveis pelo Programa no âmbito do Distrito Federal e dos Municípios.</p> <p>O monitoramento das ações realizadas por equipes de saúde, de educação e GTI-M, e a avaliação do alcance das metas pactuadas são de competência dos GTI-F, GTI-E, GTI-M e GTI do Distrito Federal, utilizando como base:</p> <p>I - o componente I do PSE será monitorado e avaliado com base nas informações contidas no e-SUS/AB; e II - os componentes II e III do PSE serão monitorados e avaliados com base nas informações contidas no SIMEC.</p>
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.	Não se aplica	<a href="https://www.conass.org.br/ci-n45-publicada-portaria-gm-n364-que-redefine-a-semana-de-mobilizacao-saude-na-escola-semana-saude-na-escola-de-periodicidade-anual-e-o-respectivo-incentivo-financeiro/">https://www.conass.org.br/ci-n45-publicada-portaria-gm-n364-que-redefine-a-semana-de-mobilizacao-saude-na-escola-semana-saude-na-escola-de-periodicidade-anual-e-o-respectivo-incentivo-financeiro/</a>	Esta Portaria redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, e o respectivo incentivo financeiro.

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.	Não se aplica	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2013/prt1835_27_08_2013.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2013/prt1835_27_08_2013.html</a>	Esta portaria trata do repasse do incentivo financeiro de que trata o “caput” ficará condicionado ao registro das ações realizadas durante a Semana Saúde na Escola junto ao Sistema de Avaliação e Monitoramento do PSE, o qual deverá ser realizado até 10 de julho de 2014.” (NR).
Portaria	nº 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.	Não se aplica	<a href="https://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Out/11/destaques-museu-historia-e-educacao-cultura-e/portaria-interministerial-no-15-de-10-de-outubro">https://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Out/11/destaques-museu-historia-e-educacao-cultura-e/portaria-interministerial-no-15-de-10-de-outubro</a>	Fica instituído o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia, no âmbito do Programa Saúde na Escola-PSE e do Programa Brasil Alfabetizado-PBA, em consonância com as políticas nacionais de saúde e de educação.

Portaria	nº 2.608, de 31 de outubro de 2013	Define municípios com adesão 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.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2013/prt2608_31_10_2013.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2013/prt2608_31_10_2013.html</a>	Os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola, apresentando Termo de Compromisso válido farão jus ao recebimento do incentivo financeiro previsto na Portaria Interministerial nº 1.413/MS/MEC, de 10 de julho de 2013.
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 adesão 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.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2013/prt3210_26_12_2013.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2013/prt3210_26_12_2013.html</a>	Ficam incluídos os Municípios a seguir descritos, na lista dos Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola e estão aptos ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso, conforme previsto na Portaria Interministerial nº 1.413/MS/MEC, de 10 de julho de 2013.

Portaria	nº 298, de 28 de fevereiro de 2013	Habilita municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola 2013.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt0298_28_02_2013.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt0298_28_02_2013.html</a>	Os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, farão parte do Bloco de Atenção Básica, e correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando os Programas de Trabalho 10.301.1214.20AD e 10.301.1215.20AD - Piso da Atenção Básica Variável - Saúde da Família.
Apoio	2013	Guia	Passo A Passo Adesão Semana Saúde Na Escola 2013	<a href="http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;alias=12647-passo-a-passo-adesao-sse-pdf&amp;category_slug=marco-2013-pdf&amp;Itemid=30192">http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;alias=12647-passo-a-passo-adesao-sse-pdf&amp;category_slug=marco-2013-pdf&amp;Itemid=30192</a>	O 'Passo a Passo Semana Saúde na Escola 2013' é um material orientador para os gestores do Programa Saúde na Escola que desejem realizar adesão à Semana Saúde na Escola. O instrutivo apresenta, de forma didática, a proposta do Programa, suas ações e os passos necessários para o processo de adesão.
Portaria	nº 220, de 25 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 na Escola.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis//sas/2014/prt0220_25_03_2014.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis//sas/2014/prt0220_25_03_2014.html</a>	Ficam estabelecidas normas para o cadastramento das equipes não cadastradas em Estabelecimentos de Atenção Básica criadas exclusivamente para o desenvolvimento das ações de saúde na escola, EQUIPES EXCLUSIVAS SAÚDE NA ESCOLA (EESE), no CNES.

Portaria	nº 798, de 17 de junho de 2015	Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola).	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2015/prt0798_17_06_2015.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2015/prt0798_17_06_2015.html</a>	Fica redefinida a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, como componente das ações do Programa 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.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2015/prt1067_23_07_2015.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2015/prt1067_23_07_2015.html</a>	Os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola, realizando todas as etapas definidas no Portal do Gestor farão jus ao recebimento do incentivo financeiro previsto na Portaria Interministerial nº 1.413/MS/MEC, de 10 de julho de 2013.
Portaria	nº 1.260, de 27 de agosto de 2015	<a href="http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/80/PORTARIA_No_1260_PSE_2015.pdf">http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/80/PORTARIA_No_1260_PSE_2015.pdf</a>	Não se aplica	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/portaria_1260_2015.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/portaria_1260_2015.pdf</a>	Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola 2013.

Portaria	nº 1.337, de 08 de setembro de 2015	Habilita municípios 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.	Não se aplica	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2015/prt1337_08_09_2015.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2015/prt1337_08_09_2015.html</a>	Os Municípios e o Distrito Federal listados no anexo a esta Portaria farão jus ao recebimento do incentivo financeiro correspondente à realização de ações da Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), redefinida pela Portaria nº 364/GM/MS, de 8 de março de 2013, e em conformidade com o número de equipes de Atenção Básica informadas nos Sistemas de Monitoramento do PSE (e-SUS AB e SIMEC), o qual corresponde a 1/12 (um dozeavos) da parcela mensal repassada às Equipes de Saúde da Família (ESF), equivalente a R\$ 594,15 (quinhentos e noventa e quatro reais e quinze centavos) por equipe de Atenção Básica participante.
----------	-------------------------------------	--	---------------	---	---

Apoio	2015	Caderno	Cadernos Gestor PSE	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis//sas/2014/prt0220_25_03_2014.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis//sas/2014/prt0220_25_03_2014.html</a>	<p>As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político-pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político-executiva dos estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do País e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas. Destaca-se ainda a importância do apoio dos gestores da área de Educação e Saúde, estaduais e municipais, pois trata-se de um processo de adesão que visa à melhoria da qualidade da educação e saúde dos educandos, que se dará à luz dos compromissos e pactos estabelecidos em ambos os setores.</p>
-------	------	---------	---------------------	---	--

Apoio	2015	Caderno	Caderno de Saúde e Educação Ambiental	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_educacao_ambiental.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_educacao_ambiental.pdf</a>	<p>Nesse contexto, este caderno visa auxiliar na avaliação dos impactos à saúde, provenientes das alterações provocadas no meio ambiente. Para tanto, faz-se necessário considerar o ambiente como um componente importante para a determinação da saúde, conforme dispõe a Lei Nº 8.080 de 1990 e a Lei nº 9.795/99 que institui a Política Nacional de Educação Ambiental e estabelece como princípio básico “a concepção do meio ambiente em sua totalidade, considerando a interdependência entre o meio natural, o socioeconômico e o cultural, sob o enfoque da sustentabilidade”. As diretrizes da Política Nacional de Saúde Ambiental enfatizam a relevância do trabalho intersetorial e o envolvimento de todos que vivem no local.</p>
-------	------	---------	---------------------------------------	---	---



Apoio	2015	Caderno	Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_praticas_corporais_atividade-fisica_lazer.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_praticas_corporais_atividade-fisica_lazer.pdf</a>	Este caderno permite compreender que a complexidade na qual o processo saúde-doença se desenvolve na sociedade sugere que esse fenômeno não perpassa unicamente o setor saúde e não está localizada apenas no território onde os indivíduos moram, mas em outros espaços de convivência e construção humana, como a família, as associações comunitárias, os espaços de decisões políticas governamentais, os locais e equipamentos públicos de lazer, as ruas, o trabalho e nas relações intersetoriais, que neste caso, tratam do diálogo entre saúde e educação.
Apoio	2015	Caderno	Segurança Alimentar e Nutricional e de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na Educação Básica	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_san_paas.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_san_paas.pdf</a>	Esse caderno apresenta e discute conceitos e ações de Segurança Alimentar e Nutricional e de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na Educação Básica e a importância dessas práticas no ambiente escolar. Estas não se restringem à oferta de uma alimentação de qualidade ou à realização de ações educativas sobre alimentação e nutrição, é preciso discutir a constituição de um ambiente gerador de práticas saudáveis e que favoreça escolhas saudáveis, extrapolando o espaço de sala de aula e que incorporem o diálogo com as famílias e o território onde vivem os educandos

Apoio	2015	Caderno	Verificação da Situação Vacinal	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_tematico_verificacao_situacao_vacinal.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_tematico_verificacao_situacao_vacinal.pdf</a>	<p>Este caderno tem como proposta apresentar a importância da vacinação dos educandos como uma das condições necessárias para se estabelecer um ambiente saudável, traduzido pela articulação transversal, integrada, inter e intra-setorial de ações, em busca de mecanismos redutores das situações de vulnerabilidade existentes tanto para a criança quanto para o adolescente, o jovem, o adulto e o idoso.</p>
Apoio	2015	Caderno	Direitos Humanos	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_direitos_humanos.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_direitos_humanos.pdf</a>	<p>Este caderno tem como proposta dialogar com os gestores municipais e estaduais do Programa Saúde na Escola (PSE) no que se refere à garantia de direitos humanos com vistas à cultura da paz no território de responsabilidade compartilhada entre os setores de saúde e de educação. A integração de saberes, de práticas, de responsabilidades e de cuidado na perspectiva de uma postura cidadã dos educandos e profissionais é fundamental para que se promova uma cultura da paz no espaço escolar e nas Unidades Básicas de Saúde.</p>

Apoio	2015	Guia	Guia de Sugestões de Atividades - Semana Saúde na Escola	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_atividades_pse_versao_preliminar.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_atividades_pse_versao_preliminar.pdf</a>	Este Guia contém sugestões de atividades para serem desenvolvidas não apenas durante a Semana Saúde na Escola, mas ao longo do ano letivo. A proposta do Guia é fornecer um conjunto de atividades capazes de estimular e enriquecer o trabalho educativo dos profissionais de saúde e de educação, sendo seus princípios a promoção e prevenção de agravos à saúde.
Portaria	nº 2.473, de 16 de dezembro de 2016	Altera a classificação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Montes Claros (MG).	Não se aplica	<a href="http://138.68.60.75/images/portarias/dezembro2016/dia19/portaria2743.pdf">http://138.68.60.75/images/portarias/dezembro2016/dia19/portaria2743.pdf</a>	Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8730 (PO 0000) – Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada.
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.	Não se aplica	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2016/prt2744_16_12_2016.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis//gm/2016/prt2744_16_12_2016.html</a>	Ficam habilitados os Municípios relacionados no Anexo a esta Portaria ao recebimento dos recursos financeiros referentes aos 80% do alcance de metas relativas as ações do Programa Saúde na Escola 2014/2015

Apoio	2016	Caderno	Promoção da Saúde Bucal	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_bucal.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_bucal.pdf</a>	<p>A produção deste Caderno visa promover uma interface entre diversos conceitos que envolvem a saúde bucal no Programa Saúde na Escola evidenciando a importância das ações desenvolvidas de forma intersetorial entre escola e unidade de saúde, contribuindo para a formação integral de educandos, a qual é defendida pelos dois setores envolvidos – saúde e educação. Nesse contexto os temas relacionados à saúde bucal serão abordados com foco na promoção e atenção à saúde e prevenção de doenças e agravos, como preconiza o Programa Saúde na Escola. A realização de ações articuladas nesses três âmbitos, além de contribuir com a formação integral, promovem a cidadania e os direitos humanos, pois preparam os educandos para o enfrentamento das vulnerabilidades que se apresentam ao longo da vida quando desenvolvem a construção do cuidado consigo mesmo, com o outro e com o ambiente.</p>
-------	------	---------	-------------------------	---	---

Apoio	2016	Caderno	Saúde Ocular	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_ocular.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_ocular.pdf</a>	<p>Este Caderno tem como proposta fornecer ferramentas para os gestores municipais e estaduais do Programa Saúde na Escola (PSE) no que se refere ao apoio às ações do PSE relacionadas à saúde ocular dos educandos. A integração de saberes, de práticas, de responsabilidades e de cuidado na perspectiva da saúde ocular dos educandos é fundamental para que as ações propostas nesse Caderno aconteçam de forma intersectorial, evitando atividades pontuais desarticuladas e isoladas.</p>
Apoio	2016	Caderno	Relatos de Experiências da Semana Saúde na Escola	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_anotacoes2016_preliminar.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_anotacoes2016_preliminar.pdf</a>	<p>Este Caderno de Anotações de Relatos de Experiências é um material orientador para todas as pessoas que constroem no dia a dia o Programa Saúde na Escola: profissionais de saúde, de educação, de assistência, comunidade, estudantes e famílias. Abordaremos, especificamente, mudanças de atitudes na interação com o patrimônio básico para a vida humana, o meio ambiente. Por meio dele, vocês conhecerão experiências de ações de identificação e eliminação dos focos do mosquito <i>Aedes aegypti</i>, associadas a atividades de educação em saúde ambiental para a promoção de ambientes saudáveis, que estão sendo desenvolvidas pelo Brasil afora</p>

Apoio	2017	Manual	Adesão ao Programa Saúde Na Escola 2017	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_adesao_pse_2017.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_adesao_pse_2017.pdf</a>	Este manual visa dar visibilidade de forma direta e explicativa de como funciona o processo de adesão ao PSE. Tratando se de um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre os secretários municipais de saúde e educação com os Ministérios da Saúde e da Educação.
Portaria Interministerial	nº1.055, 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	Não se aplica	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html</a>	Ficam redefinidas as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e ficam dispostas as diretrizes para regulamentar o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

Portaria	nº 2.706, de 18 de outubro de 2017	Lista os Municípios que finalizaram a adesão 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.	Não se aplica	<a href="https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt270_20_10_2017.html">https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt270_20_10_2017.html</a>	Ficam listados, na forma dos Anexos, os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola, realizando todas as etapas definidas no Portal e-Gestor farão jus ao recebimento do incentivo financeiro previsto na Portaria Interministerial nº 1.055/MS/MEC, de 26 de abril de 2017.
----------	------------------------------------	---	---------------	---	--

Apoio	2017	Manual	Documento Orientador: Indicadores E Padrões De Avaliação - PSE Ciclo 2017/2018	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portal-dab/documentos/documento_orientador_monitoramento_pse_2017_2018.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portal-dab/documentos/documento_orientador_monitoramento_pse_2017_2018.pdf</a>	<p>Este manual tratará do momento posterior a adesão, que inclui processos de registro e envio de dados, monitoramento e indicadores para identificar as lacunas e avanços em relação ao desenvolvimento do PSE e suas ações e repasse de incentivos financeiros de custeio. A primeira parte do documento apresenta as diferenças entre as regras da Portaria anterior e a Portaria nº 1.055/2017, de 25/04/2017, atualmente vigente, e informações para compreender o ciclo bienal do Programa. A segunda parte centra-se no desenvolvimento e registro das ações e monitoramento do PSE. O documento finaliza com o tema dos indicadores do programa que serão utilizados pela gestão federal a partir da sua reestruturação publicada pela Portaria nº 1.055, podendo ser replicados pelos demais entes, para caracterizar o PSE a cada ciclo segundo cobertura total e especificada por ações informadas no SISAB.</p>
-------	------	--------	--	---	---



Apoio	2017	Guia	Guia Rápido para Gestor do SISAB e E-SUS AB	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/guia_rapido_gestor_SISAB_e_SUS_AB.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/guia_rapido_gestor_SISAB_e_SUS_AB.pdf</a>	<p>O e-Gestor AB tem por objetivo centralizar os acessos dos usuários aos sistemas dos programas da Atenção Básica, desenvolvidos e gerenciados pelo Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, permitindo organização e agilidade no acesso aos mesmos. No e-Gestor, foi criado o perfil Gestor da Atenção Básica. Este novo papel tem a responsabilidade de gerenciar os Gestores dos programas da Atenção Básica (SISAB, PMAQ e outros) nos níveis Municipal e Estadual.</p>
Apoio	2018	Manual	Manual Técnico de Adesão e Desenvolvimento das Ações do Programa Saúde Na Escola	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/manual_PSE_MS_MEC.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/manual_PSE_MS_MEC.pdf</a>	<p>A evolução do PSE ao longo dos últimos anos pautou a necessidade de reorientar os processos para torná-los favoráveis à adesão e ao alcance de metas, buscando valorizar as iniciativas e esforços locais no fortalecimento do Programa. Neste sentido, foi publicada a Portaria nº 1.055, de 25 de abril de 2017, que redefine o PSE e apresenta mudanças no processo de adesão e alcance de metas, que serão discutidos neste manual.</p>

Recursos Educacionais Abertos	2017	Vídeo	Sem cantina!	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=4Ql6nO-xbyKl">https://www.youtube.com/watch?v=4Ql6nO-xbyKl</a>	
Recursos Educacionais Abertos	2017	Vídeo	Nico e o Tubérculo	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=biq3xE-303Z">https://www.youtube.com/watch?v=biq3xE-303Z</a>	
Recursos Educacionais Abertos	2017	Vídeo	Caminhos da Comida	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=BYw0E-VdQbV8&amp;ab_channel=SapsSecretaria-deAten%C3%A7%C3%A3oPrim%C3%A1ria-C3%A0Sa%C3%BAde">https://www.youtube.com/watch?v=BYw0E-VdQbV8&amp;ab_channel=SapsSecretaria-deAten%C3%A7%C3%A3oPrim%C3%A1ria-C3%A0Sa%C3%BAde</a>	

Portaria	Nº 895, de 19 de junho de 2018	Revoga a Portaria nº 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.	Não se aplica	<a href="https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-895-de-19-de-junho-de-2018-29700716">https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-895-de-19-de-junho-de-2018-29700716</a>	Fica revogada a Portaria nº 220/SAS/MS, de 25 de março de 2014, publicada no Diário Oficial da União - DOU nº 58, de 26 de março 2014, seção 1, pág. 77, 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.	Não se aplica	<a href="https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-662-de-14-de-novembro-de-2018-51055785">https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-662-de-14-de-novembro-de-2018-51055785</a>	Ficam habilitados os Municípios descritos no Anexo a esta Portaria, ao recebimento do recurso financeiro para implementação do conjunto de ações do Programa Saúde na Escola no segundo ano do ciclo 2017/2018, de acordo com o número de educandos, contemplados no Termo de Compromisso Municipal ou Distrital, conforme Portaria Interministerial nº 1.055/MS/MEC, de 26 de abril de 2017.
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.	Não se aplica	<a href="https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.264-de-30-de-agosto-de-2019-215326621">https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.264-de-30-de-agosto-de-2019-215326621</a>	Ficam habilitados os Municípios e Distrito Federal descritos no anexo a esta Portaria ao recebimento dos recursos financeiros para implementação do conjunto de ações do Programa Saúde na Escola, de acordo com o número de educandos contemplados no Termo de Compromisso Municipal ou Distrital, conforme Portaria Interministerial nº 1.055/MS/MEC, de 26 de abril de 2017.

Apoio	2019-2020	Manual	Manual de Adesão ao Programa Saúde na Escola	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/manual_adesao_2019_20.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/manual_adesao_2019_20.pdf</a>	Este manual visa dar visibilidade de forma direta e explicativa de como funciona o processo de adesão ao PSE. Tratando-se de um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre os secretários municipais de saúde e educação com os Ministérios da Saúde e da Educação.
Portaria	Nº 564, de 8 de julho de 2020	Inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o procedimento da Atenção Primária no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) "Prevenção à Covid-19 nas Escolas".	Não se aplica	<a href="https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-564-de-8-de-julho-de-2020-269397036">https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-564-de-8-de-julho-de-2020-269397036</a>	Fica incluído no Grupo 01 - Ações de promoção e prevenção em saúde, Subgrupo 01 - Ações coletivas/individuais em saúde, Forma de Organização 01 - Educação em Saúde, da Tabela de Procedimentos do SUS, o procedimento descrito no Anexo.

Portaria	Nº 1.857 de 28 de julho de 2020	Dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal para combate à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus/ Covid-19, considerando as escolas públicas da rede básica de ensino	Não se aplica	<a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-1857-20-MS.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-1857-20-MS.htm</a>	Esta portaria dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal, descritos no anexo a esta Portaria, para combate à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus/Covid-19, considerando as escolas públicas da rede básica de ensino.
----------	---------------------------------	---	---------------	---	--

Portaria	Nº 2.027, de 7 de agosto de 2020	Altera a Portaria nº 1.857/GM/MS, de 28 de julho de 2020, que dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros federais aos Municípios e ao Distrito Federal, em caráter excepcional e temporário, considerando ações de saúde nas escolas da rede básica de ensino no enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional e internacional em decorrência do coronavírus (COVID-19).	Não se aplica	<a href="https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.027-de-7-de-agosto-de-2020-271235442">https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.027-de-7-de-agosto-de-2020-271235442</a>	Esta portaria dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros federais aos Municípios e ao Distrito Federal, descritos no Anexo a esta Portaria, em caráter excepcional e temporário, considerando a realização de ações de saúde nas escolas da rede básica de ensino no enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional e internacional em decorrência do coronavírus (COVID-19).
----------	----------------------------------	---	---------------	---	---

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.	Não se aplica	<a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.141-de-14-de-agosto-de-2020-272747285">https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.141-de-14-de-agosto-de-2020-272747285</a>	Habilitar Municípios e Distrito Federal, descritos no anexo a esta Portaria, ao recebimento do incentivo financeiro para implementação das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) no segundo ano do ciclo 2019/2020, conforme Portaria Interministerial nº 1.055/MS/MEC, de 26 de abril de 2017, e destinar recursos financeiros para os Municípios e Distrito Federal aderidos ao Programa Crescer Saudável que alcançaram as metas do Programa.
----------	-----------------------------------	--	---------------	---	--



Portaria	Nº 2.306, de 28 de agosto de 2020	Altera a Portaria nº 1.857/GM/MS, de 28 de julho de 2020, que dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros federais aos Municípios e ao Distrito Federal, em caráter excepcional e temporário, considerando ações de saúde nas escolas da rede básica de ensino no enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional e internacional em decorrência do coronavírus (COVID-19).	Não se aplica	<a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.306-de-28-de-agosto-de-2020-274895969">https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.306-de-28-de-agosto-de-2020-274895969</a>	As ações relacionadas à Covid-19 desenvolvidas no âmbito das escolas devem ser monitoradas pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) através do registrado na Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS AB em Práticas de Saúde: Outro procedimento coletivo - cifra SIGTAP com o código "Ações de prevenção à Covid-19 nas escolas", enquanto permanecer a vigência da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus, causador da doença Covid-19." (NR).
----------	-----------------------------------	---	---------------	---	---

Nota Técnica	nº 17/2020, de 04 de maio de 2020	Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020	Não se aplica	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf</a>	Esta Nota Técnica aborda o momento posterior a adesão, que inclui processos de registro e envio de dados, monitoramento e avaliação das ações do Programa, que auxiliam na identificação das lacunas e avanços em relação ao desenvolvimento do PSE, e orientam o repasse de incentivos financeiros de custeio.
Nota Técnica	nº 10/2021, de 29 de abril 2020	Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola em 2020	Não se aplica	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/NT_10_monitoramento_pse_2020.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/NT_10_monitoramento_pse_2020.pdf</a>	Esta Nota Técnica aborda o momento posterior a adesão, que inclui os processos de registro e envio de dados e de monitoramento e avaliação das ações do Programa, que auxiliam na identificação das lacunas e avanços em relação ao desenvolvimento do PSE, e orientam o repasse de incentivos financeiros de custeio nesse período.
Nota Técnica	nº 45/2020-DEPROS/SAPS/MS	Saúde indígena	Não se aplica	<a href="https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20201120_N_nt412020depros-saps_7471115035381376370.pdf">https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20201120_N_nt412020depros-saps_7471115035381376370.pdf</a>	

Apoio	2020	Manual	Indicadores de Padrões de Avaliação - PSE Ciclo 2019-2020	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/documento_orientador_2019-20.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/documento_orientador_2019-20.pdf</a>	<p>Este manual aborda o momento posterior a adesão, que inclui processos de registo e envio de dados, monitoramento e avaliação das ações do Programa, que auxiliam na identificação das lacunas e avanços em relação ao desenvolvimento do PSE, e orientam o repasse de incentivos financeiros de custeio. O documento define os indicadores e os padrões de avaliação do PSE, conforme Art. 16 da Portaria nº 1.055 de 25 de Abril de 2017, apresentando o tema dos indicadores do programa que serão utilizados pela gestão federal no ciclo vigente.</p>
-------	------	--------	---	---	--

Apoio	2020- 2022	Caderno	Indicadores de Padrões de Avaliação - PSE Ciclo 2020-2022	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Documento_orientador_2021-2022_PSE.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Documento_orientador_2021-2022_PSE.pdf</a>	<p>Este documento orientador aborda o momento posterior à adesão ao PSE, avançando para o desenvolvimento das ações, os processos de registo e envio de dados, o monitoramento e avaliação das ações do Programa e o repasse de incentivos financeiros de custeio. Destaca-se que as ações de monitoramento e avaliação são fundamentais na identificação das lacunas e avanços do desenvolvimento do PSE nos territórios. Este documento também define os indicadores e os padrões de avaliação do PSE, conforme previsto no Art. 16 da Portaria nº 1.055, de 25 de abril de 2017, apresentando os indicadores e metas do Programa que serão utilizados pela gestão federal para monitoramento e avaliação no ciclo 2021/2022 do PSE .</p>
-------	------------	---------	---	---	---

Portaria	Nº 1.320, de 22 de junho de 2021	Define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e ao Crescer Saudável para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências.	Não se aplica	<a href="https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.320-de-22-de-junho-de-2021-327697233">https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.320-de-22-de-junho-de-2021-327697233</a>	Ficam habilitados os municípios e Distrito Federal descritos no anexo a esta Portaria ao recebimento dos recursos financeiros para implementação do conjunto de ações do Programa Saúde na Escola, de acordo com o número de estudantes contemplados no Termo de Compromisso Municipal ou Distrital, conforme Portaria Interministerial nº 1.055/MS/MEC, de 25 de abril de 2017.
Portaria Interministerial	Nº 5, de 4 de agosto de 2021	Define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e ao Crescer Saudável para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências	Não se aplica	<a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-5-de-4-de-agosto-de-2021-336337628">https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-5-de-4-de-agosto-de-2021-336337628</a>	As medidas previstas nesta Portaria objetivam divulgar diretrizes para o retorno à presencialidade das atividades de ensino e aprendizagem, atendidas as condições necessárias para a biossegurança de alunos, profissionais da educação e demais atores envolvidos, estabelecidas em protocolos locais, e sem prejuízo quanto à autonomia das redes de ensino para organização de seu sistema.

Nota Técnica	Explicativa, de 2021	Tem como objetivo apresentar informações sobre os dados enviados pelos municípios, o processamento e as regras de validação do SISAB oriundo de fichas da Atenção Primária à Saúde (APS)	Não se aplica	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/relatorio_validacao_2_2021_nota.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/relatorio_validacao_2_2021_nota.pdf</a>	Esta Nota Técnica Explicativa tem como objetivo apresentar informações sobre os dados enviados pelos municípios, o processamento e as regras de validação do SISAB oriundo de fichas da Atenção Primária à Saúde (APS). Com as informações apresentadas neste relatório é possível identificar os quantitativos de fichas válidas recebidas no Ministério da Saúde por município, e também, o quantitativo de fichas invalidadas e o motivo da reprovação. O relatório possui acesso restrito (acesso concedido a gestores e representantes do Conass e Conasems por meio do cadastro prévio).
Recursos Educacionais Abertos	2021	Vídeo	Conhecendo a tuberculose	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=OnCmVQrRNsI&amp;list=PL_rQTI-99G4P9Up9IWomKCfl-XwUbQ7MjW5&amp;index=6">https://www.youtube.com/watch?v=OnCmVQrRNsI&amp;list=PL_rQTI-99G4P9Up9IWomKCfl-XwUbQ7MjW5&amp;index=6</a>	
Apoio	Não identificado	Orientações Gerais - PDF	Identificação de Educandos com Possíveis Sinais de Agravos de Doenças em Eliminação	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/Orientacoes_Gerais_PSE_Acao_Doencas_em_Eliminacao.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/Orientacoes_Gerais_PSE_Acao_Doencas_em_Eliminacao.pdf</a>	Propõe a realização de ações de educação em saúde no âmbito escolar, que constitui um importante espaço que agrega o público-alvo recomendado para abordagem de doenças classificadas pela Organização Mundial da Saúde-OMS como negligenciadas.

Apoio	Não identificado	Orientações Gerais - PDF	Promoção da Saúde Auditiva	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/orientacao_geral_saude_auditiva.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/orientacao_geral_saude_auditiva.pdf</a>	<p>A ação de saúde auditiva no âmbito do PSE consiste na formação de rede intersetorial com integração entre os setores de educação e saúde, capacitação de educadores e comunidade; observação dos aspectos que envolvem a audição, linguagem e fala como indicadores do desenvolvimento infantil e aplicação do instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para detecção de possíveis sinais de alterações auditivas. Este instrumento é composto por um conjunto de informações e situações que o professor deve estar atento em sala de aula e servirá como apoio para cuidado e atenção à saúde auditiva do educando.</p> <p>Destaca-se ainda a importância do levantamento e análise dos dados epidemiológicos sobre a saúde auditiva dos educandos (colhidos através de observação e do instrumento/questionários), de cada território, para realização do fluxo de contra referência; orientação dos educadores sobre a interrelação entre os problemas auditivos.</p>
-------	------------------	--------------------------	----------------------------	---	--

Apoio	2022	Caderno	Caderno Gestor do PSE	file:///C:/Users/dougl/Downloads/Caderno%20do%20Gestor%20do%20PSE%202022.pdf	O material tem como proposta oferecer dispositivos para que os gestores desse programa se apropriem das temáticas, das potências e das estratégias para o trabalho intersetorial no território compartilhado entre saúde e educação, da importância do processo formativo intersetorial permanente e continuado dos atores envolvidos no PSE, dos mecanismos de articulação com as redes sociais e da criação de parcerias com setores do governo e da sociedade.
-------	------	---------	-----------------------	--	---

#### 4. Referencial Teórico

BRASIL. Ministério da Educação. Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/ es em Gênero, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais. Livro de conteúdo. Versão 2009. Rio de Janeiro: Cepesc; Brasília: SPM, 2009;

MEDEIROS, Nathássia Matias de. Os discursos do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: adolescência, sexualidade e subjetivação. 2015.

KIRST, Fernanda Schwinden Dallamico. Os programas 'Saúde na escola' e 'Saúde e prevenção nas escolas': dos riscos biopolíticos à estratégia de governmentação dos sujeitos escolares. 2015.



## ANEXO 2 – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DOS PRODUTOS DAS CONSULTORIAS INDIVIDUAIS

**Demanda do GT “Matriz de Indicadores” para integrar o primeiro relatório do CNPq: Analisar a viabilidade da pesquisa na perspectiva dos dados encontrados nas Bases.**

### **Produtos:**

- 1. Analisar os produtos de consultoria sobre monitoramento do PSE (Renata Moreira) com vistas na extração de indicadores (texto abaixo);**
- 2. Identificar os indicadores vigentes do PSE (matriz excel);**
- 3. Pesquisar indicadores de saúde relacionados com o PSE em diversas bases de dados, nos Programas afins ao PSE (citados nas Portarias do PSE), em Institutos de pesquisas e outros (matriz excel).**

Para a análise de viabilidade da pesquisa de “Avaliação nacional da efetividade da gestão intersectorial e das ações do Programa Saúde na Escola” buscou-se mapear os dados relativos ao monitoramento do PSE não somente do período em foco na Chamada CNPq/DEPROS/SAPS/MS (ciclo 2021/2022), mas desde a publicação do decreto do PSE em dezembro de 2007.

O Programa ao ser instituído em 2007 não possuía indicadores pré-definidos para que pudesse ser monitorado desde a linha de base. Nesse sentido, a análise de viabilidade prévia à intervenção da pesquisa torna-se uma decisão acertada na medida em que possibilita não só reduzir possíveis risco de validação da intervenção mas também, ampliar o olhar para o arcabouço de resultados da implementação da pesquisa como um possível caminho alternativo.

Os produtos da consultora Renata Moreira, de certa maneira, refletem uma preocupação do Ministério da Saúde com o monitoramento do programa e a necessidade de acertar seu curso se aproximando da realidade e se assegurando quanto as possibilidades reais de colaborar mediante a disponibilização de sistemas de informações e de indicadores eficazes. O monitoramento do PSE evidencia sua trajetória em diferentes bases de dados no MEC e no MS ao longo de seus quinze anos. A seguir é feita uma análise dos produtos da consultora Renata Monteiro.

**Análise crítico-reflexiva dos produtos da consultoria individual celebrada pelo Ministério da Saúde, que compõem o estudo da avaliabilidade do Programa Saúde na Escola, consolidando os achados em um único material norteador para as avaliações realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola.**

O presente texto objetiva realizar uma análise crítico-reflexiva de produtos de consultorias independentes voltados para análise de monitoramento, cobertura, implementação do PSE, considerando sua pertinência ao estudo da avaliabilidade do Programa Saúde na Escola. Destacam-se quatro produtos elaborados nos anos de 2020 e 2021, pela consultora Renata Andrade de Medeiros Moreira: “Plano de Trabalho”; “Elaboração de modelo de monitoramento mensal”; “Análise e classificação do estágio de implementação do PSE nos municípios nos ciclos 2014/2016, 2017/2018 e no ano de 2019 do ciclo 2019/2020”, e “Descrição analítica da cobertura e produção do PSE por creches e escolas e por municípios de 2014 a 2019”.

A análise aponta alguns resultados importantes a serem considerados no presente estudo da avaliabilidade do Programa Saúde na Escola.

Em seu primeiro produto, a consultora identifica os sistemas de informação que serviram de fonte para a composição dos indicadores do Programa Saúde na Escola e sua análise. Os sistemas de informação identificados abarcam os 15 anos do Programa, são eles: e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), Form-SUS, Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Sistema de Adesão do PSE, Sistema de Gestão da Atenção

Básica, Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), e Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (SIMEC).

É importante destacar que alguns sistemas já foram descontinuados, como é o caso do SIMEC e do Form-SUS; outros foram substituídos, como o SIAB, que foi substituído pelo SISAB.

A consultora baseia sua pesquisa no levantamento dos sistemas de informação, assim como a análise documental do Programa por entender que são passos importantes para a construção de indicadores que reflitam a realidade de implantação do PSE no território, meçam o “impacto” das suas ações e avaliem a gestão intersetorial.

No segundo produto, é elaborado um modelo de monitoramento mensal das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) para o ciclo 2019-2020. Para tal, a consultora fez análise documental deste período; Avaliação dos dados do Censo Escolar 2017 utilizados para a pactuação do Programa no Ciclo vigente; Análise dos bancos de dados disponíveis nos sistemas de informação E-SUS, e Sistema de Informação da Atenção Básica em Saúde (SISAB) dos anos 2019 e 2020 do PSE; Definição dos indicadores de saúde disponíveis para a avaliação e proposição de possíveis indicadores a serem utilizados a partir da demanda de avaliação, monitoramento e mudanças nos instrumentos dos sistemas de informação utilizados. Como resultado a consultora apresenta sugestões de indicadores de saúde (ANEXO 1) que sejam capazes de subsidiar à tomada de decisão para o planejamento e execução das ações de saúde do PSE e propõe “alterações na ficha de atividades coletivas, definições de metas para os ciclos do Programa, assim como ações de educação permanente em saúde das equipes de saúde e educação e revisão de documentos orientadores”.

A consultora aborda a importância quanto ao preenchimento da Ficha de Atividade Coletiva (FAC) corretamente, pois a inclusão de dados inadequados torna o trabalho de monitoramento fragilizado, não podendo ser computadas todas as ações realizadas, o que compromete a avaliação de cobertura de ações. As **dificuldades no preenchimento da FAC** podem ser atribuídas aos seguintes fatores: a forma de preenchimento do INEP que diverge do código da escola; a marcação múltipla de Temas e Práticas em uma mesma FAC e falta de clareza do número de educandos envolvidos para cada ação assinalada. Some-se a isto, a impossibilidade de avaliar se as ações foram realizadas intersetorialmente.

No terceiro produto, a consultora descreve analiticamente a cobertura e produção do PSE por creches e escolas e por municípios de 2014 a 2019. Considera que ao avaliar o **indicador de cobertura do PSE isoladamente a adesão consolidada é satisfatória**. Confirma o aumento da implementação do PSE no país (aumento do municípios, escolas/creches e educandos Pactuados ao longo dos anos). Este dado é relevante quanto a atender a universalidade do atendimento integral da saúde e melhora da cobertura de saúde de crianças e adolescentes, principalmente daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade. Quanto à **cobertura das ações e dos educandos, a consultora constatou um aumento da cobertura com variação significativa para a maioria das ações e estados**. No entanto, considera ainda, necessário avançar no aumento da cobertura principalmente nas ações de promoção da cultura, cidadania e direitos humanos; prevenção ao uso do álcool, tabaco, crack e outras drogas; prevenção das violências e dos acidentes; e saúde ambiental saúde mental, saúde auditiva, saúde ocular, verificação da situação vacinal. Neste sentido, recomenda a criação de um indicador para aferir resultados/impacto que contemple informações da saúde e da educação. Para tanto sugere a possibilidade de utilizar outros sistemas do MEC, como o Presença, para monitorar o impacto do PSE em escolas de maioria do Programa Bolsa Família, por exemplo.

A consultora realiza, em seu quarto produto, a análise e classificação do estágio de implementação do PSE nos municípios (ciclo 2014/2016, 2017/2018 e no ano de 2019 do ciclo de 2019/2020). Utiliza o método de estudo de abordagem quantitativa, longitudinal, retrospectivo, de 2014 a 2019, por meio de dados secundários de bases nacionais fornecidas pelo Ministério da Saúde.

Os bancos de dados utilizados foram o Censo Escolar de 2014, de 2016 e de 2017; os dados disponíveis

nos sistemas de informação e-SUS, Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica em Saúde (SISAB). A consultora calculou a cobertura das ações e de educandos participantes das ações por estado, município e escola/creche.

Em seus achados, a consultora aponta que houve aumento de 10,5%, de 2014 para 2019, de municípios pactuados no Brasil. Quanto aos educandos pactuados, houve aumento em 15,8% no mesmo período. O percentual de cobertura dos educandos teve média de variação em todos os estados de 73,3%, sendo **as ações mais significativas combate ao mosquito *Aedes aegypti* e saúde bucal.**

A despeito do aumento da implementação do PSE no país, com aumento dos municípios, escolas/creches e educandos pactuados ao longo dos anos e da cobertura das ações, a consultora aponta a necessidade de avançar em ações específicas, tais como ações de promoção da cultura, cidadania e direitos humanos; prevenção ao uso do álcool, tabaco, crack e outras drogas; prevenção das violências e dos acidentes; e saúde ambiental saúde mental, saúde auditiva, saúde ocular, verificação da situação vacinal.

A consultora sugere ainda e mais uma vez, o aprimoramento da Ficha de Atendimento Coletivo (FAC) para melhor preenchimento das informações; e a realização de capacitação dos profissionais de saúde e educação quanto ao processo de educação em saúde e sistemas de informação.

Considerando os quatro produtos analisados, destacam-se importantes limitações de estudo da consultora quando da análise de cobertura das ações e cobertura dos educandos pactuados no PSE, quanto a avaliação e monitoramento da evolução da implantação e quanto a avaliação da implementação do PSE, a saber: **não fornecimento dos dados relativos às ações e aos educandos entre os anos de 2008 a 2013 (SIMEC);** divergências em relação ao código do INEP e do IBGE; impossibilidade de avaliar a cobertura das ações de acordo com as metas pactuadas pelos municípios; **impossibilidade de avaliar a variação da cobertura das ações e dos educandos participantes das ações por município; subnotificação de ações do PSE nas planilhas de dados registrados no e-SUS-AB;** dupla contagem de alunos nas ações inseridas; dificuldade de medição das ações do Programa; necessidade de mapeamento do território, entre a UBS de referência e a escola a qual está adscrita; **inexistência de um marcador temporal de movimentação dos alunos;** os indicadores e as metas não são definidos de forma clara e objetiva; dificuldades junto ao sistema de informação - SISAB (hiatos no seu preenchimento). Aliado a estas questões, a dificuldade da disponibilização e busca de documentos na página do PSE, no site do Ministério da Saúde (<http://aps.saude.gov.br/ape/pse>). **Tais e tantas limitações de estudo já apontam necessidades de aprimoramento no monitoramento do programa.**

Com base na relevância dos estudos analisados à luz da presente investigação prévia de avaliabilidade do PSE, é oportuno lembrar que este Programa não se constitui, por designação normativa, em uma Política de intersectorialidade entre educação e saúde. Constitui-se, isso sim, em um programa pragmático, com diretrizes, objetivos, modelo de gestão e de ações definidos, carecendo portanto de monitoramento eficiente para comprovar a relevância de suas ações na redução de vulnerabilidades e garantir a continuidade do repasse de recursos financeiros, bem como a comprovação de seu uso nas ações pactuadas intersectorialmente.

Apesar do PSE ter suas ações coletivas monitoradas inicialmente, no SIMEC (MEC) e a seguir, no e-SUS (SISAB) e possuir indicadores de estrutura e de processo (a partir de 2017), muitas são as fragilidades apontadas no monitoramento conforme se viu. Muito há por fazer para melhorar o monitoramento do PSE mediante indicadores pactuados intersectorialmente, inclusive de gestão e a melhoria do sistema de informações. Além disso, a ausência de indicadores para aferir resultados/impacto que contemple informações da saúde e da educação dificulta uma análise longitudinal.

É fato que o monitoramento eficaz de um programa de tamanha complexidade como o PSE precisa de indicadores de gestão e de indicadores alusivos às suas ações que considerem a saúde e a educação conjuntamente tornando visível o seu potencial de compreender e contribuir para transformação da realidade das crianças dos adolescentes e dos jovens.

O monitoramento efetivo se constitui em um dos maiores desafios, não só do PSE, mas dos programas

voltados para educação e saúde pública de modo geral, sendo a utilização de evidências obtidas por meio das diversas fontes de dados (primárias, secundárias, artigos, midiáticas) para aperfeiçoar, reformular e transformar as ações pragmáticas, um dos maiores desafios desse programa. Nesse contexto, o PSE precisa avançar na apresentação de evidências que em um primeiro momento, comprovem sua efetiva implementação e a seguir, mediante a elaboração intersetorial de indicadores, que comprovem sua efetividade.

## Anexo

### Anexo 1 – Indicadores de Saúde

Indicadores de Saúde quanto à cobertura das ações do Programa Saúde na Escola e dos educandos que participaram das ações realizadas – Renata Monteiro *et al.*

	Indicador	Método de cálculo
Programa Saúde na Escola	Cobertura do PSE nas escolas pactuadas no município	Nº escolas com registro de ao menos 1 ação do PSE no município / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura das 12 ações do PSE nas escolas pactuadas no município	Nº escolas com registro das 12 ações do PSE no município / nº de escolas pactuadas no município x 100
Ações prioritárias	Cobertura das ações prioritárias nas escolas pactuadas no município	Nº escolas com registro de ao menos 1 ação prioritária / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura das 5 ações prioritárias nas escolas pactuadas no município	Nº escolas com registro das 5 ações prioritárias/nº de escolas pactuadas no município x 100
Programa Saúde na Escola	Cobertura do PSE nas escolas pactuadas no município	Nº escolas com registro de ao menos 1 ação do PSE no município / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura das 12 ações do PSE nas escolas pactuadas no município	Nº escolas com registro das 12 ações do PSE no município / nº de escolas pactuadas no município x 100
Ações prioritárias	Cobertura das ações prioritárias nas escolas pactuadas no município	Nº escolas com registro de ao menos 1 ação prioritária / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura das 5 ações prioritárias nas escolas pactuadas no município	Nº escolas com registro das 5 ações prioritárias / nº de escolas pactuadas no município x 100

População atendida	Cobertura de educandos contemplados pelas ações do PSE	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100
Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> (prioritária)	Cobertura das ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100
Promoção de práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas (prioritária)	Cobertura das ações de promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
Promoção de práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas (prioritária)	Cobertura de educandos contemplados com as ações de promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100
Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas (prioritária)	Cobertura das ações de prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100
Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos	Cobertura das ações de promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos e do lazer no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100

Prevenção das violências e dos acidentes	Cobertura das ações de prevenção das violências e dos acidentes nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações prevenção das violências e dos acidentes no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100
Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação	Cobertura das ações de identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100
Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor	Cobertura das ações de promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor	Cobertura de educandos contemplados com as ações promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100
Verificação e atualização da situação vacinal (prioritária)	Cobertura das ações de verificação e atualização da situação vacinal nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de verificação e atualização da situação vacinal no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100

Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil (prioritária)	Cobertura das ações de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100
Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	Cobertura das ações de promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	Cobertura de educandos contemplados com as ações de promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100
Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS	Cobertura das ações de direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações de direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100

Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	Cobertura das ações de promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração nas escolas aderidas ao PSE no município	Nº de escolas com registro da ação / nº de escolas pactuadas no município x 100
	Cobertura de educandos contemplados com as ações promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração no município	Nº de educandos que participaram das ações / nº de educandos pactuados no município x 100
Ação Prevenção à Covid-19 nas escolas* ação ciclo 2021/2022	Prevenção à Covid-19 nas escolas aderidas ao PSE	
Realização de, no mínimo, mais duas ações do PSE 2021/22	Realização de, no mínimo, mais duas ações do PSE, conforme prioridades determinadas pelo município.	



## **ANEXO 3 – RELATÓRIO DE SISTEMATIZAÇÃO DAS CONSULTORIAS PRESTADAS AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE**

**Relatório de Sistematização das consultorias prestadas ao Programa Saúde na Escola**

## Introdução

O presente relatório visa sistematizar as consultorias prestadas ao Programa Saúde na Escola entre 2019 e 2021 qualificando seus âmbitos de análise. Trata-se de 24 documentos contendo o feedback e propostas de especialistas em diversas áreas, especialmente da saúde e educação, visando monitorar, avaliar, qualificar e propor novas ferramentas de gestão e trabalho para os profissionais do PSE. Os documentos são heterogêneos e apresentam resultados diversos. Desde análises da atual realidade do programa ao monitoramento, avaliação e proposta de ferramentas metodológicas para melhoria do PSE na ponta. Ao todo foram contratados seis especialistas que entregaram seus produtos em quatro etapas, perfazendo o total de 24 documentos. Nesse sentido, os produtos seguem uma lógica de revisão bibliográfica, análise documental e planejamento nas fases iniciais que garantem base para as propostas e análises subsequentes. Neste relatório foram copiladas as informações registradas nos documentos citados organizando-as em categorias, segundo sua natureza, de forma a proporcionar um panorama geral de seu conteúdo.

## METODOLOGIA

Os produtos foram analisados por uma equipe de quatro pessoas que fizeram a leitura de seis relatórios cada. Inicialmente foram extraídos dados fichando os documentos organizando-os por: nome; objetivos; resumo e resultados. Essa etapa também foi importante para identificar a natureza das informações contidas nos relatórios, discutidas em reunião de equipe. Os documentos trabalham a realidade atual do programa; formas de acompanhamento e avaliação; métodos de coleta e análise de dados; bem como a proposta de tecnologias pedagógicas, delineando seu percurso metodológico para aplicação nas escolas. Estes temas deram origem as categorias que os qualificam segundo sua natureza, respectivamente: Estado da Arte e Bases de dados Institucionais; Monitoramento e Avaliação; Recursos Metodológicos. A partir da construção das categorias de análise foi proposta uma matriz no Excel para organização dos dados, que posteriormente se tornou a base para a construção do presente documento.

Dentro da categoria Estado da Arte e Bases de dados Institucionais foram alocados os documentos que versaram sobre a realidade do PSE na atualidade. Análise de documentos institucionais e revisões bibliográficas se inserem nessa categoria, bem como trabalhos voltados para a construção e alimentação de bases de dados. O primeiro documento de cada consultor tende a estar inserido nesta categoria por geralmente realizar uma revisão teórica e bibliográfica que embasa todo seu produto.

A categoria Monitoramento e Avaliação engloba aqueles documentos que servem ao propósito de avaliar e acompanhar o programa. Propostas e análises de indicadores que podem apontar caminhos para a melhoria do Programa são inseridos nesta categoria, bem como aqueles documentos que buscam identificar fragilidades e potenciais das experiências do PSE.

Os documentos categorizados como Recursos Metodológicos são aqueles que propõem novas tecnologias ou o aperfeiçoamento das atualmente utilizadas pelo Programa. Um exemplo de recurso metodológico é a proposta de uma oficina que vise trabalhar na escola uma temática específica dentre as quais são priorizadas pelo PSE, como a importância da vacinação. Outros documentos inseridos nessa categoria também apontam caminhos para a adequação do Projeto Político Pedagógico das escolas à atual Base Nacional Curricular Comum (BNCC), que encontra ressonância com as propostas do PSE mediante seus Temas Contemporâneos Transversais (TCT).

A partir do fichamento e categorização dos documentos de acordo com sua natureza, elaborou-se uma síntese contendo os principais apontamentos e resultados que perfazem cada categoria de análise, trazendo os autores para dialogar.

## RESULTADOS

**Tabela 1: Categorização dos documentos.**

<b>Categoria</b>	<b>Quantidade</b>
Estado da Arte e Bases de dados Institucionais	07
Monitoramento e Avaliação	12
Recursos Metodológicos	05
<b>Total</b>	<b>24</b>

Fonte: elaboração própria, 2023.

### Estado da Arte e Bases de dados Institucionais

Identificou-se sete documentos que tratavam de Estado da Arte e Bases de dados Institucionais (1–7). O Estado da Arte do PSE foi descrito de maneira quantitativa e qualitativa. Os números indicam um crescimento do número de ações do PSE de 2014 até 2019 (4). Dados sobre as ações prioritárias mostram a maioria como de combate ao *aedes aegypti*; de promoção da atividade física; alimentação saudável e prevenção da obesidade; vacinação e de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas (7). Apesar do Programa ter como foco ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos este último perfaz a maior parte das ações, revelando uma priorização do paradigma clínico e biomédico (7). Nas palavras de um dos consultores:

Claro que não podemos ignorar o fato de que a literatura aponte o alcance de êxito em algumas ações pontuais elaboradas para atender aos objetivos da promoção, entretanto essas ações têm sido relacionadas como iniciativas pessoais de profissionais. É perceptível nos estudos utilizados para a realização dessa pesquisa exploratória que o PSE tem contribuído para a melhoria do aspecto assistencial dos estudantes, porém, a participação social, o empoderamento, a utilização de ações multiestratégicas seguem como desafio a ser enfrentado pelo Programa (3).

Na literatura científica identificou-se certa paridade entre as publicações de cunho quantitativo e qualitativo. Os estudos revelam a importância da reflexão sobre educação permanente e a formação de profissionais e de jovens para o PSE. Tanto jovens como profissionais demonstraram desconhecimento sobre o programa ou visões reducionistas sobre ele (7). Também constatou-se pouca participação social. Em relação ao público alvo do programa foi possível constatar que os estudantes das mais variadas regiões vivem expostos a fatores de risco à saúde, tais como uso de drogas, bullying e obesidade coexistindo com a desnutrição. Por fim, constata-se a necessidade de trabalhar para melhorar os aspectos da falta de equidade, intersetorialidade, integração e participação social em todos os níveis de ação e tomadas de decisão (7).

Em relação as bases de dados institucionais foram observado preocupação em formular instrumentos específicos para a captação e alimentação de informações voltadas para o Monitoramento e a Avaliação do PSE, bem como o Financiamento e o Controle Social, contratado em consultoria específica. Os dados foram obtidos via FormSUS qualificando-os entre estados e municípios (2). Os Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) concentram atividades de avaliação, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, educação permanente e monitoramento e avaliação do programa, sendo enfoque do estudo.

O funcionamento adequado destes GTI é o que garante a estrutura central de funcionamento do programa na gestão e, portanto, devem ser objeto de investigação, pois na medida em que são eles a dar concretude para a intersetorialidade e funcionamento efetivo do PSE, também

são eles os principais atores capazes de identificar com minúcia os desafios de gestão. Desse modo, este primeiro produto da consultoria tem como finalidade oferecer dois instrumentos que possam balizar a coleta de informações relevantes para a gestão federal na medida em que possibilitam conhecer o estado da arte do Programa nos níveis dos estados, municípios e Distrito Federal (2).

Seguindo ainda a preocupação de garantir a articulação das Políticas de Saúde e Educação visando a atenção à saúde integral dos educandos propôs-se a construção de um Modelo Lógico (ML) para o PSE, tecnologia desenvolvida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

O processo de construção do ML do PSE com estados e municípios revelou a necessidade de maior aproximação da gestão federal dos estados. Ficou evidente o pouco protagonismo dos estados junto aos municípios, refletido na necessidade de acrescentar nas propostas termos e palavras que remetiam à chegada de informações e ações nos municípios (5).

Visando fortalecer as relações entre estados e municípios, bem como a intersetorialidade do Programa, a proposta do ML é construída em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e educação de diversos estados. Por fim, espera-se obter um modelo lógico representativo da esfera federal de gestão e uma sugestão para estados e municípios (5,6).

## Monitoramento e Avaliação

A referida categoria apresenta-se como o destaque desta análise. Com doze documentos voltados para Monitoramento e Avaliação, revela-se que metade das consultorias contratadas estavam direcionadas para este foco (8–19). Diferentes ferramentas metodológicas foram aplicadas na realização desse processo. Revisões de literatura, aplicação de questionários, estatística aplicada a bases de dados institucionais e entrevistas são algumas das ferramentas utilizadas pelos consultores para desenvolverem suas análises. O exercício para este relatório prestou-se a copilar os principais pontos positivos, negativos, e recomendações para o futuro do Programa.

## Pontos positivos

Um dos pontos fortes destacados nessa análise refere-se a expansão do Programa Saúde na Escola no país, alcançando mais estados e municípios, bem como escolas e educandos.

Verificou-se aumento da implementação do PSE no país, com aumento dos municípios, escolas/creches e educandos Pactuados ao longo dos anos, o que se torna um dado relevante quanto a atender a universalidade do atendimento integral da saúde e melhora da cobertura de saúde de crianças e adolescentes, principalmente daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade (18).

Dentre os principais pontos positivos é possível destacar também a estrutura física voltada para atender as necessidades do programa, que é muito robusta. Além disso, também foi pontuado que a formação dos profissionais é um ponto positivo, como podemos ver:

Os pontos fortes em todos os estados é a formação dos profissionais, tanto da equipe do PSE, como da equipe de apoio. A estrutura física dos estados para atender os municípios, também é bastante forte (8).

Porém, outros consultores afirmaram o contrário revelando controvérsias na avaliação deste ponto dependendo do consultor contratado (14).

A carência de material, a rotatividade e a falta de formação dos profissionais nos municípios e a falta de clareza ao que compete aos profissionais da educação também foram citadas como fragilidades do programa (14).

Uma terceira consultora que afirma a formação como ponto positivo realiza uma análise quantitativa, porém sua amostra conta apenas com 11 estados das 27 unidades federativas (15,19). Em seus dados a maior parte das unidades federativas realizaram formações, e aquelas que afirmaram não fazê-lo justificaram devido à ausência de recursos. A consultora que levantou críticas a formação dos profissionais do PSE trouxe uma avaliação qualitativa deixando dúvidas em relação a esse aspecto (14). Das unidades federativas que responderam não ter realizado formação profissional com o quadro do PSE justificaram afirmando a falta de recursos para a viabilização das formações, o mesmo afirmado pelas consultoras que avaliaram positivamente (14).

Um outro ponto positivo é a contribuição que o programa traz para as ações de assistencialismo dentro da escola. Embora isso contribua de forma positiva para a vida dos estudantes, reconhece-se que os objetivos do PSE convocam a uma ação para além do assistencialismo, revelando uma dimensão crítica em relação a este ponto (9).

O tipo de vínculo empregatício dos profissionais envolvidos no programa pode ser visto como um ponto forte. A maioria é representada por servidores públicos federais, o que garante uma maior estabilidade do quadro do Programa. Porém, a consultora aponta que mesmo tendo maioria de servidores, o setor da Educação conta com menos vínculos dessa origem, podendo gerar uma maior rotatividade de profissionais que geram uma hipótese em relação aos pontos negativos trabalhados adiante. Em suas palavras:

Em relação ao setor saúde, a grande maioria - 91% (n=10) – indicou ser servidor público estadual. Apenas um estado indicou um trabalhador remunerado que não se enquadrava nas demais alternativas oferecidas. Em relação ao setor educação, a maioria - 64% (n=7) – também indicou ser servidor público estadual. [...] Pode-se concluir que há indício de maior estabilidade nos representantes do GTI-E na área de saúde que na área de educação, o que pode ser sugestivo de um maior envolvimento dos representantes da saúde na gestão do Programa devido a menor rotatividade (15).

Avaliar um programa das dimensões como o PSE envolve desafios. A depender da metodologia escolhida, podemos dar enfoque a diferentes aspectos que podem revelar dimensões controversas em relação ao juízo emitido sobre determinados assuntos, a exemplo da questão da formação que aparece no discurso de vários consultores. Nesse sentido, aponta-se a importância de interpretar que as formações, quando realizadas, produzem resultados positivos para o programa. Aquelas narrativas que colocam a questão como um ponto negativo as qualificam negativamente por sua ausência.

### **Pontos negativos**

Como pontos negativos as análises revelaram que as escolas raramente cumprem com as doze ações pactuadas, centrando-se principalmente nas intervenções de saúde bucal, atividades físicas e combate ao aedes aegypti (11). Aponta-se que a forma como o programa está funcionando contribui para um modelo privatista de saúde (9). Nesse sentido, a ampliação da agenda do programa se torna destaque nas análises.

Como pontos negativos as análises revelaram que as escolas raramente cumprem com as doze ações pactuadas, centrando-se principalmente nas intervenções de saúde bucal, atividades

físicas e combate ao aedes aegypti (11). Aponta-se que a forma como o programa está funcionando contribui para um modelo privatista de saúde (9). Nesse sentido, a ampliação da agenda do programa se torna destaque nas análises.

Ainda nesse sentido, é apontado como o enfoque no modelo biomédico segue sendo um desafio enfrentado pelo Programa, especialmente no que se refere a limitação dos temas trabalhados.

O maior desafio que se sobrepõem a diretrizes do SUS ainda consiste na superação do modelo biomédico, que exerce influências desde a formação dos profissionais, ao modo como os serviços de saúde são dispostos à comunidade. Inúmeras estratégias são elaboradas com o objetivo de garantir essa superação, entretanto, são ínfimas perto do que sustenta o modelo de saúde (9).

O escasso repasse de recursos financeiros é um fator que aparece como agravante para a situação (15,19). Uma outra questão que pode estar relacionada é a dificuldade em executar um programa intersetorialmente (14). Alguns consultores relatam que a pasta da saúde se faz mais presente no programa do que a educação, identificando a falta de envolvimento do Ministério da Educação (MEC) como uma das principais fragilidades do PSE, bem como a falta de clareza enquanto as competências dos profissionais da educação no Programa. Tais problemas possuem desdobramentos como a pouca proximidade entre as escolas municipais e estaduais e comprometem a intersetorialidade tão fundamental para o Programa (14).

Outra variável importante de ser destacada, é que ainda temos o setor saúde como sendo o mais atuante no Programa Saúde na Escola. Desta forma, recomenda-se que exista uma articulação maior entre os setores saúde e educação, para que a gestão, que deve ser de forma intersetorial ocorra com maior precisão e sintonia (8).

Em relação a gestão do projeto foi reportada a falta de planejamento para executar ações e um planejamento não orientado para o processo de trabalho. Relatou-se a pouca valorização e pouco conhecimento da importância do programa pelos gestores (14).

Sobre a cobertura do projeto surgiu uma controvérsia. Enquanto uma das analistas apontaram para uma avaliação positiva em relação a cobertura (10), outra analista ofereceu uma visão diametralmente oposta (11).

O produto oportunizou conhecer e classificar o grau de implantação do PSE no país. Quando avaliamos o indicador de cobertura isoladamente verifica-se que a adesão está consolidada e é satisfatória (10).

Em contraste a:

Foi possível observar que os resultados relacionados aos indicadores de monitoramento do PSE no estado ficaram abaixo do esperado em relação às coberturas de escolas e educandos, bem como no que diz respeito ao desenvolvimento das doze ações pactuadas no momento da adesão. (11)

Recomenda-se uma análise de um profissional especializado em estatística para determinar a origem das discrepâncias observadas nos resultados dos consultores de forma a oferecer uma análise qualificada do cruzamento desses dados.

## Recomendações

Dentre as principais recomendações que aparecem nos relatórios é importante destacar a questão da intersectorialidade. Por sua origem fronteiriça, o PSE defronta-se com sua maior potencialidade e também maior desafio. A intersectorialidade é apontada pelos consultores como o caminho para alcançar os objetivos citados como menos valorizados pelo PSE, qual seja, da Promoção da Saúde e da Prevenção de Doenças e Agravos, levando à participação social e ao empoderamento estudantil (9). Ao mesmo tempo, a relação entre as pastas da saúde e da educação parece não estar alinhada, revelando cobranças ao setor da educação (14). Foi sugerida uma ampliação da agenda do PSE, buscando tratar de temas que não são recorrentes no Programa como Perdas e Lutos (9). Por fim, destaca-se a importância de uma melhor gestão dos dados do projeto, uma vez que a fragilidade de análises controversas pode residir na pouca confiabilidade das bases de dados que refletiu nas análises apresentadas (11). Uma das consultoras relata os limites dos instrumentos de coleta de dados:

No momento não é possível observar quais educandos e de qual faixa etária realmente receberam as ações educativas por não ser obrigatório o preenchimento do Cadastro Nacional de Saúde das crianças na FAC [Ficha de Atividade Coletiva] e o campo de público-alvo ser de múltipla escolha. Da mesma forma verifica-se sobre a quantidade e quais alunos foram diagnosticados e com necessidade de atendimento individual devido às ações de procedimentos e avaliação. Para que essas análises de monitoramento sejam realizadas precisa haver revisão da FAC e realizar novas instruções de entrada de dados no e-SUS aos profissionais envolvidos com o programa (17).

Devida a abrangência nacional do programa a gestão de dados aparece como um desafio de starte. De tal forma, é necessário que os instrumentos utilizados para monitoramento e avaliação do PSE sejam revisados e equalizados de maneira a minimizar os impactos negativos na gestão de dados do Programa.

## Recursos Metodológicos

Dentro dessa categoria encontram-se as consultorias que trabalharam no sentido de ofertar recursos pedagógicos ou metodológicos para a melhoria do andamento do Programa. Marcadamente os produtos menos priorizados com apenas cinco ocorrências dentre o total (20–24). Aqui podemos traçar uma divisão clara entre os objetivos dos produtos apresentados. Parte deles se dedica a ofertar ferramentas que vão auxiliar os profissionais na gestão e operacionalização do Programa (24), enquanto a outra parte oferece ferramentas didáticas para trabalhar os temas prioritários do PSE dentro das escolas (20–23).

Em relação as ferramentas de gestão um consultor apresenta documento contendo as orientações voltadas para a organização profissional, dentre elas: um passo a passo da intersectorialidade, construído a partir da experiência do município de Florianópolis/SC; um roteiro para realização do planejamento das atividades, do qual derivará um calendário de ações; um passo a passo para Grupos de Escuta, destacando como referência para o seu funcionamento o apoio matricial existente no SUS, o qual é um arranjo na organização dos serviços que complementa as equipes de referência. Também destaca as ações de saúde como práticas pedagógicas e fornece exemplos de metodologias ativas (24).

Dentre os produtos elaborados voltados para aplicação de ferramentas pedagógicas para serem desenvolvidas na escola, observou-se que trazem a correlação entre a BNCC e o PSE. A partir da análise a autora encontra ressonância entre o Programa e os Temas Contemporâneos Transversais da saúde presentes na BNCC, que tem por objetivo dinamizar os currículos acerca de assuntos cotidianos dos estudantes. Com o aprofundamento alcançado pelas análises a autora passa a propor caminhos para o Projeto Político Pedagógico das escolas que contemplem a BNCC e os TCT's ancorados no multiculturalismo e na promoção da saúde, bem como recursos metodológicos para abordar unidades temáticas específicas dentro das escolas que contemplem a interface citada por meio de itinerários formativos. Alguns exemplos de temas propostos: saúde e beleza, saúde e trânsito,

hábitos de higiene do corpo, saúde auditiva e visual, alimentação saudável, análise de indicadores de saúde, vacinação (20–23).

Embora numericamente menos volumosas, as consultorias que oferecem recursos metodológicos para o PSE caminham no sentido de aprimorar aspectos identificados como pontos frágeis do Programa. Marcadamente podemos observar esforços na consolidação da intersectorialidade e o desenvolvimento de ferramentas de gestão voltadas para essa finalidade (24). Outro ponto que merece destaque diz respeito a ampliação da agenda do programa e a superação do modelo biomédico tipicamente empregado em suas ações. As consultorias que trazem ferramentas pedagógicas articulando a BNCC e os TCT's apresentam caminhos para consolidação do PSE nesse sentido (20–23).

## Considerações Finais

O Programa Saúde na Escola parece se fortalecer no envolvimento dos profissionais que atuam nele por acreditarem em seu potencial e resultados. Contudo, o Programa enfrenta desafios que requerem uma atenção específica de forma a serem superados para alcançar um melhor desempenho enquanto política pública. Por se tratar de um programa de alcance nacional sofre com a dificuldade de qualquer política pública que tenha pretensão nacional em um país com dimensões continentais como o Brasil. A cobertura do projeto apareceu avaliada de forma controversa revelando tal dificuldade.

Por se tratar de uma política veiculada a partir da adesão das escolas sua cobertura está atrelada a capacidade dos gestores de tornarem o PSE conhecido a nível nacional e provocar o interesse das escolas em aderirem. Talvez ações de comunicação enfatizando os potenciais do projeto possam auxiliar nesse quesito.

A gestão dos dados apareceu como uma questão nas consultorias contratadas. Controvérsias a respeito de alguns pontos avaliados revelam uma fragilidade nas bases de dados utilizadas para avaliar o programa. Investimentos na sua padronização e normatização podem auxiliar a capacidade de monitoramento do Programa.

A superação do modelo biomédico também aparece como um dos desafios enfrentados pelo PSE. Não é surpreendente uma vez que este é um problema enfrentado também pelo Sistema Único de Saúde brasileiro que é um dos pilares do Programa. Nesse sentido, essa questão se manifesta como uma restrição da agenda do PSE a questões assistencialistas e de cunho clínico, limitando os potenciais de transformação, empoderamento e participação social que poderia alcançar.

Por fim aparece a questão da intersectorialidade que se apresenta como uma faca de dois gumes. Ao mesmo tempo que possui um potencial tremendo para a construção de políticas que apresentam o aporte de duas grandes pastas como a saúde e a educação, enfrenta o desafio de fazê-lo. A construção e operacionalização de políticas segue uma normativa moderna que delimita o fazer e o agir do gestor público dentro de seu escopo. Nesse sentido, as avaliações realizadas pelos consultores parecem indicar que existe uma discrepância entre a Educação e a Saúde no PSE. Parece que o Programa poderia se beneficiar muito de um arranjo que investisse na operacionalização intersectorial trazendo aportes equânimes de cada um dos setores.



## BIBLIOGRAFIA

- Santos MA dos. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (produto 1). 2019;38.
2. Garcia GS. FORMULÁRIOS PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS BRASILEIROS ADERIDOS AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: MÁSCARAS FORMSUS PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS (produto 1). 2019;30.
3. Costa AHC. Documento contendo plano de ação para a realização das visitas in loco nas 05 regiões do país (produto 1). Ministério da Saúde; 2020. p. 16.
4. Possolli GT. Documento contendo um artigo de 16 laudas cada sobre o monitoramento de todas as ações do Programa Saúde na Escola (produto 4). 2020;64.
5. Santos MA dos. Elaboração das Versões Finais dos Modelos Lógicos do programa Saúde na Escola (produto 4). 2020;34.
6. Santos MA dos. ELABORAÇÃO DE VERSÕES PRELIMINARES DOS MODELOS LÓGICOS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – MODELO LÓGICO GESTÃO FEDERAL E MODELO LÓGICO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA – GESTÃO MUNICIPAL PROJETO (produto 3). 2020;35.
7. Costa AHC. Documento contendo análise dos dados das ações do Programa Saúde na Escola por região do país (produto 2). 2020;23.
8. Santos MA dos. ELABORAÇÃO, APLICAÇÃO E ANÁLISE DE QUESTIONÁRIO DE CAPTAÇÃO DE INFORMAÇÕES DOS ESTADOS SOBRE AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA APOIO AO PSE (produto 2). 2019;
9. Costa AHC. Documento contendo relatório com análise das visitas in loco nas 05 regiões do país (produto 3). 2020;33.
10. Moreira RA de M. ANÁLISE E CLASSIFICAÇÃO DO ESTÁGIO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PSE NOS MUNICÍPIOS NOS CICLOS 2014/2016, 2017/2018 E NO ANO DE 2019 DO CICLO 2019/2020 (produto 4). 2021;164.
11. Garcia GS. ANÁLISE DOS DADOS DO PSE INFORMADOS NO SISTEMA DE MONITORAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (produto 2). 2019;456.
12. Possolli GT. Documento contendo plano de trabalho com objetivos, metodologia e cronograma de trabalho da consultoria (produto 1). 2020;20.
13. Possolli GT. Documento contendo um artigo de 16 laudas com a discussão sobre a importância do monitoramento para as ações de promoção da saúde nas escolas (produto 2). 2020;63.
14. Possolli GT. Documento contendo análise das informações sobre o monitoramento do PSE a partir de instrumento aplicado junto aos estados (produto 3). 2020;53.
15. Garcia GS. LEVANTAMENTO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES ENVIADAS NO FORMSUS PSE PARA AÇÕES INCREMENTAIS E DE MELHORIA NO PROGRAMA (produto 4). 2020;44.
16. Moreira RA de M. Plano de Trabalho (produto 1). 2020;44.
17. Moreira RA de M. ELABORAÇÃO DO MODELO DE MONITORAMENTO MENSAL DAS AÇÕES DO CICLO 2019/2020 (produto 2). 2020;144.
18. Moreira RA de M. DESCRIÇÃO ANALÍTICA DA COBERTURA E PRODUÇÃO DO PSE POR CRECHES E ESCOLAS, E POR MUNICÍPIOS DE 2014 A 2019 (produto 3). 2021;
19. Garcia GS. DISCUSSÃO DA FORMAÇÃO PROPOSTA PELA GESTÃO FEDERAL E CUSTOMIZADA PELOS ESTADOS QUE A REALIZARAM (produto 3). 2020;21.

20. Oliveira MAK. DOCUMENTO CONTENDO UM ARTIGO SOBRE A INTERFACE DA AÇÃO DE VERIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO VACINAL, DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E A BNCC (produto 3). 2021;72.

21. Oliveira MAK. DOCUMENTO CONTENDO DOIS ARTIGOS DE 16 LAUDAS CADA. UM SOBRE A INTERFACE DA AÇÃO DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E OUTRO SOBRE A AÇÃO DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA (produto 2.2). 2020;

22. Oliveira MAK. DOCUMENTO CONTENDO DOIS ARTIGOS DE 16 LAUDAS CADA. UM SOBRE A INTERFACE DA AÇÃO DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E OUTRO SOBRE A AÇÃO DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA (produto 2.1). 2020;22.

23. Oliveira MAK. Documento técnico contendo o resultado da análise do conteúdo sobre a articulação entre as ações do Programa Saúde na Escola no âmbito da Base Nacional Comum Curricular (produto 1). 2020;25.

24. Costa AHC. Documento contendo orientações sobre como implementar experiências de boas práticas no PSE (produto 4). 2021;40.

## ANEXO 4 - FINAL VERSION CONSOLIDADO DA SCOPING REVIEW 1 MANUSCRIPT

### EFETIVIDADE DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA ESCOLA: REVISÃO DE ESCOPO

### EFFECTIVENESS OF HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION PROGRAMS AT SCHOOL: SCOPING REVIEW

#### **Autores em Ordem Alfabética**

**Erika Barbosa Camargo**

erika.barbosacamargo@gmail.com

**Flávia Tavares Silva Elias**

flavia.elias@fiocruz.br

**Luciana Garritano Barone do Nascimento**

garritanobarone@gmail.com

**Luciana Sepúlveda Köptcke**

luciana.koptcke@fiocruz.br

**Maria Edna Moura Vieira**

cartasparaednamoura@gmail.com

**Marta Azevedo Klumb Oliveira**

martaklumb@gmail.com

**Rimena Gláucia Dias de Araújo**

rimena.araujo@gmail.com

**Samia Kelle de Araújo**

cartasparasamia@gmail.com

**Simone Alves-Hopf**

sfisiocardio@gmail.com

## Resumo

A escola tem sido um cenário essencial de iniciativas de promoção da saúde e prevenção de doenças nas últimas décadas. Sabe-se que as avaliações das estratégias e programas desenvolvidos nas escolas é um campo de pesquisa bastante desafiador, pois a natureza do ambiente escolar é considerada complexa devido às múltiplas interferências de um sistema orgânico aberto. Nesta perspectiva, nós analisamos o estado da arte da avaliação da efetividade de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, voltados para crianças e adolescentes nas escolas. **Método:** Adotou-se para a realização desse estudo a técnica de scoping review, de acordo com as diretrizes do Instituto Joanna Briggs. A busca foi realizada em cinco bancos de dados (BVS Saúde, PubMed, Scopus, Embase e PsycInfo). **Resultados:** No geral, 55 artigos foram analisados nesta revisão de escopo. Foi possível observar trabalhos realizados em todos os cinco continentes e foram encontradas seis temáticas em promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, foram encontrados onze domínios avaliativos utilizados para mensurar a efetividade das ações estudadas. **Conclusão:** Avaliações de ações em promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde devem ser realizadas com metodologias e métodos diversificados de avaliação, os quais possam ser, posteriormente, triangulados para uma maior cobertura de domínios avaliativos, além disso, esses métodos devem incluir uma análise das relações simbólicas e de poder, buscando contemplar a complexidade humana, principalmente, em relação ao desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens em contexto escolar.

**Palavras-chaves:** Efetividade; Programas de saúde na escola; Saúde; Educação.

## Abstract

The school has been an essential setting for health promotion and disease prevention initiatives in recent decades. It is known that the evaluation of strategies and programs developed in schools is a very challenging field of research, since the nature of the school environment is considered complex due to the multiple interferences of an open and organic system. In this perspective, we analyze the state of the art in assessing the effectiveness of health promotion and disease prevention programs aimed at children and adolescents in schools. **Method:** The scoping review technique was adopted for this study, in accordance with the guidelines of the Joanna Briggs Institute. The search was carried out in five databases (BVS Saúde, PubMed, Scopus, Embase and PsycInfo). **Results:** Overall, 55 articles were analyzed in this scoping review. It was possible to observe studies carried out in all five continents and six themes were found in health promotion and disease prevention. In addition, eleven evaluative domains used to measure the effectiveness of the studied actions were found. **Conclusion:** Evaluations of actions in health promotion and prevention of diseases and health problems should be carried out with different evaluation methodologies and methods, which can be, posteriorly, triangulated for a greater coverage of evaluative domains, in addition, these methods may include an analysis of symbolic and power relations, seeking to contemplate human complexity, especially in relation to the integral development of children, adolescents and young people in the school context.

**Keywords:** Effectiveness; School health programs; Health; Education.

## INTRODUÇÃO

A saúde escolar consiste em uma prática bastante difundida que parece ter relação com o papel do Estado diante das questões sociais, ou ainda as relações sociais do processo saúde-doença (Graciano *et al.*, 2015; Figueiredo; Machado; Abreu, 2010). As ideias que permeiam a compreensão sobre este processo e sobre os comportamentos humanos interferem no modo como a relação entre educação e saúde se constrói e desenvolve no espaço escolar. As práticas preconizadas ao longo do tempo remetem ao desenvolvimento das ciências sociais, humanas e biológicas e apresentam intrincadas correlações com a cultura, o ambiente político e os recursos disponíveis em dado momento. Também é notória a dimensão internacional deste debate, em que agendas construídas em fóruns internacionais ou experiências de outros países servem muitas vezes como modelos para a construção de políticas, programas ou diretrizes governamentais (Potvin & McQueen, 2007).

As escolas promotoras de saúde surgiram na década de 90 na Europa como forma de disseminação de práticas saudáveis em ambientes escolares e como estratégia de redução dos fatores de risco em crianças e adolescentes (WHO, 2009). Desde então, a escola tem sido um cenário essencial de iniciativas de promoção da saúde e prevenção de doenças (Lee *et al.*, 2020).

Sabe-se que as avaliações das ações de promoção da saúde (PS) levantam questões teóricas e metodológicas a respeito da adequação de abordagens essencialmente biomédicas, comuns como referência de qualidade no campo da Saúde Coletiva, de base epidemiológica, a exemplo dos estudos randomizados experimentais ou quase-experimentais, onde a busca por resultados passíveis de generalização e comprovação linear de causa e efeito desconsidera a diversidade dos contextos e das relações de sentido entre os sujeitos, abandonando parâmetros inerentes à PS, como a participação dos atores locais na implementação das práticas promocionais e a capacidade destes atores de transformarem seus comportamentos e seu ambiente (Potvin & McQueen, 2007). Em particular, os programas desenvolvidos nas escolas, constituem um campo de pesquisa bastante desafiador, pois a natureza do ambiente escolar é considerada complexa devido às múltiplas interferências de um sistema orgânico e aberto (Leger *et al.*, 2022). Neste sentido, se faz necessário a escolha de um conjunto de métodos multidimensionais de avaliação e monitoramento que, posteriormente, sejam triangulados para uma melhor exploração avaliativa.

Para Rossi, Lipsey, e Henry (2019), as atividades avaliativas de programas em saúde devem explorar cinco domínios, como por exemplo: Domínio 1: Avaliação da Necessidade de um Programa; Domínio 2: Avaliação do Desenho e Teoria do Programa; Domínio 3: Avaliação do Processo e Implementação do Programa; Domínio 4: Avaliação do Resultado e/ou Impacto do Programa; Domínio 5: Avaliação do Custo e Eficiência do Programa. Porém, avaliar cada um desses domínios requer tempo prolongado e ferramentas diversificadas e apropriadas para tal finalidade. Optou-se, neste estudo, por investigar a avaliação do resultado e/ou impacto do Programa. Um programa pode ser definido como *um modo de planejamento e organização da ação coletiva voltada para produzir transformações desejáveis* (Potvin & McQueen, 2007, p. 33)

Muitos estudos têm sido desenvolvidos ao redor do mundo para aprimorar o uso de ferramentas e de metodologias diversas com o propósito de mensurar a efetividade de programas em saúde. Porém, torna-se imprescindível a identificação de indicadores para o direcionamento, a implementação e a sustentabilidade de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças e seus agravos nas escolas.

Iniciativas importantes como os estudos de avaliação da efetividade desenvolvidos na China (Hong Kong Healthy School Awards Scheme, Lee *et al.*, 2020) e no Brasil (Pesquisa Nacional da Efetividade da Gestão Intersectorial do Programa Saúde na Escola, (2021-2022) podem ser um exemplo complementar aos modelos de avaliação já existentes.

Lee e colaboradores (2020) identificaram alguns indicadores através de sistemas nacionais de informação, aos quais eles chamaram de entradas (inputs) e saídas (outcomes), para avaliar a efetividade de ações nas Escolas Promotoras de Saúde na China. Esses autores destacaram aspectos importantes, levando em consideração uma

abordagem holística e utilizando bancos de dados nacionais para o aprimoramento dos programas de saúde nas escolas, em termos de aprendizagem, organização e cultura escolar.

No Brasil, por exemplo, o direito à saúde exige enfrentar o desafio de garantir o acesso à saúde para populações diversas em cenário de profunda desigualdade social. Para tal finalidade, uma das iniciativas desenvolvidas é o Programa Saúde na Escola (PSE) que articula os setores da Educação e da Saúde, fortalecendo a relação entre as redes públicas para o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o pleno desenvolvimento dos estudantes, auxiliando na criação de condições para a formação integral de educandos com foco na promoção da cidadania e dos direitos humanos.

O PSE é um programa intersetorial, instituído pelo decreto nº 6.286/2007, com a finalidade inicial de contribuir para a formação integral dos alunos da rede pública de Educação Básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. A intersetorialidade é compreendida como uma resposta, no campo da gestão pública, aos limites das políticas setoriais para lidar de modo sinérgico com a complexidade dos problemas sociais, bem como, na tomada de decisões. Sendo assim, compreender formas de avaliação da efetividade de programas de promoção e prevenção de doenças ao redor do mundo é de suma importância no processo de direcionamento das políticas públicas e dos recursos financeiros.

Sabe-se que o processo de avaliação da efetividade de um programa não é linear, além disso, a própria terminologia dos conceitos relacionados a avaliação da efetividade, á exemplo, eficácia e eficiência, muitas das vezes, são colocados na literatura científica como sinônimos.

Uma das definições mais aceita na comunidade científica é que a eficácia é definida como a capacidade de mudança benéfica de uma determinada intervenção em condições consideradas ideais ou controladas. Enquanto isso, a efetividade está ligada à noção de validade externa, ou seja, a extensão em que os resultados planejados, as metas, e/ou objetivos são alcançados em ambientes considerados pragmáticos (Burches & Burches, 2020). No campo da promoção da saúde, críticas aos modelos de avaliação em uso apontam a natureza estreita do conhecimento produzido nestes estudos, com base em modelos lineares, e advogam que é preciso ultrapassar a compreensão do encadeamento entre objetivos e ações previstas, insumos investidos e resultados esperados e incluir a análise das relações simbólicas e de poder, considerando o sentido das práticas entre os atores participantes (Potvin & McQueen, 2007). Desta forma, pesquisar a efetividade de programas e ações de promoção à saúde e prevenção de doenças é um exercício reflexivo importante para o aprimoramento do sistema de monitoramento do PSE, visto que, a construção de indicadores de efetividade sensíveis aos contextos locais, permitirá conhecer as fragilidades e potencialidades de um programa de cobertura nacional.

Nesta perspectiva, nós analisamos o estado da arte da avaliação da efetividade de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, voltados para crianças e adolescentes nas escolas. Além disso, buscamos como objetivos específicos: (i) mapear o estado da arte da avaliação de efetividade de ações de programas de promoção e prevenção, voltados para crianças e adolescentes nas escolas; (ii) identificar instrumentos/ abordagens metodológicas utilizadas para mensuração da efetividade; (iii) descrever e sintetizar evidências de diferentes pesquisas acerca da avaliação da efetividade de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças; e (iv) categorizar os programas que foram efetivos.

## MATERIAIS E MÉTODO

Adotou-se para a realização desse estudo a técnica de scoping review, de acordo com as diretrizes do Instituto Joanna Briggs. A metodologia foi estruturada em seis etapas: 1) formulação da pergunta e dos objetivos de pesquisa; 2) estratégia de busca e escolha dos critérios de inclusão; 3) busca em repositório e indexadores eletrônicos, que viabilizassem a amplitude e abrangência deste scoping review; 4) seleção de estudos por avaliadores independentes, por intermédio da plataforma Rayyan, conforme os critérios de inclusão pré-definidos no protocolo; 5) sumarização dos resultados, com base na análise quantitativa e qualitativa em relação aos objetivos e pergunta de pesquisa; 6) análise e apresentação dos resultados e análise das implicações.

### **Etapa 1: Pergunta de pesquisa e objetivos**

Para a formulação da pergunta de pesquisa utilizou-se como suporte o acrônimo “SPICE”: S) Setting - escola; P) População - estudantes da Educação Básica; I) Intervenção – Promoção da saúde e prevenção de doenças; C) Comparador – escolas com programas de promoção da saúde e prevenção de doenças versus escolas sem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças; E) Evaluation – avaliação de programas/efetividade. A seguinte pergunta de pesquisa foi delimitada para a condução da revisão de escopo: “Quais são os domínios avaliativos utilizados para mensurar a efetividade de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, voltados para crianças e adolescentes nas escolas? ”

### **Etapa 2: Estratégia de busca e os critérios de inclusão**

Após a elaboração da pergunta, foram identificados os descritores e as palavras-chave que serviram como base da estratégia de busca para captar os artigos referentes à temática deste estudo, a saber: (Adolescent e Child e Child, Preschool e Pupils) e (Health Promoting School e School-based Program e Health Promotion e Primordial Prevention e Primary Prevention) e (Effectiveness). Detalhes no **Supl. 1**.

Os critérios de inclusão foram: estudos clínicos experimentais, pragmáticos, ou quase-experimental de avaliação da efetividade de programas de promoção da saúde, prevenção de doenças, nas escolas para crianças e adolescentes (até 19 anos, do ensino infantil, ou ensino fundamental, ou ensino médio); os programas deveriam ter duração mínima de 1 ano; estudos quantitativos e qualitativos de avaliação, sem restrição de idioma, tampouco limite de data de publicação.

Os critérios de exclusão foram: teses e dissertações, estudos que não responderam total ou parcialmente à questão norteadora da revisão, como estudos que não abordassem efetividade de programas de educação em saúde na escola, não conduzidas em escolas ou conduzidos em universidades, intervenções ou ações pontuais em escolas desvinculadas de programas, estudos que não contem grupo intervenção ou mensuração de acompanhamento ou que não estavam disponíveis para leitura nas bases de dados, estudos de protocolos e estudos que não tratem da efetividade.

O protocolo da revisão de escopo foi registrado no site Open Science sob o número cn63y disponível no endereço eletrônico: <https://osf.io/aru8v/>.

### **Etapa 3: Busca em repositório e indexadores eletrônicos**

Para a identificação dos estudos relevantes, foram consultados os periódicos indexados na BVS Saúde, PubMed, Scopus, Embase e PsychInfo. Essas bases de dados foram selecionadas por serem abrangentes, tendo ampla cobertura das publicações na área da saúde e no campo interdisciplinar. Foram realizadas buscas manuais para artigos com potencial para inclusão no presente estudo. A busca foi realizada em 09/08/2022 e se deu em três momentos:

- a. Pesquisa inicial limitada a dois bancos de dados on-line apropriados e relevantes para o tópico. Os bancos de dados foram BVS Saúde e Pubmed. Essa busca inicial serviu para analisar as palavras-chave do texto contidas no título e no resumo dos artigos recuperados e dos termos do índice usados para descrever os artigos;
- b. Pesquisa realizada em todos os bancos de dados incluídos (Embase, Scopus, Cochrane, Pubmed, PsychInfo e Google Acadêmico), a partir de todas as palavras-chave e termos de índice identificados na etapa 1. Os autores fizeram uma triagem independente dos títulos e resumos (triagem de primeiro nível) dos artigos recuperados, excluídos os repetidos, para estabelecer a elegibilidade dos artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão para análise. Todos os artigos que satisfizeram a triagem de primeiro nível foram retidos para triagem de segundo nível (revisão do

artigo em texto completo). Novamente, os autores examinaram independentemente artigos de texto completo para determinar a inclusão na revisão de escopo;

- c. Pesquisa contendo artigos identificados como fontes adicionais dos estudos que foram incluídos na revisão.

#### **Etapa 4: Seleção de estudos**

Os estudos identificados pelas buscas realizadas nas bases de dados previamente citadas foram inseridos no Mendeley, onde foram retiradas as duplicatas e, posteriormente, avaliados por 2 pesquisadores de forma independente no Rayyan. Na Plataforma Rayyan foi conduzida a leitura do título e resumo e artigos para leitura.

#### **Etapa 5: sumarização dos resultados**

Os resultados dos artigos foram sistematizados e sumarizados por meio de tabelas e materiais suplementares.

#### **Etapa 6: Análise e Apresentação dos resultados e análise das implicações**

A análise qualitativa foi realizada de acordo com os passos propostos por Mayring (2012), á exemplo:

(i) Exploração da pergunta de pesquisa;

(ii) Escolha do caminho metodológico para análise – Neste caso foi escolhido o método de análise indutivo, o qual é considerado um método de raciocínio que parte da análise dos dados para a definição e desenvolvimento de um conceito geral, identificando as categorias a posteriori;

(iii) Exploração dos dados – Primeiramente, os achados foram divididos em temáticas, e a partir desse material foram selecionadas informações, tais como: o nome do programa, a descrição da intervenção, os desfechos, os instrumentos utilizados, e as variáveis presentes nesses instrumentos;

(iv) Codificação dos dados – A partir dessas informações, os elementos foram codificados com base nas variáveis;

(v) Categorização - Em seguida, as variáveis foram subcategorizadas, e posteriormente tais subcategorias foram agrupadas em categorias mais amplas (**Supl. 2**);

(vi) Validação das categorias - Três pesquisadoras fizeram o agrupamento das categorias e depois resolveram em reuniões os conflitos encontrados;

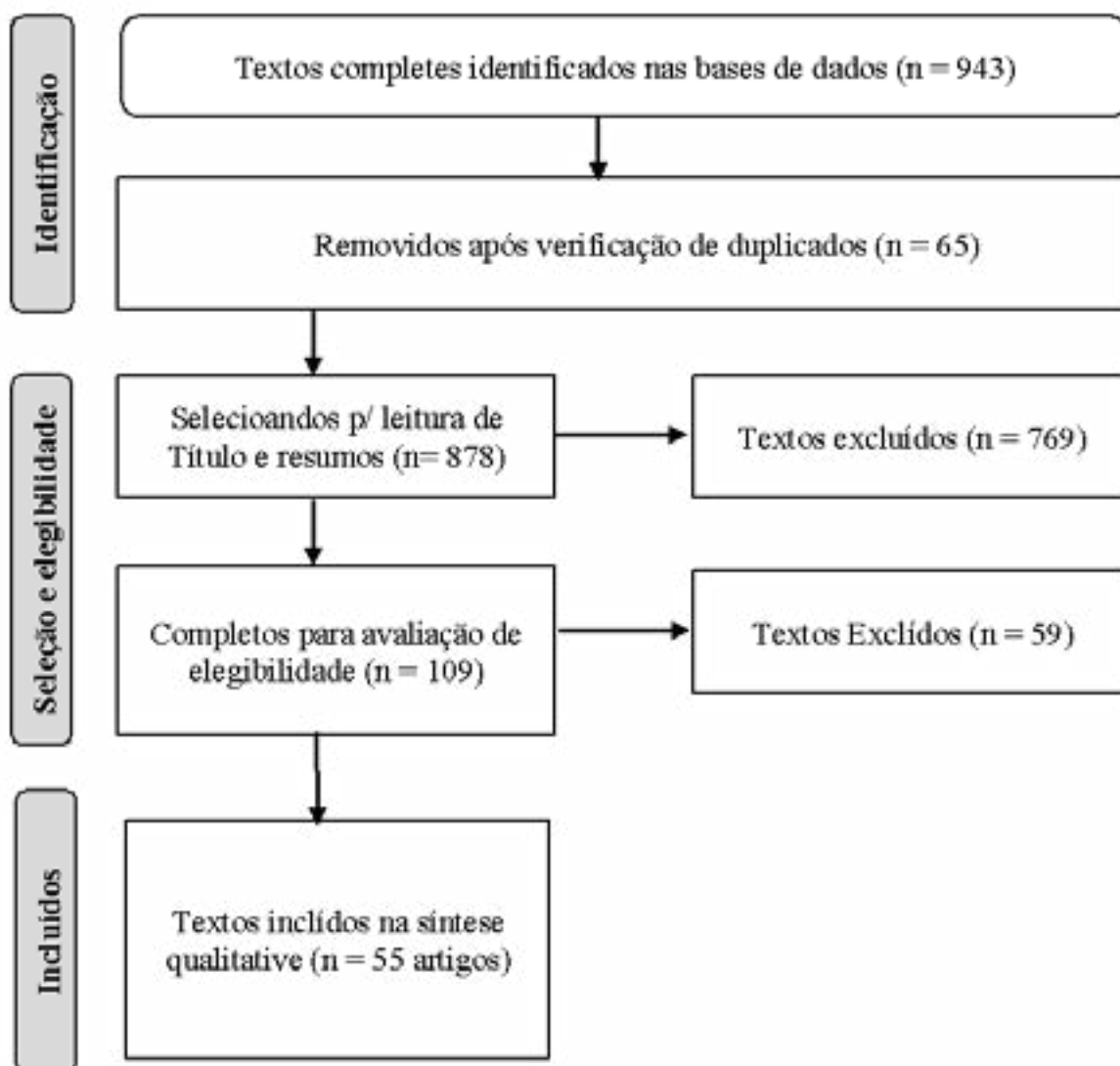
(vii) Interpretação dos achados - Após a validação das categorias, os achados foram interpretados pelos pesquisadores envolvidos na revisão.

## **RESULTADOS**

No total 943 artigos foram encontrados na busca. Após a retirada das duplicatas (65 artigos), 878 foram selecionadas para leitura de título e resumo. Ao final, 109 estudos foram para leitura completa dos textos, sendo que destes 55 estudos foram incluídos na análise, conforme detalhamento do **Supl. 3**. Foram excluídos nesta última etapa os estudos que não cumpriram os critérios de elegibilidade. O fluxograma segundo o PRISMA-Scr dos estudos pode ser visualizado na **Figura 1**.



Figura 1. Fluxograma PRISMA-Scr



## ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESTUDOS

No geral, as análises mostraram que a maioria dos estudos de avaliação da efetividade das ações de promoção e prevenção foram realizadas no continente europeu (23 estudos), seguido dos Estados Unidos da América (13 estudos). No entanto, foi possível observar trabalhos realizados em todos os cinco continentes. A distribuição das temáticas na linha do tempo pode ser vista no **Supl. 1**.

Não houve nenhum programa que abrangesse o número de 13 ações que o Programa Saúde na Escola abrange. Entretanto, a soma de todos os programas resultou em 6 temáticas abordadas dentro do PSE.

Os consolidados dos resultados são apresentados a seguir por temática na seguinte ordem: Alimentação, Nutrição e Atividade Física (20 artigos); Saúde Mental (14 artigos); Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas (11 artigos); Saúde Sexual e Reprodutiva/HIV (5 artigos); Saúde Bucal (4 artigos); e Prevenção de Lesões (1 artigo). Dos 55 artigos analisados, 25 artigos (programas?) foram considerados efetivos (45%), 14 parcialmente efetivos (25%) e 16 não efetivos (30%). Um resumo dos artigos pode ser visto na **Tabela 1**.

Tabela 1. Quadro resumo dos artigos

Autor/ year	Nome do programa	Tipo do estudo	Acompanhamento	Instrumento/ desfecho	Efetividade
<b>Alimentação, Nutrição e Atividade Física</b>					
Warschburger <i>et al</i> 2018	Potsdam prevention at school program (POPS)	Estudo randomizado controlado	T0, T1 (3 meses), T2 (12 meses)	Sintomatologia do transtorno alimentar com o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-2), Inventário de Transtornos Alimentares (EDI-2), Questionário de Atitudes Socioculturais em relação à Aparência (SATAQ-3), Questionário de Exercícios Obrigatórios (OEQ), Escala de Comparação de Aparência Física (PACS): Comportamento psíquico psicológico	Parcialmente Efetivo
Qian <i>et al</i> 2019	A comprehensive nutrition education programme	Estudo randomizado controlado	T0, T1 (12 meses)	Questionário padronizado de 9 medidas: Comportamento	Efetivo
Gómez <i>et al</i> 2018	Thao-Child Health Program (TCHP)	Estudo de cluster randomizado	T0, T1 (15 meses)	KIDMED and the Physical Activity Questionnaire for Children (PAQ-C): Medidas antropométricas e Comportamento e Adesão	Não
Adab <i>et al</i> 2018	West Midlands ActiVe lifestyle and healthy Eating in School children (WAVES)	Estudo de cluster randomizado e controlado	T0, T1 (3 meses), T2 (18 meses), T3 (27 meses)	Cost per quality-adjusted life-year (QALY) (cost- effectiveness outcome): Custo-efetividade	Não
Hovdenak <i>et al</i> 2021	Norwegian School Fruit Scheme (NSFS)	Um experimento natural	T0, TX (3, 6, 9, 12, 15, 18 and 24 meses)	Questionário Estruturado e Surveys e SES (Socioeconomic status): Medidas antropométricas e Comportamento e Socioeconômico	Não
Williamson <i>et al</i> 2012	Programa Ambiental de Prevenção da Obesidade	Estudo de cluster randomizado	T0, T1 (12 meses)	Atividade física autorreferida (SAPAC), DSS é uma medida de auto-relato de percepção social	Parcialmente Efetivo
Tarp <i>et al</i> 2018	Childhood Health, Activity, and Motor Performance School study DK (CHAMPS study-DK)	Um experimento natural	T0, T1 (6,5 anos)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento	Não

Walter <i>et al</i> 1989	Know Your Body (KYB) program	Estudo longitudinal	T0, T1 (5 anos)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento e Dados Sociodemográfico	Parcialmente Efetivo
Foster <i>et al</i> 2008	Iniciativa de Política de Nutrição Escolar multicomponente (SNPI)	Estudo de cluster randomizado	T0, T1 (12 meses), T3 (24 meses)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento e Dados Sociais	Efetivo
Jordan <i>et al</i> 2013	Escolas da Medalha de Ouro	Estudo randomizado controlado	T0, T1 (12 meses)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento e Dados Sociodemográfico	Efetivo
Murphy <i>et al</i> 2010	The Welsh Assembly Government's Primary School	Estudo em cluster randomizado e controlado	T0 T1 (12 meses)	Questionário Estruturado e SDQ – hiperatividade/desatenção: Medidas antropométricas e Comportamento	Parcialmente Efetivo
Plachta <i>et al</i> 2011	Obesity Prevention Study (KOPS)	Estudo controlado quasi-randomizado	TX (8 anos)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas	Parcialmente Efetivo
Ratner <i>et al</i> 2013	Programa Vive Sano	Estudo longitudinal, controlado, não randomizado	T0, T1 (12 meses), T3 (24 meses)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento	Efetivo
Safdie <i>et al</i> 2013	School-based intervention program	Estudo randomizado controlado	T0, T1 (12 meses), T2 (24 meses)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento	Efetivo
Keszyüs <i>et al</i> 2017	Join the Healthy Boat	Estudo de cluster randomizado	T0, T1 (12 meses)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento e Dados Sociais	Não
Kobel <i>et al</i> 2014	Junte-se ao Barco Saudável - Escola Primária	Estudo prospectivo, estratificado, de cluster randomizado e longitudinal	T0, T1 (12 meses)	German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS): Medidas antropométricas e Comportamento e Dados Sociais	Efetivo
Eckermann <i>et al</i> 2014	Programa Nacional Stephanie Alexander Kitchen Garden (SAKGNP)	Estudo de cluster randomizado	T0, T1 (24 meses)	Questionário Estruturado: Comportamento e Dados Sociais	Efetivo
Greve & Heinesen 2015	Rede de Escolas Saudáveis	Estudo de cluster randomizado	TX (3 anos)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento e Dados Sociais	Não

Kocken <i>et al</i> 2016	Extra fit!	Estudo de cluster randomizado e controlado	T0, T1 (12 meses), T2 (24 meses)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento	Não
Lubans <i>et al</i> 2016	ATLAS -Active Teen Leaders Avoiding Screen-time	Estudo de cluster randomizado e controlado	T0, T1 (8 meses), T2(10 meses), T3 (18 meses)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento	Não
<b>Saúde Mental</b>					
Tak <i>et al</i> 2012	Op Volle Kracht Program	Estudo randomizado controlado	T0, T1 (6 meses), T2 (12 meses), T3 (18 meses), T4 (24 meses)	Inventário de Depressão Infantil (CDI), The Children's Coping Strategies Checklist Revision 1, Self-Efficacy Questionnaire for Children SEQ-C, Beck's Hopelessness Scale (BHS), LOT-R, Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS), Students Life Satisfaction Scale, Beck Depression Inventory, Scale of STAI-DY, Acceptance-Rejection scale, Psychological Control' Scale-Youth Self-Report (PCS-YSR), e 'Parent Regulation Scale'-Youth Self-Report (PCS-YSR), Mindfulness Parenting Scale IM-P: Comportamento psíquico psicológico.	Parcialmente Efetivo
Grillich <i>et al</i> 2016	Classes in Motion (Bewegte Klasse)	Estudo de cluster randomizado controlado	T0, T1 (20 meses)	Questionnaire on Social and Emotional Experiences at School of Elementary School Children (FEES 3-4), Questionários Estruturados, Questionnaire for Older Children (PAQ-C), Physical Activity Enjoyment Scale (PACES), KIDSCREEN-52 health-related questionnaire, d2 Test, Family Affluence Scale, German Motoric Test e the Children's Coordination Test (KiKo): Medidas antropométricas e Comportamento psíquico psicológico	Não

Bavarian <i>et al</i> 2016	Positive Action	Estudo de cluster randomizado controlado	T0 2004 (beginning of grade 3), T1 spring 2005, T2 spring 2006, T3 spring 2007, T4 fall 2008, T5 spring 2009, and T6 spring 2010	Questionários Estruturados: Medidas antropométricas e Comportamento	Parcialmente Efetivo
Garmy <i>et al</i> 2019	School-based cognitive-behavioral Program	Estudo quasi-experimental	T0, T1 (3 meses), T2 (12 meses)	CES-D, The Euro QoI (EQ) visual analog scale (VAS; included in EQ-5D), Questionários estruturados: Medidas antropométricas e Comportamento e Sociodemográfico e Custo-efetividade e Formação/Intelectual	Efetivo
Pannebakker <i>et al</i> 2019	Skills 4 for Life	Estudo de cluster randomizado controlado	T0, T1 (12 meses), T2 (20 meses)	Questionários, Rosenberg Self-Esteem Scale, Scale for Interpersonal Behavior for Adolescents (SIG-A), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Inventário de Depressão de Beck, 10-items Generalized Self-Efficacy Scale (GSES): Medidas antropométricas e Comportamento	Parcialmente Efetivo
Jones <i>et al</i> 2010	Fast Track	Estudo randomizado controlado	T0, T1 (1 ano), T2 (2 anos), T3 (3 anos),... T10 (10 anos)	Questionários Estruturados e Avaliação do Serviço para Crianças e Adolescentes (SACA): Medidas antropométricas e Comportamento	Efetivo
Li <i>et al</i> 2012	Promovendo o bem-estar psicológico	Estudo randomizado controlado	T0, T1 (em setembro), após a última sessão de intervenção (T2, início de julho) e aos 12 meses (T3, em setembro de ano letivo seguinte)	Questionários Estruturados: Medidas antropométricas e Comportamento	Efetivo
Moreira <i>et al</i> , 2014	Crescer a Brincar	Estudo quase-experimental	T0, T1 (4 anos), T2 (8 anos)	Questionários Estruturados: Medidas antropométricas e Comportamento	Parcialmente Efetivo

Wasserman <i>et al</i> 2015	Estudo Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE), que comparou três programas: (1) Question, Persuade, and Refer (QPR), (2) the Youth Aware of Mental Health Programme (YAM) e (3) screening by professionals (ProfScreen) a um grupo controle	Estudo de cluster randomizado controlado	T0, T1 (3 meses), T2 (12 meses)	Questionários Estruturados: Medidas antropométricas e Comportamento e Dados Sociodemográficos	Efetivo
Hundert <i>et al</i> 1999	Tri-Ministry Study	Estudo longitudinal	T0, T1 (1 ano e 6 meses), T2 (3 anos e 6 meses)	Questionários Estruturados: Medidas antropométricas e Comportamento e Dados Sociodemográficos	Parcialmente Efetivo
McVey <i>et al</i> 2003	The student intervention	Estudo randomizado controlado	T0, T1 (6 meses), T2 (12 meses)	Questionário Estruturado; Self-Image Questionnaire for Young Adolescents: Medidas antropométricas e Comportamento	Não
Farrell <i>et al</i> 2003	Responding In Peaceful and Positive Ways (RIPP)	Estudo quase-experimental	T0, T1 (12 meses)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento	Parcialmente Efetivo
Foster <i>et al</i> 2006	Fast Track project	Estudo randomizado controlado	T0, Tx (anual)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento	Não
Choque-Larraui <i>et al</i> 2009	Programa de Habilidades para a Vida em Adolescentes Escolares	Estudo randomizado controlado	T0, T1 (12 meses)	Questionário Estruturado: Medidas antropométricas e Comportamento	Efetivo
<b>Prevenção ao uso de álcool, Tabaco e Outras Drogas</b>					
Gabrhelika <i>et al</i> 2012	Czech Unplugge	Estudo randomizado controlado	T0, TX (1,3, 12, 15 and 24 meses)	Questionário padronizado: Comportamental e dados Psíquicos e Dados Socioeconômico	Parcialmente Efetivo
Strøm <i>et al</i> 2015	O programa "Unge & Rus"	Estudo quase-experimental	T0 (Janeiro 2011). T1 (Maio 2011), T3 (12 meses) a intervenção ocorreu durante o semestre de pri, maio 2012)	Questionários Estruturados: Dados Comportamental e Dados Psíquicos	Não

Valente <i>et al</i> 2020	Tamojunto	Estudo de cluster randomizado	T0, T1 (21 meses)	Questionário EU-DAP em português: Dados Comportamental e Dados Psíquicos	Parcialmente Efetivo
Malmberg <i>et al</i> 2014	Atitude-Influência Social-Auto-Eficácia (ASE)	Estudo de cluster randomizado	T0 (2009), T1 (abril/julho2010), T2 (abril/julho2011)	Questionários Estruturados e Atitude-Influência Social-autoEficácia: Dados Comportamental e Dados Psíquicos	Não
Bond <i>et al</i> 2004	Gatehouse Project	Estudo randomizado controlado	T0 (1997), T1(6 meses depois), T2 (18 meses depois) e T3 (30 meses mais tarde)	Questionário Estruturado: Dados Comportamental e Sociodemográfico	Efetivo
Vitoria <i>et al</i> 2011	Projeto European Smoking prevention Framework Approach (ESFA)	Estudo quase-experimental, longitudinal, randomizado, controlado	T0, T1 (12 meses), T2 (24 meses), T3 (36 meses)		Efetivo
Sorensen <i>et al</i> 2012	Salaam Bombay Foundation/ Program (SBF)	Estudo quase-experimental	T0, T1 (24 meses)	Questionários Estruturado: Comportamental	Efetivo
Harrington <i>et al</i> 2001	All Stars	Estudo randomizado, de coorte única e longitudinal	T0, T1 (12 meses)	Questionários Estruturados e Índice de Atividade Sexual de Adolescentes (ASAI)10 de 10 itens e Escala de 43 itens desenvolvida por Hansen: Comportamental	Efetivo
Bobrowski <i>et al</i> 2014	Projeto Northland Domowych Detektywow (PDD)	Estudo randomizado controlado	T0, T1 (4 meses), T2 (12 meses), T3 (15 meses), T4 (27 meses)	Escala de quatro itens e Questionário Sociodemográfico e Questionário de adesão às atividades: Comportamental	Não
Gorini <i>et al</i> 2014	Programa Luoghi di Prevenzione-Prevention Grounds (LDP)	Estudo de cluster randomizado controlado	T0, T1 (18 meses)	Questionário Estruturado: Comportamental	Efetivo
López <i>et al</i> 2015	Programa de prevenção do tabagismo em escolas secundárias catalãs	Estudo de cluster randomizado controlado	T0, T1 (12 meses), T2 (24 meses), T3 (36 meses)	Questionário Estruturado e European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): Comportamental	Não
<b>Saúde Sexual e Reprodutiva/HIV</b>					
Foshee <i>et al</i> 1998	Safe Dates	Estudo randomizado controlado	T0, T1 (5 meses), T2 (12 meses)	Questionários e Escalas: Comportamento	Efetivo
Coyle <i>et al</i> 1999	Safer Choices	Estudo randomizado controlado	T0 T1 (19 meses) T2 (31 meses)	Questionários e Surveys: Comportamento	Efetivo

Kirby <i>et al</i> 2004	Safes Choices	Estudo randomizado controlado	T0, T1 (19 meses), T2 (31 meses)	Questionários Estruturado: Comportamento	Efetivo
Magicka-Tyndale <i>et al</i> 2006	Primary School Action for Better Health	Quase-experimental misto qualitativo-quantitativo	T0, T1 (18 meses)	Questionários Estruturado: Comportamento	Efetivo
Jennings <i>et al</i> 2014	Teen Prevention Education Program (Teen PEP)	Estudo quase experimental, não randomizado	T0, T1 (12 meses)	Questionários Estruturado e Itens: Comportamento	Efetivo
<b>Saúde Bucal</b>					
Vanobbergen <i>et al</i> 2004	Oral health education programme	Estudo longitudinal	T0, T1 (6 anos)	Exame Clínico e Questionário estruturado	Parcialmente Efetivo
Freeman & Oliver 2009	Non-Milk Extrinsic Sugars (NMES)/ Boosting Better Breaks' (BBB) break-time	Estudo prospectivo controlado	T0, T1 (24 meses)	Questionário estruturado, Exame Clínico (Obvious decay experience (D3cvMFT), O método do saco de lixo para avaliar o consumo de lanches açucarados, SES (status Socioeconômico)	Não
Muller-Bolla <i>et al</i> 2016	School-based dental	Estudo clínico randomizado pragmático	T0, T1 (12 meses), T2 (24 meses), T3 (36 meses)	Exame clínico: o diagnóstico visual clínico foi realizado usando os critérios ICDAS	Efetivo
Chumpitaz-Durand <i>et al</i> 2019	Oral hygiene programs, Programa de higiene bucal. Level 1 e 2	Estudo retrospectivo, longitudinal e descritivo	T0, T1 (6 meses), T2 (12 meses), T3 (18 meses)	Índice de higiene bucal	Efetivo
<b>Prevenção de Lesões</b>					
Kendrick <i>et al</i> 2007	Programa "Risk Watch"	Estudo de cluster randomizado controlado	T0, T1 (12 meses)	Questionário, Townsend deprivation score: Comportamento	Parcialmente Efetivo

T0 = Mensuração de base. TX (follow up)

## Alimentação, nutrição e atividade física

No total foram incluídos 20 estudos com o tema alimentação, nutrição e atividade física, desses 8 foram considerados inefetivos, 5 parcialmente efetivos e 7 efetivos. Não houve possibilidade de agrupar por desfechos devidos aos diferentes métodos de abordagem.

O estudo de Hovdenak *et al*, 2021 não avaliou a efetividade, mas destacou que faltam estudos bem desenhados e de longo prazo que avaliem o impacto dos esforços governamentais para melhorar a alimentação



pública com estratégias conduzidas nas escolas (Hovdenak *et al.*, 2021).

O estudo de Qian *et al.*, 2019 mostrou que 9 medidas de desfecho são necessárias para avaliar a efetividade do programa escolar: 1 Tomar café da manhã - (todos os dias); 2 Composição adequada de vegetais para carne/ovos no almoço e jantar - (Coma mais vegetais do que carne/ovos); 3 Quantidade de legumes consumidos por dia - (3 porções ou mais uma porção é do tamanho de um punho); 4 Quantidade de frutas consumidas por dia - (2 porções ou mais uma porção é do tamanho de um punho); 5 Consuma laticínios - (Todos os dias); 6 Quantidade de água - (por dia 4 xícaras ou mais, 250 ml cada); 7 Frequência de consumo de frituras ou derivados - (menos de 1 vez por semana); 8 Frequência de consumo de fast food - (menos de 1 vez por mês); 9 Frequência de alimentação perto da hora de dormir - (poucas a quase nunca comer perto da hora de dormir) (Qian *et al.*, 2019). O programa de nutrição escolar foi mais eficaz em melhorar os comportamentos alimentares auto-relatados dos alunos em Shandong do que em Qinghai. Em Shandong, o comportamento relatado pelos alunos melhorou em nove comportamentos alimentares em comparação com Qinghai, onde as pontuações dos alunos melhoraram em apenas três dos comportamentos alimentares. Embora a magnitude da mudança nas duas províncias tenha sido significativamente diferente, os resultados considerados positivos (Qian *et al.*, 2019).

O estudo de Tarp *et al.*, 2018 aumentou a atividade física de 90 para 270 minutos semanais em escolas de intervenção em comparação com controles. Apesar de uma eficácia demonstrada de 2 anos da intervenção, os dados não suportam a sustentabilidade de adaptações favoráveis de fatores de risco agrupados ou únicos comparando a intervenção com escolas de controle após 6,5 anos. Os dados não suportam (sustentam?) os benefícios da intervenção mantidos ao longo do tempo, não foram observadas diferenças entre escola de intervenção e controle em nenhum momento (Tarp *et al.*, 2018).

O estudo de Warschburger & Zitzmann, 2018 o acompanhamento de 1 ano, foi observado um efeito pequeno, mas significativo, nos distúrbios alimentares. Os dados de acompanhamento de 3 e 12 meses sugerem que o programa POPS reduziu com sucesso vários fatores de risco, como desejo de magreza, insatisfação corporal, pressão da mídia percebida, perfeccionismo e elemento emocional do exercício. O estudo falhou em reduzir comportamentos bulímicos e distúrbios alimentares. Os autores concluem que o programa POPS foi capaz de prevenir o crescimento de fatores de risco durante a adolescência (Warschburger & Zitzmann, 2018).

No estudo de Abad *et al.* 2018 as análises primárias não mostram nenhuma evidência de eficácia clínica ou custo-efetividade da intervenção e não houve evidência do efeito da intervenção nas medidas de dieta ou atividade física e nenhuma evidência de dano (Adab *et al.*, 2018).

O estudo de Gómez *et al.* 2018 mostrou que nas duas cidades catalãs não houve efeito significativo no peso, incidência de obesidade ou mudanças na qualidade da dieta e Atividade física após 15 meses, em comparação com as duas cidades controle (Gómez *et al.*, 2018).

O estudo de Jordan *et al.*, 2008 citou que programas de prevenção conduzidos em escolas têm o potencial de reduzir a prevalência de sobrepeso infantil, promovendo hábitos alimentares saudáveis e aumentando a atividade física, mas destacou que estudos longitudinais são necessários para confirmar a hipótese (Jordan *et al.*, 2008).

O estudo de Foster *et al.*, 2008 a implementação do School Nutrition Policy Initiative (SNPI) foi associado a uma diminuição substancial (50%) e estatisticamente significativa na incidência de excesso de peso, no entanto, foi observado um aumento de 7,5% em 2 anos, o que sugere que intervenções mais fortes ou adicionais são necessárias (G. D. Foster *et al.*, 2008).

O estudo de Kocken *et al.*, 2016 examinou a eficácia do programa educacional Extra Fit (EF) na prevenção e redução do excesso de peso de crianças em idade escolar os resultados não mostraram efeitos de EF sobre medidas antropométricas ou determinantes comportamentais (Kocken *et al.*, 2016).

No estudo de Kobel *et al.*, 2014 o programa “Junte-se ao barco saudável” melhorou significativamente os comportamentos de café da manhã das crianças na segunda série. Embora alguns efeitos tenham sido bastante

pequenos, a intervenção parece afetar até grupos que geralmente são difíceis de alcançar, como filhos de pais com baixo nível de escolaridade. O estudo conclui que pesquisas adicionais devem incluir investigações sobre o nível de intensidade e duração de tempo que uma intervenção precisa ser realizada para mostrar efeitos duradouros na mudança de comportamento (Kobel *et al.*, 2014).

No estudo de Greve *et al.*, 2015 a principal conclusão é que não foi encontrado nenhum efeito consistente do programa HSN. As principais razões seriam: randomização em escolas de tratamento e controle foi realizada em todas as escolas do município incluindo escolas que não desejavam participar da intervenção; a implementação do programa HSN nas escolas diferiram muito; na avaliação qualitativa o componente mais importante do programa foi o estabelecimento de um comitê de saúde em cada escola o que aumentou a conscientização sobre os problemas de saúde e promoveu atividades relacionadas à saúde; as medidas individuais de cada criança não foram divulgadas eletronicamente para consulta dos pais e os professores geralmente não usam os resultados das medições em seu ensino; finalmente citam que o alcance do tratamento individual do aluno é bastante modesto e esse tipo de iniciativa, que foca na informação sobre saúde como veículo para induzir mudanças no estilo de vida embora não tenha efeitos mensuráveis dentro um horizonte de tempo de 1-2 anos (investigar os efeitos de longo prazo seria necessário) (Greve & Heinesen, 2015).

O estudo de Walter *et al.*, 1989 mostrou que os efeitos foram pequenos mas citou que o programa tem potencial para disseminação generalizada e, portanto, para reduzir o risco de desenvolvimento futuro de doenças crônicas entre grandes populações de jovens. Os autores citam a dificuldade de conduzir esse tipo de pesquisa pela falta de dados sobre fatores mediadores de comportamento e mudança de fatores de risco, facilitadores e inibidores da implementação do programa com fidelidade (Walter & Wynder, 1989).

O estudo de Lubans *et al.*, 2016 demonstrou que a intervenção do ATLAS não teve impacto, mas citou um efeito positivo entre os participantes que estavam acima do peso ou obesos no início do estudo, mas efeito improvável clinicamente. Os autores concluíram que não foi bem-sucedida em seu objetivo principal de prevenção da obesidade (Lubans *et al.*, 2016).

O estudo de Kesztyüs *et al.*, 2017, por ser um estudo de custo-efetividade, demonstrou chances menores para o grupo de intervenção após um ajuste para série, gênero, RCE basal e hábitos de café da manhã (razão de chances = 0,48, IC 95% [0,25; 0,94]. Além disso, a relação custo-efetividade foi comprovada considerando que o início precoce da prevenção da obesidade abdominal é de particular importância devido à sua estreita relação com Doenças crônicas não transmissíveis (Kesztyüs *et al.*, 2017).

O estudo de Eckermann *et al.*, 2014 concluiu que o impacto geral do SAKGNP nos quatro domínios de interesse que houve melhoria significativa nos comportamentos de estilo de vida na cozinha e nas escolhas alimentares (escolhas alimentares e desenvolvimento de habilidades culinárias) (Eckermann *et al.*, 2014).

O estudo de Rinat Ratner *et al.* 2013 demonstrou a redução de crianças obesas e a prevalência de obesidade em 3,4 pontos percentuais ao final da intervenção e queda no escore z do IMC no primeiro ano de intervenção, situação que se manteve ao final do segundo ano (Rinat Ratner *et al.*, 2013).

O estudo de Margarita Safdie *et al.* 2013 apresentou a intervenção escolar como efetiva na melhoria do ambiente alimentar e dos comportamentos saudáveis das crianças, incluindo alimentação saudável e AF, através de um conjunto de regulamentos, sem necessidade de grandes investimentos (Safdie *et al.*, 2013).

No estudo de Donald A. Williamson *et al.* 2022 a principal descoberta do estudo da LA Health foi que o grupo intervenção contribuiu para a promoção de uma alimentação saudável, aumentar a atividade física e diminuir o comportamento sedentário foram eficazes para reduzir o percentual de gordura corporal em meninos, atenuando o percentual de ganho de gordura corporal em meninas, e prevenir o ganho de peso em meninas brancas. A adição do programa de sala de aula/Internet (Prevenção Secundária) ao programa de modificação ambiental (Prevenção Primária) não teve efeitos significativos nas medidas de adiposidade, mas foi associada a uma melhor manutenção da atividade física e aumento do apoio do professor para mudanças na dieta em crianças com excesso de peso.

O estudo de Sandra Plachta-Danielzik *et al* 2011 mostrou que o programa KOPS teve alguns efeitos favoráveis e sustentados sobre o IMC. No entanto, o efeito foi observado apenas em alunos de famílias com NSE alto. Este estudo de acompanhamento de 8 anos fornece evidências de que a promoção da saúde baseada na escola tem efeitos sustentados e é eficaz em um subgrupo de alunos de famílias com NSE alto (Plachta-Danielzik *et al.*, 2011).

No estudo de Simon Murphy *et al* 2010 a intervenção não reduziu o hábito de pular o café da manhã. Houve melhorias na ingestão nutricional das crianças na hora do café da manhã, o que pode ter implicações nos comportamentos alimentares ao longo da vida. Apesar de não impactar na dieta do resto do dia ou nos itens não saudáveis consumidos no café da manhã, o PSFBI também melhorou a qualidade do café da manhã das crianças, aumentando o consumo de itens alimentares, como frutas (Murphy *et al.*, 2011).

No geral, todas as intervenções estavam dentro de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. A maioria dos programas abrangeram e avaliaram apenas uma única intervenção, caracterizando-se como programas focais, cujo nome do programa estava na maioria das vezes relacionado à intervenção (e.g. Potsdam prevention at school program (POPS); a comprehensive nutrition education programme; Thao-Child Health Program (TCHP); West Midlands Active lifestyle and healthy Eating in School children (WAVES); Norwegian School Fruit Scheme (NSFS); Programa Ambiental de Prevenção da Obesidade; Childhood Health, Activity, and Motor Performance School study DK (CHAMPS study-DK); "Know Your Body" (KYB) program; Iniciativa de Política de Nutrição Escolar multicomponente (SNPI); Escolas da Medalha de Ouro; The Welsh Assembly Government's Primary School; Obesity Prevention Study (KOPS); Programa Vive Sano; School-based intervention program; Join the Healthy Boat; "Junte-se ao Barco Saudável - Escola Primária"; Programa Nacional Stephanie Alexander Kitchen Garden (SAKGNP); Rede de Escolas Saudáveis; Extra fit!; ATLAS -Active Teen Leaders Avoiding Screen-time). Detalhes na **Supl. 2**.

Grande parte das intervenções foram realizadas em uma única cidade, com exceção dos trabalhos de Hovdenak *et al* (2021), Quian *et al* (2019), Gómez *et al* (2018), Adab *et al* (2018), Williamson *et al* (2022), Lubans *et al* (2016), Eckermann *et al* (2014), Kochen *et al* (2016), Safdie *et al* (2013), Ratner *et al* (2013), Jordan *et al* (2013) e Murphy *et al* (2010), os quais avaliaram ações de programas em um Estado ou Província/Região.

No geral, foram identificados 09 domínios avaliativos utilizados para mensurar a efetividade das ações relacionadas a temática Alimentação, Nutrição e Atividade Física (e.g. Domínio Diagnóstico Clínico, Domínio Físico, Domínio Social, Domínio Psíquico, Domínio Comportamental, Domínio Socioeconômico, Domínio Sociodemográfico, Domínio Adesão, Domínio Custo-Efetividade).

Os principais instrumentos de avaliação da efetividade foram surveys, questionários clínicos, padronizados e de medidas antropométricas, questionários aos pais, German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS), registro alimentar e de atividade física, Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), Inventário de Transtornos Alimentares (EDI-2), Questionário de Atitudes Socioculturais em relação à Aparência (SATAQ-3), Questionário de Exercícios Obrigatórios (OEQ), Escala de Comparação de Aparência Física (PACS), Escala de Percepção de Provocação (POTS), cost per quality-adjusted life-year (QALY), KIDMED, The Physical Activity Questionnaire for Children (PAQ-C), Atividade física autorreferida (SAPAC), auto-relato de percepção social (DSS), Socioeconomic status (SES).

A duração dos estudos variou entre 1 e 8 anos. Foi observado, também, que os professores, professores de educação física, coordenadores, profissionais da saúde (nutricionistas, enfermeiros) foram os envolvidos na aplicação das ações, bem como na realização das medidas de avaliação.

Alguns pontos em comum foram observados nos estudos que foram efetivos, quando comparados aos estudos não efetivos em nossa revisão. Por exemplo, todos esses estudos realizaram medidas de acompanhamento após a intervenção  $\geq 12$  meses. Além disso, foi observado que quanto maior o tempo de acompanhamento menores foram os efeitos encontrados.

No geral, os programas considerados não efetivos foram programas que abrangeram mais de um território,

indicando a presença de fatores externos difíceis de serem controlados (Gómez *et al* 2018, Adab *et al* 2018, Hovdenak *et al* 2021, Murphy *et al* 2010, Kesztyüs *et al* 2017, Greve & Heinesen 2015, Lubans *et al* 2016). Além disso, houve um estudo que utilizou fontes secundárias na tentativa de avaliar a efetividade das ações (Hovdenak *et al* 2021). Mas, diferenças significativas entre os estudos efetivos e os não efetivos não foi possível estabelecer.

## Saúde mental

No total foram incluídos 14 artigos com o tema saúde mental. Destes, 6 artigos foram considerados parcialmente efetivos, 5 efetivos e 3 não efetivos.

O estudo de Garmy *et al*, 2019 citou que os alunos pertencentes ao grupo de intervenção diminuíram ligeiramente seus sintomas depressivos autorreferidos e melhoraram sua autoavaliação de saúde. O estudo destacou que as diferenças basais podem gerar interpretações imprecisas sobre a eficácia da intervenção e conclui que o programa DISA é um programa de prevenção escolar viável (Garmy *et al.*, 2019).

No estudo de Pannebakker *et al*, 2019 a intervenção curricular parece ser efetiva para diminuir os sintomas depressivos de longo prazo e o comportamento problemático psicológico relatado pelos professores, mas não efetiva para o comportamento problemático relatado pelos próprios alunos. Também foi observada efetividade em melhorar significativamente a autoeficácia entre os alunos, mas nenhum efeito na interação social e autoestima (Pannebakker *et al.*, 2019).

O estudo de Choque-Larrauri *et al*. 2009 mostra que existem diferenças estatisticamente significantes na aprendizagem de habilidades de assertividade e comunicação. Não foi encontrada efetividade para a autoestima e a capacidade de decisão (Choque-Larrauri & Chirinos-Cáceres, 2009).

O estudo de Foster *et al*, 2006 citou que a intervenção não produziu benefícios para uma parcela substancial da amostra e destacou que uma intervenção precoce pode ser uma possibilidade para o programa. Uma possibilidade seria trabalhar com programas de creche ou pré-escola (E. M. Foster *et al.*, 2006).

O estudo de McVey *et al*, 2003, apesar dos esforços, a intervenção teve uma influência significativa e positiva somente no curto prazo na satisfação da imagem corporal das meninas, autoestima global e atitudes alimentares negativas e escores de comportamento, 1 ano depois nada mudou. Para a autoestima global e dieta, o grupo controle alcançou o grupo intervenção no acompanhamento de 12 meses (McVey *et al.*, 2004).

O estudo de Grillich *et al*, 2016 não detectou nenhum efeito da intervenção, os intervalos de confiança foram estreitos, assim, os autores reforçam a confidencialidade dos dados apresentados, nem no nível individual e nem na sala de aula. Os autores realçam que o ponto forte do estudo foi a qualidade do seu desenho e rigor metodológico e alertam que os resultados refletem a necessidade de rever e melhorar a intervenção “Aulas em Movimento” (Grillich *et al.*, 2016).

No estudo Bavarian *et al*, 2016 o impacto longitudinal de um programa socioemocional, Ação Positiva (PA) avaliou os comportamentos de saúde dos jovens. A magnitude dos efeitos foi considerada modesta, no entanto, os autores destacam o potencial de um programa sócio emocional para impactar os comportamentos de saúde, embora um foco direto na saúde física tenha sido um componente relativamente pequeno (aproximadamente 8% das aulas). O programa SECD sem foco principal na promoção de comportamentos de saúde pode ter um impacto modesto nos resultados (Bavarian *et al.*, 2016).

O estudo de Wasserman *et al*, 2015 demonstrou que o programa YAM foi significativamente mais efetivo no grupo intervenção na prevenção de novas tentativas de suicídio e ideias suicidas graves do que no grupo controle. A redução relatada nas tentativas de suicídio foi de mais de 50% com YAM do que para o grupo de controle (Wasserman *et al.*, 2015).

No estudo de Moreira *et al*, 2014 as hipóteses foram parcialmente confirmadas pois foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em apenas uma dimensão do engajamento escolar, e em algumas

dimensões de internalização de comportamentos disruptivos (déficit de atenção, problemas de ansiedade e depressão e problemas de atenção), mas não ao nível dos comportamentos disruptivos de externalização (Moreira *et al.*, 2014).

Farrell *et al.*, 2003 avaliou o impacto do Programa de Prevenção da Violência (RIPP) em alunos de escolas de cinco condados rurais da Flórida usando um projeto entre escolas. Exceto o teste de conhecimento, a maioria dos efeitos nas variáveis mediadoras foram pequenas. Os autores esperavam efeitos nas percepções de apoio dos pares para o comportamento pró-social, no entanto, não foi encontrado (Farrell *et al.*, 2003).

No estudo de Hundert *et al.*, 1999 os efeitos incrementais atribuíveis aos programas de intervenção foram pequenos e esporádicos. Houve aumentos estatisticamente significativos no comportamento pró-social observados nos playgrounds das escolas de intervenção, sem diferenciação por tipo de programa. A redução no comportamento inapropriado em sala de aula observadas nas escolas social skills training (SS) não alcançaram significância estatística. Nas escolas designadas social skills training (SS) & partner reading (RE) tiveram níveis mais baixos de comportamento problemático na conclusão do estudo (Hundert *et al.*, 1999).

No estudo de Li *et al.* 2012 a efetividade do programa de treinamento baseado em aventura na promoção do bem-estar psicológico de crianças em idade escolar primária foi favorável e viável em ambientes escolares e aceitável para as crianças envolvidas. Os resultados mostraram que as crianças do grupo intervenção relataram estatisticamente significativamente menos sintomas depressivos, níveis mais baixos de ansiedade e maior auto-estima do que aquelas do grupo controle. Em relação à qualidade de vida das crianças de ambos os grupos foi mais ou menos a mesma nos diferentes períodos, independentemente do tipo de intervenção (Li *et al.*, 2013).

No estudo de Yuli R. Tak *et al.* 2012 a efetividade do programa Op Volle Kracht de prevenção da depressão para adolescentes, no acompanhamento de 1 ano e ao longo do período de acompanhamento de 2 anos, nem o nível de sintomas depressivos nem o número de adolescentes que relataram níveis elevados de sintomas depressivos diferiram. OVK não previu sintomas depressivos durante o período de acompanhamento de 2 anos. Testes univariados indicaram que os adolescentes do grupo de intervenção relataram níveis mais altos de sintomas depressivos e eram mais propensos a experimentar níveis elevados de sintomas depressivos (Tak *et al.*, 2012).

Damon Jones *et al.* 2010 mostrou que os grupo intervenção para crianças pode levar a reduções nos serviços de saúde geral, pediatria, departamento de emergência e saúde mental na adolescência. Embora diferenças significativas entre os grupos de intervenção e controle em várias categorias de serviços tenham sido encontradas, os tamanhos de efeito derivados do modelo são relativamente pequenos, em parte em função das baixas taxas básicas de uso de serviços nessa faixa etária. Os resultados não indicaram efeitos moderadores em raça, gênero, coorte e local, sugerindo que o efeito da intervenção é robusto em diversos grupos e contextos (Jones *et al.*, 2010).

Na temática saúde mental foram identificados os seguintes domínio avaliativos utilizados para mensurar a efetividade: Domínio Diagnóstico Clínico, Domínio Comportamental, Domínio Sociodemográfico, Domínio Socioeconômico, Domínio Psíquico, Domínio Social, Domínio Físico, Domínio Formação/Intelectual, Domínio Custo-Efetividade.

Um número significativo de instrumentos foram utilizados pelos autores para avaliarem as intervenções (**Supl. 2**). Os resultados mostraram que tanto as intervenções como os instrumentos foram bem heterogêneos, não sendo possível o estabelecimento de comparações entre estudos.

## Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas

No total 11 artigos foram classificados nessa temática, dentre esses, 4 foram considerados não efetivos, 5 efetivos e 2 parcialmente efetivos.

No estudo de Valente *et al*, 2020, as evidências sugerem que #Tamojunto contribuiu na melhoria nas habilidades de tomada de decisão, e mediou potencialmente o aumento do uso de drogas nas escolas ao longo de 21 meses. O programa atua diminuindo indiretamente as habilidades de tomada de decisão e então esses efeitos aumentam o uso de drogas, pois encontramos um efeito indireto significativo (TNIE) do programa #Tamojunto sobre o uso de drogas através das habilidades de tomada de decisão dos adolescentes (caminho A\*B). Este trabalho também mostrou que existe uma associação significativa entre diminuição das habilidades de tomada de decisão e aumento do uso de drogas e comportamento violento (caminho B). A incapacidade do programa de aumentar o mediador de habilidades de tomada de decisão como esperado pode ser parcialmente responsável pelos resultados negativos do #Tamojunto (Valente *et al.*, 2020).

O estudo de López *et al*, 2015 mostrou que a efetividade de uma intervenção escolar, programada e integrada no ano letivo durante os 4 primeiros anos reduziu o risco de prevalência e incidência de tabagismo em 25 e 26%, respectivamente, mas isso não foi estatisticamente significativo ( $P \geq 0,170$ ) (Valdivieso López *et al.*, 2015).

O estudo de Malmberg *et al*, 2014 não encontrou efeitos benéficos do programa de prevenção de HSD para meninos, adolescentes de baixa escolaridade ou adolescentes com alta sensibilidade à ansiedade, desesperança, busca de sensações e impulsividade. O impacto não significativo do programa Escola Saudável e Drogas no desenvolvimento do uso de substâncias e o fato de não haver efeitos benéficos do programa para nenhum subgrupo específico corroboraram para a ideia de que o programa não deve ser executado como é atualmente (Malmberg *et al.*, 2015).

No estudo de Bond *et al*, 2004, os resultados indicam que a intervenção Gatehouse pode ter sido responsável por reduções nas chances de consumo de cannabis entre 20% e 30%. Segundo os autores, o estudo demonstrou sucesso de uma abordagem coordenada para a promoção da saúde não apenas por meio de materiais focados individualmente, mas também pela mudança dos ambientes escolares (Bond *et al.*, 2004).

No estudo de Strom *et al*, 2015 os resultados mostraram que entre o grupo controle e intervenção não houve diferença significativa, exceto para o conhecimento relacionado ao álcool. A taxa de mudança não diferiu entre os participantes que receberam a intervenção e aqueles que receberam o currículo padrão de álcool. Os autores concluíram que as descobertas não podem apoiar o uso da intervenção, conforme implementada atualmente, em detrimento do uso de um currículo padrão de álcool (Strøm *et al.*, 2015).

O estudo de Bobrowski *et al*, 2014 sugeriu um atraso no início da embriaguez dos adolescentes, uma redução das atitudes pró-álcool e um aumento no conhecimento relacionado ao álcool, bem como no reforço das habilidades de resistência percebidas. No entanto, não foram comprovadas a redução nas taxas de uso de álcool (Bobrowski *et al.*, 2014).

Gorini *et al*, 2014 em seu estudo mostrou que o programa LdP limitou o aumento na prevalência de fumantes nos últimos 30 dias e limitou o aumento na prevalência de fumantes diários ( $\geq 20$  dias de tabagismo nos últimos 30 dias). O programa LdP parece ser efetivo na prevenção dos alunos de se tornarem fumantes diários e na prevenção dos alunos de fumarem nas áreas escolares seis meses após o final da fase de intervenção ativa (Gorini *et al.*, 2014).

O estudo de Harrington *et al*, 2001 sugeriu que o programa All Stars teve influências de curta duração para mediar problemas de comportamento quando ministrado pelo professor (em brancos). Evidências de efeitos do programa em atrasar aumento de violência, por meio da influência de percepções normativas, foram encontradas para estudantes afro-americanos e hispânicos Harrington quando ministrado por especialistas (Harrington *et al.*, 2001).

O estudo de Glorian Sorensen *et al* 2012 demonstrou que o grupo intervenção do programa SBF teria mais conhecimento sobre os produtos que contêm tabaco e sobre a legislação de controle do tabaco; mais propensos a tomar medidas para impedir que outras pessoas usem tabaco; mais propensos a demonstrar habilidades e atitudes positivas para a vida; e menos propensos a relatar uso de tabaco nos últimos 30 dias. Em comparação com os alunos da escola de controle, os alunos da SBF eram significativamente mais bem informados sobre o

tabaco e a legislação relacionada, e relataram esforços significativamente maiores para prevenir o uso do tabaco entre outros, inclusive com amigos, em suas escolas e em seus bairros (Sorensen *et al.*, 2012).

No estudo Roman Gabrhelika *et al* 2012 o programa „Unplugged“ produziu efeitos positivos na redução do uso atual de tabaco e maconha e evitou aumentos na prevalência ao longo da vida do uso de outras drogas dois anos após a intervenção. No entanto, nenhum efeito da intervenção foi encontrado para o uso atual de álcool no grupo-alvo e uso frequente de maconha e uso de qualquer droga na vida (Gabrhelik *et al.*, 2012).

O estudo de Vitória *et al* 2011 confirmou que o grupo intervenção mostrou diferenças favoráveis à condição de intervenção ao longo dos três anos do projeto. Com relação às variáveis psicossociais, os resultados indicam que, nessa idade, observam-se: crenças pró-tabagismo neutras, crenças antitabagismo muito altas, baixa influência social a favor do tabagismo, alta autoeficácia para recusar tabagismo, e menor intenção de fumar no futuro. Por outro lado, a análise longitudinal dos dados indica um avanço dessas variáveis em direção ao risco de aquisição do tabagismo. Comparando as condições de controle e intervenção, o primeiro obteve melhores resultados em atitudes (prós e contras de fumar), algumas variáveis de influência social (pressão direta dos pares, norma descritiva de amigos e comportamento do melhor amigo), autoeficácia e intenção de fumar. As variáveis de influência social com melhores resultados referem-se aos pares, muitos dos quais também terão sido alvo do programa (Vitoria *et al*, 2013).

Semelhante ao encontrado na temática anterior, os programas avaliaram a efetividade de ações de promoção e prevenção de doenças. No geral, foram encontrados 07 domínios avaliativos para mensurar a efetividade. Tais domínios foram: Domínio Comportamental; Domínio Psíquico; Domínio Socioeconômico; Domínio Formação/ Intelectual; Domínio Sociodemográfico; Domínio Adesão; Domínio Social.

Os instrumentos utilizados para mensurar a efetividade das ações foram: Questionários anônimos e auto relatados; Questionário ESPAD; Questionário EU-DAP em português; Índice de Atividade Sexual de Adolescentes (ASAI); Escala de 43 itens desenvolvida por Hansen, Surveys, e Questionários estruturados.

O período de realização dos estudos variou entre pouco mais de um ano e 4 anos. A aplicação da intervenção foi realizada tanto por professores, profissionais da saúde, bem como pelos pesquisadores.

## Saúde sexual e reprodutiva/HIV

Todos os estudos dessa temática foram considerados efetivos. O estudo de Maticka-Tyndale *et al*, 2006 mostrou que a abordagem do programa contribuiu para melhorar as informações sobre preservativos e aumentar a autoeficácia e o uso de preservativos entre os meninos, no entanto, foi inadequada para atender às necessidades das meninas que já eram sexualmente ativas (Maticka-Tyndale *et al.*, 2007).

No estudo de Kirby *et al.*, 2004 o programa o Safer Choices teve seu maior impacto em alunos que iniciaram o sexo após a linha de base e em alunos que iniciaram o sexo antes da linha de base e se envolveram em sexo desprotegido durante os 3 meses anteriores, e teve menos impacto em alunos que se envolveram em sexo antes da linha de base (Kirby *et al.*, 2004).

O estudo de Jennings *et al*, 2014 mostrou que o programa Teen PEP pode promover o desenvolvimento sexual saudável para adolescentes. O PEP para adolescentes mostrou-se eficaz na mudança de mediadores críticos para mudança de comportamento com a redução de risco sexual e maiores intenções de conversar com amigos, pais e parceiros sexuais sobre sexo e controle de natalidade e estabelecer limites com parceiros sexuais (Jennings *et al.*, 2014).

No estudo de Coyle *et al* 1999, o programa Safer Choices, em seu primeiro ano, produziu efeitos significativos. Nove das 13 variáveis psicossociais mudaram, o grupo intervenção teve maior efeito para HIV e outros conhecimentos sobre DST e na autoeficácia para obter e usar preservativos. O primeiro ano do programa não afetou significativamente a capacidade percebida dos alunos de recusar relações sexuais ou relações sexuais

desprotegidas ou a capacidade percebida dos alunos de se comunicar com um parceiro sobre não fazer sexo ou usar proteção (Coyle *et al.*, 1999).

No estudo de Foshee *et al.*, 1998 houve 25% menos perpetração de abuso psicológico, 60% menos perpetração de violência sexual e 60% menos violência perpetrada contra o atual parceiro de namoro nas escolas de tratamento do que nas escolas de controle. Ambos os efeitos de prevenção primária e secundária foram observados. Na amostra de prevenção primária, houve 28% menos abuso psicológico no grupo intervenção (Foshee *et al.*, 1998).

Os domínios avaliativos encontrados nesta temática foram: Domínio Psíquico, Domínio Comportamental, Domínio Formação/Intelectual, Domínio Sociodemográfico, e Domínio Monitoramento do Programa. Os instrumentos utilizados foram Questionários fechados e abertos, e Escalas com Itens variados. Os domínios que apresentaram resultados significativos foram o domínio comportamental e o domínio formação/intelectual.

A duração dos estudos variou de 1 a 3 anos. Observou-se que o estudo de Maticka-Tyndale *et al.* (2006) aplicou a intervenção em um número de 40 escolas em uma província do Quênia. Foi observado também, que nos estudos de Coyle *et al.* (1999) e Kirby *et al.* (2004), os professores e alunos estavam envolvidos na aplicação da intervenção.

## Saúde bucal

No total 4 artigos foram incluídos, 1 foi considerado parcialmente efetivo, 2 efetivos e 1 inefetivo. O estudo de Chumpitaz-Durand *et al.*, 2019 mostrou que os programas com nível de prevenção 2 atingiram maior efetividade em termos de melhoria da higiene oral, encontrando diferenças significativas quando comparados com programas com um nível de prevenção de 1. No entanto, em relação à incidência de cárie, ao comparar a efetividade de programas com nível de prevenção 1 para aqueles com nível 2, não diferenças significativas foram encontradas (Chumpitaz-Durand *et al.*, 2019).

No estudo de Vanobbergen *et al.* 2004 o programa de promoção de saúde bucal implementado anualmente não resultou em uma redução significativa da prevalência de cárie. A efetividade no nível de placa e na saúde gengival foi inconclusiva. No entanto, as mudanças comportamentais favoráveis relatadas e o aumento do nível de restauração, juntamente com a responsabilidade educacional da profissão, justificam os esforços e custos deste programa.

O estudo de Muller-Bolla *et al.*, 2016 demonstrou que o programa SBDS foi efetivo na prevenção de cáries em primeiros molares permanentes para crianças francesas de baixa renda em um período de 3 anos.

No estudo de Freeman *et al.* 2009 a medida de efetividade do programa BBB falhou em reduzir a cárie de crianças de nove anos de idade que frequentam escolas primárias de intervenção e controle. As crianças que frequentaram as escolas de intervenção no início do estudo apresentaram evidências de consumir menos lanches açucarados no ambiente escolar em comparação com aquelas que frequentaram as escolas de controle. No entanto, após 24 meses, independentemente do status da intervenção escolar, todas as crianças tinham entre quatro e 11 lanches açucarados fora da escola e em casa para todas as crianças participantes.

Nos quatro estudos sobre a temática saúde bucal foram encontrados 4 domínios avaliativos (e.g. Domínio Diagnóstico Clínico; Domínio Comportamental; Domínio Sociogeográfico; Domínio Socioeconômico).

Os instrumentos utilizados para mensurar a efetividade das ações foram: Exame Clínico, Questionários estruturados, SES (socioeconômico status), O método do saco de lixo, e o Índice de higiene bucal. A maioria da aplicação da intervenção e da avaliação foi feita pelos profissionais dentistas. Nessa temática, apenas um estudo resultou em achados não significativos da prevalência de cárie (Vanobbergen *et al.* 2004).



## Prevenção de lesões

O estudo de Kendrick *et al* 2007 demonstrou que o primeiro ano do programa Risk Watch nas escolas primárias foi eficaz em aumentar alguns aspectos do conhecimento das crianças sobre prevenção de incêndios e queimaduras, prevenção de envenenamento e segurança de bicicletas e pedestres. Também foi eficaz no aumento das habilidades de segurança das crianças em termos de prevenção de incêndios e queimaduras. Houve pouca evidência para sugerir que o primeiro ano do programa teve um impacto nos comportamentos de segurança auto-relatados.

Observou-se que a intervenção foi realizada em 11 escolas na cidade de Nottingham no Reino Unido, bem como, o estudo teve um período de duração de 1 ano. Como foi relatado acima, o Programa “Risk Watch” (Kendrick *et al* 2007) foi considerado parcialmente eficaz, com efeitos significantes na aquisição de conhecimento e habilidade pelos alunos. Os professores aplicaram a intervenção e pesquisadores independentes realizaram a mensuração.

Os instrumentos utilizados para mensurar a efetividade das ações de prevenção de lesões foram: Questionários auto relatados e o Townsend Deprivation Score (status socioeconômico). Os domínios avaliativos encontrados nesses instrumentos foram: Domínio Comportamental; Domínio Socioeconômico; Domínio Adesão; e Domínio Formação/Intelectual, apresentando esse último domínio resultados significantes. Na Figura 2 é apresentado o resultado da contagem de frequência dos domínios avaliativos encontrados nos 55 estudos analisados.

**Figura 2. Esquema dos domínios avaliativos com a frequência de aparição**



## DISCUSSÃO

O objetivo principal desta revisão de escopo foi analisar o estado da arte da avaliação da efetividade de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, voltados para crianças e adolescentes nas escolas. Após o trabalho minucioso e sistemático de busca e análise, 55 artigos foram elegíveis para nossa síntese.

Nenhum estudo se assemelhou ao Programa Saúde na Escola em termos de abrangência territorial e número de ações (13 ações). No entanto, foram identificadas seis (6) temáticas que são abordadas dentro do PSE (Alimentação, Nutrição e Atividade Física; Saúde Mental; Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas; Saúde Sexual e Reprodutiva/HIV; Saúde Bucal; e Prevenção de Lesões). As temáticas mais encontradas foram Alimentação, Nutrição e Atividade Física (20 artigos), Saúde Mental (14 artigos) e Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas (11 artigos). O aparecimento destas temáticas podem ser um reflexo do aumento de fatores de risco associados às doenças cardiovasculares e aos transtornos mentais/psicológicos em crianças e adolescentes nas últimas décadas (Ramirez *et al*, 2023, Ferriani *et al*, 2023), bem como, podem estar associados ao modelo biomédico, voltado para a avaliação de componentes diagnósticos clínicos e físicos, enraizados nas avaliações metodológicas de programas de promoção e prevenção de doenças nas escolas (Leger, 2022).

Diferentes instrumentos foram utilizados para mensurar a efetividade das ações, o que tornou impossível a realização de um desfecho único. No entanto, o agrupamento desses desfechos por temática, possibilitou-nos a realização de uma síntese dos artigos efetivos (45%, 25 artigos), parcialmente efetivos (25%, 14 artigos), e não efetivos (30%, 16 artigos). Não houve possibilidade de fazer comparações entre os estudos efetivos, parcialmente efetivos e não efetivos, pois os estudos eram semelhantes nos critérios de inclusão, na abordagem metodológica, na medida de acompanhamento, e principalmente, nos objetivos pretendidos pelos autores. Entretanto, as intervenções realizadas e os instrumentos utilizados para mensurar a efetividade divergiram, confirmando nossas hipóteses de que não há um único instrumento considerado ideal para avaliar a efetividade de ações tão complexas, que são ações de promoção à saúde, as quais englobam múltiplas dimensões.

Um dos estudos efetivos da temática Alimentação, Nutrição e Atividade Física ressaltou a importância de medidas comportamentais no estudo da efetividade (Quian *et al* 2019). Além disso, muitos dos estudos encontraram redução do sobrepeso (Jordan *et al*, 2008; Ratner *et al*, 2013), mudança de hábitos e estilo de vida (Safdie *et al*, 2013; Eckermann *et al*, 2014; Kobel *et al*, 2014), e ressaltaram a importância de atividades físicas, as quais devem ser adicionadas às intervenções (Foster *et al*, 2008). Gori e colaboradores (2017) também apontam para a necessidade de intervenções que incluem dieta e atividade física para resultados mais eficazes.

Os estudos efetivos da temática Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas ressaltaram a importância de uma abordagem coordenada e não apenas por meio de materiais focados individualmente (Bond *et al*, 2004), a importância de estratégias de mediação coletiva voltadas para resolução de problemas (Harrington *et al*, 2001), e a interferência de variáveis culturais e psicossociais na tomada de decisões (Vitória *et al*, 2011).

Marinho e colaboradores (2016) ressaltam a importância de medidas educativas e o uso correto da escovação e uso de flúor na redução dos índices de cáries, corroborando com nossos achados na temática de Saúde Bucal (Vanobbergen *et al* 2004; Muller-Bolla *et al*, 2016).

No geral, onze domínios avaliativos foram encontrados para mensurar a efetividade das ações estudadas, na seguinte ordem decrescente: Comportamental > Social > Diagnóstico Clínico > Psíquico > Físico > Sociodemográfico > Formação/Intelectual > Socioeconômico > Custo-Efetividade > Adesão > Monitoramento do Programa. Esses resultados corroboram com Hettler (1976), o qual afirma que avaliar o impacto das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças requer a compreensão do bem-estar do sujeito de pesquisa de forma holística, considerando 6 dimensões/componentes: Emocional - considerando a consciência e a aceitação dos próprios sentimentos; Físico - reconhecendo a priorização consistente do autocuidado físico; Intelectual - estimulando a consciência para as atividades criativas e estimulantes que levam ao aprendizado, crescimento pessoal e a partilha dos dons únicos; Ocupacional - reconhecendo a satisfação pessoal e o enriquecimento

profissional; Espiritual - reconhecendo o desenvolvimento de uma apreciação pela profundidade e extensão da vida e as forças naturais que existem no universo; Social - reconhecendo a contribuição para o meio ambiente e a comunidade.

Nós observamos que a maioria dos estudos foi de natureza randomizada e controlada, 48 dos 55 estudos elegíveis para esta revisão foram experimentais ou quase-experimentais. Tais achados se assemelham ao conjunto de estudos de efetividade no campo da promoção da saúde, onde abordagens disciplinares da epidemiologia e da psicologia do comportamento são as mais frequentes (McQueen, 2007; Potvin & McQueen, 2008). Estudos experimentais randomizados costumam ser eficazes para aferir relações lineares de causalidade entre eventos controlados. No entanto, programas de promoção da saúde e prevenção de doenças nas escolas, são, por definição, sujeitos a muitas variáveis não mobilizáveis para determinar todos os efeitos e fatores intervenientes possíveis. A compreensão dos programas de promoção como práticas sociais (Potvin & McQueen, *ibid*) requer considerar a complexidade, o contexto e a reflexividade. Neste sentido, medir a efetividade de ações em estudos randomizados controlados pode ter mascarado nossas interpretações dos achados, visto que o desenvolvimento de uma intervenção dentro de um estudo desta natureza pode não representar os retratos fiéis da prática cotidiana alcançada pela estudos pragmáticos (Treweek & Zwrenstein, 2009; Revicki & Frank, 1999).

O termo ensaios pragmáticos foi introduzido por Schwartz e Lellouch, em 1967, para testar uma intervenção em uma ampla prática clínica de rotina. Desde então, esses estudos têm sido essenciais para a avaliação da validade externa. Foi observado que muitos dos estudos analisados nesta revisão de escopo foram realizados em ambientes propícios à natureza da intervenção, podendo ser considerados, com certa cautela, pragmáticos. No entanto, é essencial o desenvolvimento de ferramentas que sejam capazes de mensurar a qualidade dos estudos pragmáticos de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidos no ambiente escolar.

Vale ressaltar também, que muitos estudos trouxeram o risco de viés, principalmente, quando a aplicação dos questionários é de forma auto relatada, induzindo muitas das vezes a respostas socialmente desejadas (Tarp *et al*, 2018; Kesztyüs *et al*, 2017; López *et al*, 2015). Além disso, é possível que os instrumentos utilizados não tenham sido sensíveis o suficiente para capturar efeitos relevantes nos estudos parcialmente e não efetivos (Grillich *et al*, 2016).

### *Limitações*

Uma das limitações encontradas nesta revisão de escopo foi a dificuldade de realizar comparações entre os estudos efetivos e os não efetivos, apesar de termos definido critérios de inclusão rígidos. Os estudos utilizaram intervenções e instrumentos diversificados, o que impossibilitou o agrupamento dos resultados por desfechos. No entanto, o agrupamento de estudos em temáticas possibilitou a análise exploratória destes estudos, de forma a identificarmos a necessidade do aperfeiçoamento de métodos de triangulação em estudos futuros (Rice, 2022).

Uma outra limitação foi a exploração realizada apenas das ações dentro de programas de promoção e prevenção de doenças, ao invés de uma pesquisa de avaliação do programa em si, para chegarmos a conclusões mais definitivas. Sabe-se que avaliar um programa requer outro aparato instrumental e metodológico que considere domínios amplos, como por exemplo, os apresentados por Rossi, Lipsey e Henry (2019). Por outro lado, nossa análise traz aspectos importantes a serem considerados na avaliação dos resultados e/ou impacto das ações de programas em si, uma das lacunas observadas acerca da avaliação de programas em saúde na comunidade científica.

## **CONCLUSÃO**

Futuros estudos são necessários para conclusões mais definitivas. Nós sugerimos que as avaliações de

intervenções e programas em promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos à saúde nas escolas sejam realizadas com metodologias e métodos diversificados, não lineares de avaliação, os quais possam ser, posteriormente, triangulados para uma maior cobertura de domínios avaliativos, além disso, esses métodos devem incluir uma análise das relações simbólicas e de poder, buscando contemplar a complexidade humana, principalmente, em relação: ao desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens em contexto escolar; aos processos de ensino e de aprendizagem; à organização escolar brasileira; à organização do Sistema de Saúde público; aos programas voltados para saúde e educação; e ao envolvimento de setores diversificados (intersectorialidade) na tomada de decisões.

## Agradecimentos

### Financiado

Ministério da Saúde - MS e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

## Bibliografia

Adab, P., Barrett, T., Bhopal, R., Cade, J. E., Canaway, A., Cheng, K. K., Clarke, J., Daley, A., Deeks, J., Duda, J., Ekelund, U., Frew, E., Gill, P., Griffin, T., Hemming, K., Hurley, K., Lancashire, E. R., Martin, J., McGee, E., ... Passmore, S. (2018). The west midlands active lifestyle and healthy eating in school children (Waves) study: A cluster randomised controlled trial testing the clinical effectiveness and cost-effectiveness of a multifaceted obesity prevention intervention programme targeted at. *Health Technology Assessment*, 22(8), 1–644. <https://doi.org/10.3310/hta22080>

Bavarian, N., Lewis, K. M., Acock, A., DuBois, D. L., Yan, Z., Vuchinich, S., Silverthorn, N., Day, J., & Flay, B. R. (2016). Effects of a School-Based Social–Emotional and Character Development Program on Health Behaviors: A Matched-Pair, Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of Primary Prevention*, 37(1), 87–105. <https://doi.org/10.1007/s10935-016-0417-8>

Bobrowski, K. J., Pisarska, A., Staszewski, K. O., & Borucka, A. (2014). [Effectiveness of alcohol prevention program for pre-adolescents]. *Psychiatria polska*, 48(3), 527–539.

Bond, L., Thomas, L., Coffey, C., Glover, S., Butler, H., Carlin, J. B., & Patton, G. (2004). *Long-Term Impact of the Gatehouse Project on Cannabis use of 16-year-olds in Australia*. 74(1), 23–29.

Burches, E., & Burches, M. (2020). Efficacy, effectiveness and efficiency in the health care: The need for an agreement to clarify its meaning. *Int Arch Public Health Community Med*, 4(1), 1-3.

Choque-Larrauri, R., & Chirinos-Cáceres, J. L. (2009). Eficacia del programa de habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica, Perú. *Revista de Salud Publica*, 11(2), 169–181. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642009000200002>

Chumpitaz-Durand, R., Vidal-Mosquera, A., & Aguilar-Villanueva, C. (2019). Effectiveness of oral health programs according to their levels of prevention, applied in educational institutions in Chiclayo and Pimentel, Peru. *Journal of Oral Research*, 8(2), 122–130. <https://doi.org/10.17126/joralres.2019.020>

Coyle, K., Basen-engquist, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., Harrist, R., Baumler, E., & Weil, M. (1999). Short-Term Impact of Safer Choices: *Journal of School Health*, 69(5), 181–188.

De Castro Graciano, A. M., Cardoso, N. M. M., Mattos, F. F., Gomes, V. E., & Borges-Oliveira, A. C. (2015). Promoção da Saúde na Escola: história e perspectivas. *Journal of Health & Biological Sciences*, 3(1), 34-38.

Eckermann, S., Dawber, J., Yeatman, H., Quinsey, K., & Morris, D. (2014). Evaluating return on investment in a school based health promotion and prevention program: the investment multiplier for the Stephanie Alexander Kitchen Garden National Program. *Social Science & Medicine* (1982), 114, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j>

socscimed.2014.05.056

Farrell, A. D., Valois, R. F., Meyer, A. L., & Tidwell, R. P. (2003). Impact of the RIPP Violence Prevention Program on Rural Middle School Students. *Journal of Primary Prevention*, 24(2), 143–167. <https://doi.org/10.1023/A:1025992328395>

Ferriani, L. O., Silva, D. A., Molina, M. D. C. B., Mill, J. G., Brunoni, A. R., da Fonseca, M. D. J. M., ... & Viana, M. C. (2023). Depression is a risk factor for metabolic syndrome: Results from the ELSA-Brasil cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 158, 56–62.

Figueiredo, T. A. M. D., Machado, V. L. T., & Abreu, M. M. S. D. (2010). A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 397–402.

Foshee, V. A., Bauman, K. E., Arriaga, X. B., Helms, R. W., Koch, G. G., & Linder, G. F. (1998). An evaluation of safe dates, an adolescent dating violence prevention program. *American Journal of Public Health*, 88(1), 45–50. <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.1.45>

Foster, E. M., Jones, D., Bierman, K. L., Coie, J. D., Dodge, K. A., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J., & Pinderhughes, E. E. (2006). Can a costly intervention be cost-effective? An analysis of violence prevention. *Archives of General Psychiatry*, 63(11), 1284–1291. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.11.1284>

Foster, G. D., Sherman, S., Borradaile, K. E., Grundy, K. M., Vander Veur, S. S., Nachmani, J., Karpyn, A., Kumanyika, S., & Shults, J. (2008). A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. *Pediatrics*, 121(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1365>

Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsy, M., Furr-Holden, C. D. M., Stastna, L., & Jurystova, L. (2012). “Unplugged”: A school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(1–2), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.010>

Garmy, P., Clausson, E. K., Berg, A., Steen Carlsson, K., & Jakobsson, U. (2019). Evaluation of a school-based cognitive-behavioral depression prevention program. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(2), 182–189. <https://doi.org/10.1177/1403494817746537>

Gómez, S. F., Casas Esteve, R., Subirana, I., Serra-Majem, L., Fletas Torrent, M., Homs, C., Bawaked, R. A., Estrada, L., Fíto, M., & Schröder, H. (2018). Effect of a community-based childhood obesity intervention program on changes in anthropometric variables, incidence of obesity, and lifestyle choices in Spanish children aged 8 to 10 years. *European Journal of Pediatrics*, 177(10), 1531–1539. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3207-x>

Gorini, G., Carreras, G., Bosi, S., Tamelli, M., Monti, C., Storani, S., Martini, A., Allara, E., Angelini, P., & Faggiano, F. (2014). Effectiveness of a school-based multi-component smoking prevention intervention: the LdP cluster randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 61, 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.01.004>

Gori D *et al.* Effectiveness of educational and lifestyle interventions to prevent paediatric obesity: systematic review and meta-analyses of randomized and non-randomized controlled trials. *Obes Sci Pract*. 2017; 3 (3): 235–248. DOI: <https://doi.org/10.1002/osp4.111>

Greve, J., & Heinesen, E. (2015). Evaluating the impact of a school-based health intervention using a randomized field experiment. *Economics and Human Biology*, 18, 41–56. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2015.03.005>

Grillich, L., Kien, C., Takuya, Y., Weber, M., & Gartlehner, G. (2016). Effectiveness evaluation of a health promotion programme in primary schools: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 16, 679. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3330-4>

Harrington, N. G., Giles, S. M., Hoyle, R. H., Feeney, G. J., & Yungbluth, S. C. (2001). Evaluation of the All Stars character education and problem behavior prevention program: effects on mediator and outcome variables for middle school students. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 28(5), 533–546. <https://doi.org/10.1177/109019810102800502>

Hovdenak, I. M., Stea, T. H., Magnus, P., Krokstad, S., Samdal, O., & Bere, E. (2021). How to evaluate the effect of seven years of the Norwegian School Fruit Scheme (2007–2014) on fruit, vegetable and snack consumption and weight status: A natural experiment. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(4), 347–357. <https://doi.org/10.1177/1403494819875923>

Hundert, J., Boyle, M. H., Cunningham, C. E., Duku, E., Heale, J. A., McDonald, J., Offord, D. R., & Racine, Y. (1999). Helping children adjust - A Tri-Ministry Study: II. Program effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(7), 1061–1073. <https://doi.org/10.1017/S0021963099004606>

Jennings, J. M., Howard, S., & Perotte, C. L. (2014). Effects of a school-based sexuality education program on peer educators: the Teen PEP model. *Health Education Research*, 29(2), 319–329. <https://doi.org/10.1093/her/cyt153>

Jones, D., Godwin, J., Dodge, K. A., Bierman, K. L., Coie, J. D., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J., & Pinderhughes, E. E. (2010). Impact of the fast track prevention program on health services use by conduct-problem youth. *Pediatrics*, 125(1), 1–13. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0322>

Jordan, K. C., Erickson, E. D., Cox, R., Carlson, E. C., Heap, E., Friedrichs, M., Moyer-Mileur, L. J., Shen, S., & Mihalopoulos, N. L. (2008). Evaluation of the Gold Medal Schools Program. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(11), 1916–1920. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.08.002>

Kesztyüs, D., Lauer, R., Kesztyüs, T., Kilian, R., & Steinacker, J. M. (2017). Costs and effects of a state-wide health promotion program in primary schools in Germany - The Baden-Württemberg Study: A cluster-randomized, controlled trial. *PLoS ONE*, 12(2), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172332>

Kirby, D. B., Baumler, E., Coyle, K. K., Basen-Engquist, K., Parcel, G. S., Harrist, R., & Banspach, S. W. (2004). The “Safer Choices” intervention: its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *Journal of Adolescent Health*, 35 (6 CC-Child Health CC-Consumers and Communication CC-SR-HEALTHP CC-Fertility Regulation CC-Developmental, Psychosocial and Learning Problems), 442–452. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.02.006>

Kobel, S., Wirt, T., Schreiber, A., Kesztyüs, D., Kettner, S., Erkelenz, N., Wartha, O., & Steinacker, J. M. (2014). Intervention effects of a school-based health promotion programme on obesity related behavioural outcomes. *Journal of Obesity*, 2014, 476230. <https://doi.org/10.1155/2014/476230>

Kocken, P. L., Scholten, A.-M., Westhoff, E., De Kok, B. P. H., Taal, E. M., & Goldbohm, R. A. (2016). Effects of a Theory-Based Education Program to Prevent Overweightness in Primary School Children. *Nutrients*, 8(1). <https://doi.org/10.3390/nu8010012>

Leger, L., Buijs, G., Keshavarz Mohammadi, N., Lee, A. (2022). Health-Promoting Schools. In: Kokko, S., Baybutt, M. (eds) *Handbook of Settings-Based Health Promotion*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-95856-5\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-030-95856-5_6)

Lee, A., Lo, A., Li, Q. *et al.* Health Promoting Schools: An Update. *Appl Health Econ Health Policy* **18**, 605–623 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00575-8>.

Li, W. H. C., Chung, J. O. K., & Ho, E. K. Y. (2013). Effectiveness of an adventure-based training programme in promoting the psychological well-being of primary schoolchildren. *Journal of Health Psychology*, 18(11), 1478–1492. <https://doi.org/10.1177/1359105312465102>

LIMA, G. Z. Saúde escolar e educação. São Paulo: Cortez, 1985

Lubans, D. R., Smith, J. J., Plotnikoff, R. C., Dally, K. A., Okely, A. D., Salmon, J., & Morgan, P. J. (2016). Assessing the sustained impact of a school-based obesity prevention program for adolescent boys: The ATLAS cluster randomized controlled trial. In *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* (Vol. 13). BioMed Central Limited.

Malmberg, M., Kleinjan, M., Overbeek, G., Vermulst, A., Lammers, J., Monshouwer, K., Vollebergh, W. A. M.,

& Engels, R. C. M. E. (2015). Substance use outcomes in the Healthy School and Drugs program: results from a latent growth curve approach. *Addictive Behaviors*, 42, 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.11.021>

Mayring, P. (2012). Qualitative Inhaltsanalyse—ein Beispiel für Mixed Methods. *Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung*, 1, 27–36.

Maticka-Tyndale, E., Wildish, J., & Gichuru, M. (2007). Quasi-experimental evaluation of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Evaluation and Program Planning*, 30(2), 172–186. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2007.01.006>

McVey, G. L., Davis, R., Tweed, S., & Shawl, B. F. (2004). Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: A replication study. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/eat.20006>

McQueen, D.V. (2007). Evidence and Theory. Continuous debates on evidence and effectiveness. In D.V. McQueen & C.M. Jones (eds.), (pp.281-303). New York: Springer.

Moreira, P. A. S., Jacinto, S., Pinheiro, P., Patrício, A., Crusellas, L., Oliveira, J. T., & Dias, A. (2014). Long-term impact of the promotion of social and emotional skills. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 27(4), 634–641. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427404>

Murphy, S., Moore, G., Tapper, K., Lynch, R., Clarke, R., Raisanen, L., Desousa, C., & Moore, L. (2011). Free healthy breakfasts in primary schools: A cluster randomised controlled trial of a policy intervention in Wales, UK. *Public Health Nutrition*, 14(2), 219–226. <https://doi.org/10.1017/S1368980010001886>

Pannebakker, F. D., van Genugten, L., Diekstra, R. F. W., Gravesteyn, C., Fekkes, M., Kuiper, R., & Kocken, P. L. (2019). A Social Gradient in the Effects of the Skills for Life Program on Self-Efficacy and Mental Wellbeing of Adolescent Students. *Journal of School Health*, 89(7), 587–595. <https://doi.org/10.1111/josh.12779>

Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B., Lange, D., Seiberl, J., & Müller, M. J. (2011). Eight-year follow-up of school-based intervention on childhood overweight - The Kiel obesity prevention study. *Obesity Facts*, 4(1), 35–43. <https://doi.org/10.1159/000324552>

Potvin, L., & McQueen, D. V. (2007). *Modernity, public health and health promotion. A reflexive discourse*. In D. V. McQueen, I. Kickbusch, L. Potvin, J. M. Pelikan, L. Balbo, & T. Abel (Eds.), *Health & modernity. The role of theory in health promotion* (pp. 12–20). New York: Springer.

Potvin, L., McQueen, D. (2008). Practical Dilemmas for Health Promotion Evaluation. In L. Potvin, D. McQueen (eds) *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*, (pp. 25-45). New York: Springer.

Qian, L., Newman, I. M., Yuen, L.-W., Du, W., & Shell, D. F. (2019). Effects of a comprehensive nutrition education programme to change grade 4 primary-school students' eating behaviours in China. *Public Health Nutrition*, 22(5), 903–911. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003713>

Ramirez, I., Alves, D. E., Kuchler, P. C., Madalena, I. R., Lima, D. C. D., Barbosa, M. C. F., ... & Oliveira, D. S. B. D. (2023). Geographic Information Systems (GIS) to Assess Dental Caries, Overweight and Obesity in Schoolchildren in the City of Alfenas, Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2443.

Revicki DA, Frank L (1999) Pharmacoeconomic evaluation in the real world. Effectiveness versus efficacy studies. *Pharmacoeconomics* 15: 423-434.

Rice, M.E. (2022). Assessment for and Evaluation of Healthy Settings. In: Kokko, S., Baybutt, M. (eds) *Handbook of Settings-Based Health Promotion*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-95856-5\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-030-95856-5_4).

Rinat Ratner, G., Samuel Durán, A., María Jesús Garrido, L., Sebastián Balmaceda, H., Liliana Jadue, H., & Eduardo Atalah, S. (2013). Impacto de una intervención en alimentación y actividad física sobre la prevalencia de obesidad en escolares. *Nutricion Hospitalaria*, 28(5), 1508–1514. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.5.6644>

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Henry, G. T. (2019). *Evaluation: A systematic approach* (8th ed.). Sage Publications.

Safdie, M., Jennings-Aburto, N., Lévesque, L., Janssen, I., Campirano-Núñez, F., López-Olmedo, N., Aburto, T., & Rivera, J. A. (2013). Impact of a school-based intervention program on obesity risk factors in Mexican children. *Salud Publica de Mexico*, 55 Suppl 3, 374-387. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s3.5138>

Sorensen, G., Gupta, P. C., Nagler, E., & Viswanath, K. (2012). Promoting life skills and preventing tobacco use among low-income Mumbai youth: effects of Salaam Bombay Foundation intervention. *PloS One*, 7(4), e34982. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034982>

Strøm, H. K., Adolfsen, F., Handegård, B. H., Natvig, H., Eisemann, M., Martinussen, M., & Kuposov, R. (2015). Preventing alcohol use with a universal school-based intervention: Results from an effectiveness study Health policies, systems and management. *BMC Public Health*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1704-7>

Tak, Y. R., Lichtwarck-Aschoff, A., Gillham, J. E., Van Zundert, R. M. P., & Engels, R. C. M. E. (2016). Universal School-Based Depression Prevention 'Op Volle Kracht': a Longitudinal Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(5), 949–961. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0080-1>

Tarp, J., Jespersen, E., Møller, N. C., Klakk, H., Wessner, B., Wedderkopp, N., & Bugge, A. (2018). Long-term follow-up on biological risk factors, adiposity, and cardiorespiratory fitness development in a physical education intervention: a natural experiment (CHAMPS-study DK). *BMC Public Health*, 18(1), 605. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5524-4>.

Treweek S, Zwarenstein M (2009) Making trials matter: Pragmatic and explanatory trials and the problem of applicability. *Trials* 10: 37.

Valdivieso López, E., Rey-Reñones, C., Rodriguez-Blanco, T., Ferre Grau, C., Arija, V., Barrera Uriarte, M. L., Granado-Font, E., Flores-Mateo, G., Valdivieso, E., Barrera, M., Gallardo, S., Boix, A., Rovira, G., Arriaza, L., Barco, I., Donado, A., Castelar, M. J., Martin, J., Canela, C., ... Navarro, E. (2015). Efficacy of a smoking prevention programme in Catalan secondary schools: A cluster-randomized controlled trial in Spain. *Addiction*, 110(5), 852–860. <https://doi.org/10.1111/add.12833>

Valente, J. Y., Cogo-Moreira, H., & Sanchez, Z. M. (2020). Decision-making skills as a mediator of the #Tamojunto school-based prevention program: Indirect effects for drug use and school violence of a cluster-randomized trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 206, 107718. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107718>

Vitoria, P., Silva, S., & De Vries, H. (2013). Longitudinal evaluation of a school based smoking prevention programme. *Atencion Primaria*, 45(2), 51. <http://ovidsp.ovid.com?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed11&AN=71087766>

Walter, H. J., & Wynder, E. L. (1989). The development, implementation, evaluation, and future directions of a chronic disease prevention program for children: the "Know Your Body" studies. *Preventive Medicine*, 18(1), 59–71. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(89\)90054-6](https://doi.org/10.1016/0091-7435(89)90054-6)

Warschburger, P., & Zitzmann, J. (2018). The Efficacy of a Universal School-Based Prevention Program for Eating Disorders among German Adolescents: Results from a Randomized-Controlled Trial. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(6), 1317–1331. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0852-3>

Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J.-P., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet (London, England)*, 385(9977), 1536–1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)

World Health Organization. (2009). *Guidelines and indicators for health promoting schools*. WHO-WPRO.



## ANEXO 5 - O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, UMA ANÁLISE A PARTIR DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR

### O Programa Saúde na Escola e as ações de educação em saúde, uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

Alexandro Rodrigues Pinto<sup>30</sup>

#### Resumo

A interface saúde-educação constitui uma importante estratégia para estimular estilos de vida que favoreçam o processo saúde-doença. No Brasil, a questão tem sido tratada pelo Programa Saúde na Escola (PSE) que objetiva promover a saúde e a educação integral dos jovens. Este estudo objetiva contribuir com a avaliação de efetividade do PSE, tendo como desfecho a realização de atividades intersetoriais e de educação em saúde. Utilizou-se de análises estatísticas descritivas e inferenciais, transversal, dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar no ano de 2019. Verificou-se que as unidades educacionais que aderiram ao Programa apresentam maiores chances de desenvolverem atividades de interlocução com as unidades básicas de saúde e que as atividades de educação em saúde em que há associação positiva com o Programa tem sua prática vinculada à atuação exclusiva dos profissionais da saúde. Não foram observadas, contudo, diferenças entre os grupos com e sem o PSE quando as ações se relacionavam à promoção da saúde, em que o componente educacional é elemento fundante, o que levanta a hipótese de o Programa ter se consolidado a partir de uma divisão do trabalho entre as equipes de saúde e educação em que não se vislumbra a prática intersetorial.

#### Abstract

The health-education interface constitutes an important strategy to promote lifestyles that favor the health-disease process. In Brazil, this issue has been tackled by the Health at School Program (PSE), which aims to promote health and comprehensive education for young people. This study aims to contribute to the evaluation of the effectiveness of the PSE. Descriptive and inferential, cross-sectional statistical analyzes of microdata from the National School Health Survey in 2019 were used. It was found that the educational units that joined the Program have a higher odds ratio of developing dialogue activities with the primary health units. However, it was also found that health education activities in which there is a positive association with the Program have their practice linked to the exclusive role of health professionals. No differences were observed between the groups of schools with and without the PSE when the actions were related to health promotion, in which the educational component is a fundamental element, which raises the hypothesis that the Program was consolidated from of a division of labor between the health and education teams in which intersectoral practice is not envisaged.

Palavras-Chave: Educação em saúde; Avaliação de Efetividade; Programa Saúde Na escola; Intersetorialidade

<sup>30</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Gerência Regional de Brasília. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9270-2760>.

## I. Introdução

A infância e adolescência são períodos de transformações que de um lado mostram-se propícios para a promoção de hábitos saudáveis e por outro vulneráveis a fatores de risco como abuso drogas e exposição a infecções sexualmente transmissíveis. Os benefícios de uma adolescência saudável podem ser resumidos no chamado “triplo dividendo” que aponta que os investimentos realizados nesta etapa da vida gerarão resultados que se estenderão para além do bem-estar físico do indivíduo neste período, com impacto inclusive nas próximas gerações<sup>1</sup>.

Neste contexto, escola é um espaço diferenciado para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos<sup>2,3</sup> e encontra-se em posição privilegiada para incidir sobre o processo de formação de crenças, atitudes e mesmo percepção normativas das crianças e adolescente e consequentemente de comportamentos saudáveis<sup>4</sup>.

Acrescente-se que a escola é a instituição com atendimento ao público infanto-juvenil com maior capilaridade e que concentra em um a maioria das crianças e adolescente<sup>5</sup>, que passam parte do dia sob a supervisão de professores e funcionários, permitindo a identificação precoce de comportamentos considerados como não saudáveis. Ademais, a promoção da saúde pode ser tratada sob diferentes perspectivas disciplinares, considerando a fase da vida e a partir de abordagens que valorizem o currículo declarado e aquele que se tem chamado de oculto<sup>6</sup>.

A interface saúde-educação tem sido objeto de vários estudos e pode ser caracterizada com uma relação com mútuos benefícios<sup>3,7</sup>. Por um lado, uma boa educação permite uma melhor inserção no mercado de trabalho na vida adulta e o consumo de bens e serviços que propiciam melhores condições de vida<sup>8</sup> e consequentemente de saúde<sup>8-14</sup>. Por outro, crianças e jovens saudáveis tem mais condições para usufruir do direito à educação e demonstram melhores desempenho escolar<sup>15-17</sup>.

No Brasil o binômio saúde-educação tem sido o objeto do Programa Saúde na Escola – PSE –, criado pelo Decreto 6.286/2007, que objetiva “contribuir para formação integral dos estudantes da rede pública da educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”<sup>18</sup>.

O PSE está estruturado em dois grandes componentes, um voltado à gestão que aposta na articulação entre os setores de educação e saúde nos três níveis de governo por meio da criação de espaços de coordenação entre as pastas envolvidas, os Grupos de Trabalho intersetorial - GTI. Outra via é dedicada à oferta de ações de saúde no ambiente escolar, cujo rol de temas varia a cada biênio, conforme a realidade socio sanitária do país. Os municípios devem executar um conjunto mínimo de ações de educação e avaliação da saúde, contemplando entre elas aquelas apontadas como obrigatórias pelo Ministério da Saúde<sup>19</sup>.

No ciclo de 2019/2020, a adesão ao Programa atingiu a 95% dos municípios, abrangendo 91.659 escolas, onde estudavam mais de 22 milhões de estudantes<sup>20</sup>. Ao longo de sua história, o PSE mobilizou o repasse financeiro, a título de incentivo, do Ministério da Saúde aos municípios de R\$ 1,1 bilhão<sup>21</sup>.

Em que pese a sua envergadura, expressa pela alta cobertura e os investimentos públicos, os estudos sobre o PSE têm se restringido à análise de abrangência local, na maioria com abordagem qualitativa e restrita a experiências isoladas, com baixa poder extrapolação para a realidade nacional<sup>22</sup>. Carecem-se, portanto, pesquisas que aportem elementos que permitam o julgamento da capacidade do Programa de promover modificações na dinâmica escolar, em especial aquelas promotoras da saúde.

O presente artigo visa a contribuir com a redução dessa lacuna e investigar a relação da participação no PSE e a realização de um conjunto de atividades de saúde no âmbito das escolas, tendo como escopo as unidades públicas de ensino básico espalhadas em todo o território nacional.

## II. Metodologia

Foi realizada análise dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, PeNSE, do ano de 2019. A PeNSE é uma pesquisa amostral realizada pelo IBGE junto à 4.432 escolas, públicas e privadas, entre os meses abril a setembro de 2019<sup>23</sup>.

Os microdados disponibilizados no sítio eletrônico do IBGE trazem as informações das escolas em uma única base de dados, estruturada para registro das informações dos alunos participantes. Foi feito um filtro para selecionar as informações das escolas e posteriormente ponderá-los para distribuição das unidades de ensino com as mesmas características do universo amostral do Censo Escolar 2019, considerando os recortes de região, nível de ensino ofertado e tipo de município (capital ou interior) em que a escola se localiza. A ponderação é necessária para que a análise represente a população a que se refere, produzindo estimativas mais próximas à realidade a qual a Pesquisa visa a retratar<sup>24</sup>.

As análises descritivas foram realizadas por meio da distribuição percentual das variáveis de interesse segundo a condição de participação no PSE utilizando teste de proporção de Tukey<sup>25</sup>.

Foram consideradas como ações típicas do PSE aquelas elencadas no diploma normativo<sup>26</sup> e presente na pesquisa. Para efeitos de execução do programa, considerou-se a realização de no mínimo duas ações, sendo pelo menos uma constante no rol das prioridades, conforme Documento Orientador do biênio 2019-2020<sup>26</sup>.

Para análise das associações de possíveis desfechos com a condição de participação no PSE foram utilizados de 13 modelos de regressão logística, um para cada desfecho de interesse, com erro padrão robusto, tendo como variáveis independentes dicotômicas a realização de atividades da escola com as unidades Básicas de Saúde ou com as Equipes de Saúde da Família (ESF), a presença de comitê responsável pela orientação/coordenação de ações de saúde no âmbito da escola, realização de ações típicas do PSE. Além da condição de participação da escola no PSE, adotou-se como variáveis independentes: a região geográfica, o tipo de município onde a unidade de ensino se localizava, a esfera administrativa (municipal, estadual ou federal), a oferta de turma no turno noturno, de educação infantil, de ensino fundamental, de ensino médio e educação de jovens e adultos.

Os testes estatísticos foram realizados em nível de significância de 0,05 (5%) utilizando de software R.

Conforme resolução do 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde<sup>27</sup>, por tratar-se de análise de dados secundários cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, não é necessária a submissão do projeto ao Conselho de Ética em Pesquisa. Porém cabe informar que a PeNSE teve seu projeto aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa<sup>28</sup>.

## III. Resultados

### a. Caracterização da Amostra

Participaram da pesquisa 1.974 escolas públicas (municipais, estaduais ou federais), a maioria (60,5%, Intervalo de confiança de 95% (IC95%):57,7% - 63,3%) com o PSE. Contrastando com os dados administrativos de adesão ao Programa e com o do Censo Escolar, verifica-se a frequência das escolas públicas que aderiram ao PSE no ciclo de 2019 /2020 é estatisticamente igual à informada pela PENSE (58,8%; IC95% 58,4% - 59,3%), o que autoriza considerar a variável de participação no Programa pesquisada na Pesquisa como sinônimo da adesão ao programa neste ciclo.

Tabela 1- Características Gerais das Escolas, Segundo Variáveis de Interesse

Variáveis	Adesão ao PSE			p-valor <sup>2</sup>
	Escolas Públicas N = 1,974 <sup>1</sup>	Não N = 780 <sup>1</sup>	Sim N = 1.194 <sup>1</sup>	
<b>Região</b>				<0,001
Norte	252 (13%)	116 (15%)	137 (11%)	
Nordeste	689 (35%)	169 (22%)	519 (43%)	
Sudeste	582 (29%)	311 (40%)	271 (23%)	
Sul	312 (16%)	134 (17%)	178 (15%)	
Centro-oeste	139 (7,0%)	49 (6,3%)	90 (7,5%)	
<b>Escola situada em município:</b>				0,4
Capital	251 (13%)	104 (13%)	147 (12%)	
Não Capital	1.723 (87%)	676 (87%)	1.047 (88%)	
<b>Localização da escola</b>				0,010
Urbana	1.505 (76%)	628 (81%)	877 (73%)	
Rural	469 (24%)	152 (19%)	317 (27%)	
<b>Esfera administrativa</b>				<0,001
Federal	13 (0,7%)	8 (1,0%)	5 (0,5%)	
Estadual	1.032 (52%)	527 (68%)	505 (42%)	
Municipal	929 (47%)	245 (31%)	684 (57%)	
<b>Quantidade de ações do PSE realizadas<sup>1</sup></b>	7,56 (3,02)	6,95 (3,06)	7,96 (2,92)	<0,001
<b>Quantidade de ações prioritárias executadas<sup>1</sup></b>	3,05 (1,83)	2,20 (1,99)	3,61 (1,48)	<0,001
<b>Distribuição das escolas segundo o número de ações prioritárias realizadas</b>				<0,001
0	416 (21%)	311 (40%)	105 (8,8%)	
1	36 (1,8%)	20 (2,5%)	16 (1,4%)	
2	150 (7,6%)	56 (7,1%)	95 (7,9%)	
3	310 (16%)	112 (14%)	198 (17%)	
4	549 (28%)	159 (20%)	390 (33%)	
<b>Execução do PSE (realizou 2 ações, sendo uma prioritária)</b>	1.090 (55%)	0 (0%)	1.090 (91%)	<0,001
<b>Escola possui Comitê para coordenar as ações de saúde</b>				<0,001
Não	1.246 (63%)	627 (80%)	619 (52%)	
Sim	728 (37%)	153 (20%)	575 (48%)	
<b>Escola oferta educação infantil</b>	510 (26%)	146 (19%)	364 (31%)	<0,001

<b>Escola oferta ensino fundamental</b>	1.702 (86%)	621 (80%)	1.081 (91%)	<0,001
<b>Escola oferta ensino médio</b>	867 (44%)	455 (58%)	413 (35%)	<0,001
<b>Escola oferta Educação de Jovens e Adultos</b>	618 (31%)	218 (28%)	400 (34%)	0,046

<sup>1</sup>n (%); Média (Desvio padrão)

<sup>2</sup>Teste Chi-quadrado com Correção de Rao & Scott's second-order; Wilcoxon rank-sum teste para amostras complexas.

Fonte: Análise do autor a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, ano de 2019, Brasil e UF.

A análise da distribuição regional das escolas (Tabela 1), segundo a participação no Programa revela uma sobre-representação do Programa no Nordeste em relação às demais escolas públicas (43,5% IC95% 41,1 - 45,9% versus -vs- 21,7% IC95% 18,9% - 24,5%) e uma sub-representação no Sudeste (22,7% IC95% 20,1% - 25,2% vs 39,9% IC95% 36,4% - 43,5%), diferenças que se mostraram significativas ( $p < 0.05$ ).

As escolas municipais também prevalecem dentro do conjunto das que aderiram ao Programa comparativamente às demais (57,2% IC95% 53,7% - 60,7% vs 31,5% IC95% 26,7% - 36,5%). Por conseguinte, as estaduais apresentam comportamento inverso, sendo que 42% (IC95% 38,9% - 45,8%) dos estabelecimentos que se declararam na pesquisa como integrante do PSE eram estaduais, ao passo que entre aquelas que não estavam no Programa esse percentual era de 67,5% (IC95% 62,5% - 72,3%). Não foi observada diferença significativa estatisticamente entre os grupos segundo a adesão ao Programa das escolas federais (1% IC95% 0,4% - 1% entre os estabelecimentos que não se encontravam no PSE e 0,4% IC95% 0,1 - 0,8%).

Com relação ao nível de educação ofertado, observa-se uma maior participação no Programa das escolas públicas de educação infantil e de ensino fundamental (30,5% IC95% 26,7% - 34,3% vs 18,7 IC95% 14,4% - 22,9% e 90,5% IC95% 88,7% - 92,3% vs 79,7% IC95% 76,3% - 83,1%). Por outro lado, no ensino médio verifica-se uma menor adesão das unidades de ensino ao Programa (34,5% IC95% 31,3% - 37,8% vs 58,3% IC95% 53,7% - 63%).

## B. Ações executadas

As escolas com o Programa realizam cerca de uma ação (7,96 IC95% 7,74 - 8,18 vs 6,95 IC95% 6,65 - 7,25,  $p < 0.05$ ) de promoção ou prevenção adicional as sem o PSE. Tal diferença parece concentra-se no apoio à vacinação de alunos, promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade e avaliação da saúde bucal, conforme Tabela 1.

Para o ciclo 2019/2020, foram estabelecidas como ações prioritárias a promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; a promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; ações de combate ao *Aedes aegypti*; verificação e atualização da situação vacinal; e prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas 26. Observa-se, Tabela 1, que as escolas com PSE relatam em média ter realizado mais ações consideradas como prioritárias (3,61 IC95% 3,5 - 3,73) que aquelas sem o Programa (2,2 IC95% 2 - 2,4,  $p < 0,05$ ).

Também foi possível verificar que 65% (IC95% 61,6% - 68,9%) das escolas com PSE já haviam realizadas, nos últimos 12 meses, 4 ou mais ações consideradas como prioritárias pelo Programa no ciclo de 2019/2020. Esse percentual entre as instituições de ensino público não participantes do PSE foi praticamente a metade (36% IC95% 31,4% - 41,1%).

Observa-se ainda que as escolas participantes do PSE apresentam maior frequência, em relação às demais unidades mantidas pelo governo, na presença de comitê responsável pela orientação e coordenação das ações

de saúde (48,2% IC95 44,3% - 52% vs 19,6% IC 95% 15,9% - 23,4%) e da realização de ações em conjunto com as unidades básicas de saúde ou equipe de saúde da família existentes nos territórios (91,3%, IC95% 89% - 93,5% vs 60,3% IC95% 55,4 - 65,1%).

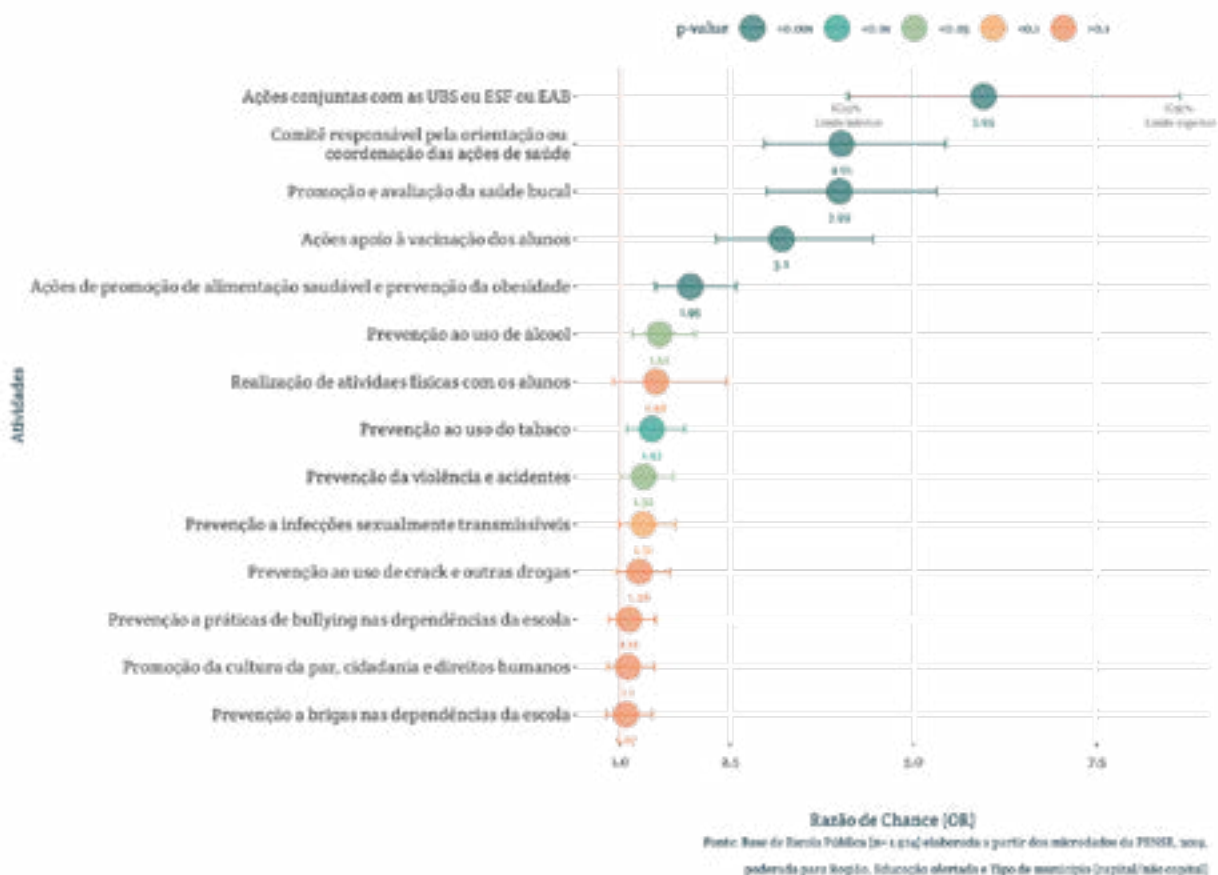
Quando comparadas as atividades de gestão intersetorial (realização de ações conjuntas entre escolas e unidades básicas de saúde – UBS – ou equipes de Saúde da Família –eSF – e presença de comitê responsável pela orientação ou coordenação de iniciativas de saúde no âmbito escolar) e de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos realizadas por unidades educacionais com o PSE com aquelas sem o Programa, controladas pelas variáveis independentes (região, localização em capital de estado, esfera administrativa a que a escola se vincula, turnos e etapa de ensino ofertados), verifica-se que oito das 14 empreitadas investigadas mostraram maior chance de ocorrer nas escolas que haviam aderido ao Programa(Gráfico 1).

As escolas com o PSE têm quase seis vezes (razão de chance (OR): 5,95, IC95% 4,10 – 8,63) mais chances de terem realizado ações conjuntas com as UBS/eSF que aquelas não participante do Programa.

De forma semelhante, porém em menor magnitude, verifica-se que a presença de comitê responsável pela coordenação e orientação das ações de saúde no âmbito do estabelecimento de ensino tinha quatro vezes mais chance (OR: 4,01, IC95% 2,96 – 5,44) de ser relatado por uma escola com o PSE quando comparada com as que não o tinha aderido.

Dentre as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, a promoção e avaliação da saúde bucal foi a que apresentou maior razão de chance de ocorrer em uma escola com o PSE (OR: 3,99, IC95% 2,99 – 5,31), seguido pela vacinação dos discentes (OR: 3,2 IC95% 2,30 – 4,45), promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade (OR: 1,95, IC95% 1,49 – 2,58), prevenção ao uso de álcool (OR: 1,54, IC95% 1,48 – 2,58), prevenção ao uso do tabaco (OR: 1,43, IC95% 1,09 – 1,88) e a prevenção de violência e acidentes que tem 32% (OR 1.32, IC95% 1 – 1,73) mais de chance de ter ocorrido em uma escola aderida ao PSE que uma que não o fez.

**Gráfico 1: Razão de chance de ações de educação em saúde que ocorrerem em escolas aderidas ao PSE**



## IV. Discussão

Vários projetos tentam articular as dimensões de educação e saúde, merecendo destaque a estratégia de Escola Promotora da Saúde (EPS) lançada pela Organização Mundial de Saúde em 1998<sup>29</sup>. Uma escola é considerada promotora de saúde quando articular quatro diretrizes: políticas escolares saudáveis, ambiente físico e social saudáveis, desenvolver habilidade de saúde individuais e competências para ação, ligação com a comunidade e com os serviços de saúde<sup>30</sup>.

No Brasil, o PSE é o programa do Governo Federal que tem por objetivo aproveitar a oportunidade que representa a infância e a juventude na promoção de hábitos saudáveis, por meio da promoção de 13 ações, cujo rol adapta-se à realidade socioepidemiológica do país em cada ciclo bienal. O Programa tem como pedra de torque a articulação das redes de saúde e educação no território. Em que pese sua envergadura em termos de abrangência geográfica e ousadia de seus objetivos e diretrizes<sup>21</sup>, o programa não pode ser considerado como uma estratégia de Escola Promotora de Saúde por seu foco não apenas no desenvolvimento de ações voltadas ao currículo de saúde<sup>31</sup>. A não caracterização do Programa como EPS permite a utilização de metodologia de avaliação que não apenas aquelas desenvolvidas para este tipo de iniciativa, a exemplo daquelas propostas trazidas por Barnekow e demais autores<sup>32</sup> e por Young, St.Leger e Blanchard<sup>33</sup>.

Considera-se o PSE como uma intervenção complexa, que objetiva a promoção integral da saúde de crianças e jovens por meio de um conjunto de ações definidas segundo as necessidades e possibilidades do território<sup>34</sup>. A característica de complexidade de uma intervenção pode ser dada por seus elementos constituintes: número de componentes, a amplitude de comportamentos para os quais se direciona, a expertise e habilidades envolvidas no processo de sua execução, o número de locais em que ocorre e o grau de flexibilidade permitido na sua implementação<sup>35</sup>.

Nessa perspectiva, a avaliação de uma intervenção complexa deve considerar quatro dimensões: eficácia, a efetividade, a teoria de mudança e os sistemas de implementação<sup>35</sup>. O presente estudo oferece elementos que contribuem para a avaliação da efetividade do PSE, em que pese, por não ter um desenho experimental, não poder atribuir relações de causalidade.

A Teoria Geral da Implementação proposta por May<sup>36</sup> oferece uma lente explicativa que pode auxiliar a discutir os resultados observado pela PeNSE 2019 em relação às práticas de educação em saúde nas escolas participantes do PSE.

Segundo a teoria, a expressão das manifestações de agência dos indivíduos seria condicionada pelo sistema social – conjunto de relações dinâmicas emergentes e socialmente organizadas, no qual os atores atuam. Assim, a implementação de uma prática, quer seja de educação em saúde ou de promoção da intersectorialidade do PSE, pode ser lida como o resultado de um processo deliberado na qual os agentes sociais em questão (profissionais da saúde, da educação, ou de outro segmento do Estado ou da sociedade) intencionam operá-la diretamente ou por meio de outros em um contexto socioinstitucional que, de alguma forma, a sanciona.

Nesse contexto, os instrumentos normativos do Programa, legislação e guias de orientação lançados pelo Ministério da Saúde conformam um contexto favorável e dão o arcabouço institucional que sancionam e legitimam as práticas desenvolvidas em seu bojo, reforçadas localmente pela presença de comitê nas escolas dedicados a organizar as atividades de saúde, bem como na formação de parcerias com as unidades básicas de saúde, ambas observados com maior associação ao PSE no presente estudo.

A legislação e os guias orientadores alicerçam a formação de norma e papéis sociais e contribuem para a formação de recursos cognitivos, meios socio estruturais disponibilizados aos agentes e necessários à implementação do PSE. Esses recursos embora sejam importantes não são suficientes para normalizar as práticas que o Programa objetiva<sup>36</sup>, especialmente sob uma perspectiva intersectorial, que demanda um investimento de treinamento específico, assessoria técnica e tempo para a formação de coalizões estáveis capazes de promover formas inovadoras de tratar a relação saúde - educação<sup>37</sup>. A incorporação de uma intervenção complexa, com

o PSE, dentro de um sistema social depende também da capacidade de cooperação e coordenação dos atores interessados, para as quais contribuem a disponibilidade de recursos materiais e a alocação do tempo dos agentes envolvidos<sup>36</sup>.

Os resultados trazidos pelo presente artigo apontam para uma maior chance de ocorrer a realização de atividades em conjunto entre as áreas de saúde e educação, o que pode significar na qualificação das ações de educação em saúde realizadas no ambiente escolar. A deficiente formação dos professores para lidar com os temas relacionados à saúde e a competição pelo tempo, atenção e recursos que se encena no cotidiano pedagógico e administrativo tem sido apontados por vários estudos como entraves para que a saúde entre como tema transversal não apenas aos conteúdos mas à realidade da escola<sup>38-42</sup>.

Portanto, a formação de parceria entre os equipamentos de ensino e da atenção primária à saúde no território na realização de atividades do PSE pode ser elemento que promova a formação permanente e em serviços dos trabalhadores da educação, permitindo a troca de saberes entre os setores e com isso o adensamento teórico prático das atividades realizadas<sup>21</sup>.

Contudo, em um contexto de sobrecarga de trabalho e deficiências estruturais que o ensino público vivencia, a educação em saúde pode também ser percebida pelos profissionais do magistério como uma demanda adicional e acabam por visualizar na parceria com a saúde a oportunidade para encaminhar as questões não apenas relacionadas a assistências, mas também as de promoção e prevenção aos profissionais da saúde. Esse passam, então, a realizar as ações de forma isolada, pontual e desarticulada com a realidade do território, em uma perspectiva cartorial de cumprimento das metas estabelecidas no nível central da gestão<sup>40,43,44</sup>.

Assim, ante a uma deficiência estrutural de alocação dos recursos necessários à implementação do PSE nos territórios, os agentes locais passam a ressignificar a integração das intervenções intencionadas pelo Programa com sistema social na qual estão inseridos e interagindo, de forma a possibilitar a coexistência de ambos (demandas trazidas pela implementação do PSE e realidade social de escassez de recursos), em que pese tal estratégia acarrete o distanciamento da prática cotidiana aos objetivos inicialmente traçados pelo Gestor Federal. Compromete, deste modo, segundo a teoria geral da implementação, a agência dos atores implementadores, em especial aqueles vinculados às escolas, e, conseqüentemente, sua motivação para o desenvolvimento das ações do Programa<sup>45</sup>.

Nesse sentido, Carvalho<sup>46</sup>, em estudo envolvendo as secretarias de educação e três escolas de ensino fundamental de dois municípios do Rio de Janeiro, observou que as ações do PSE ainda são planejadas nos gabinetes das secretarias de educação, sem a participação de agentes do território, quer sejam eles agentes da educação ou das comunidades. As atividades eram desenvolvidas por profissionais da saúde, com uma clara dicotomia e separação de responsabilidades, onde os profissionais da educação seriam responsáveis pelos processos pedagógicos, ao passo que as atividades clínicas e preventivas eram objetos de trabalho das ESF. Mesmo nas escolas com abordagem mais holísticas, o autor não constatou a presença de temas como participação, empoderamento e redução das iniquidades, assuntos tão caros à promoção da saúde, no cotidiano pedagógico do Programa.

Essa divisão de trabalho entre as equipes dos setores e a conseqüente terceirização das práticas de prevenção e atenção à saúde para as eSF podem, em alguma medida, explicar o predomínio das ações relacionadas à saúde bucal e à vacinação dos discentes, tradicionalmente realizadas sob orientação biologista e clínica<sup>47-50</sup>, observadas no presente estudo e nos relatórios de monitoramento do Programa realizados pelo Ministério da Saúde<sup>20</sup>.

Pode-se conjecturar também que a associação positiva entre a adesão ao Programa e a realização de ações de promoção de alimentação saudável e prevenção da obesidade e a prevenção ao uso de álcool e ao tabaco estaria relacionada a esse mecanismo adotado pelos professores que vêm na saúde a possibilidade de encaminhamento das questões que assola o cotidiano escolar e para qual não têm instrumentos para lidar. Corroboram com tal hipótese os achados de Araldi *et al.*<sup>38</sup> que observam que ante a um cenário de despreparo



e desafio imposto pelo consumo de álcool e outras drogas no território escolar, os professores utilizam-se da transferência de responsabilidade da prevenção do abuso do consumo de tais drogas ao setor saúde como um mecanismo de *coping*.

Portanto, o Programa antes de promover de uma ação intersetorial genuína estaria oportunizando o estabelecimento de um canal de encaminhamento de ações cujo caráter clínico e medicalizante se vincularia as atividades das eSF<sup>31,43</sup>.

Na mesma esteira, observa-se que aquelas atividades mais vinculadas à promoção da saúde, sem, portanto, o componente clínico ou preventivo que na lógica descrita por Carvalho (2015) justificaria uma ação desenvolvida pelas eSF, não estão associadas à adesão ao PSE, não apresentando razões de chance diferentes de um entre os grupos com e sem o PSE. Assim, a prevenção da prática de bullying, de violência e de acidentes, bem como a promoção da cultura da paz, da cidadania e dos direitos humanos não se mostraram responsivas ao Programa.

Para Young, St Leger e Blanchard<sup>33</sup> a promoção da saúde no ambiente escolar refere-se ao conjunto de atividades realizadas com o objetivo de melhorar e proteger a saúde dos usuários da escola. A promoção da saúde seria mais ampla que as ações de educação em saúde ao incorporar também as dimensões das políticas, o ambiente físico e social e a relação com a comunidade e com o serviço de saúde. Portanto, a promoção da saúde vincula-se ao compromisso transformador das relações que determinam o processo saúde e doença<sup>51</sup>.

O PSE ao não conseguir induzir de forma diferenciada a promoção da saúde na escola estaria limitando seus efeitos à redução da ocorrência de doenças no momento presente da intervenção, perdendo a oportunidade de promover discussões e mudanças de hábitos e das relações sociais entre os agentes que atuam no território escolar de forma a interferir no processo saúde-doença duradores.

## V. Conclusões e Considerações Finais

O PSE vem se consolidando com um programa voltado à promoção da relação saúde-educação com alta abrangência no território nacional e relativa estabilidade institucional<sup>21</sup>. Em que pese a sua envergadura e o volume de recursos investidos, são poucas as avaliações do alcance dos objetivos do Programa sob uma perspectiva da efetividade de suas ações. A maioria dos estudos produzidos referem-se a especificidades locais, com baixa ou nenhuma capacidade de retratar nacionalmente o Programa.

O presente estudo ao utiliza uma pesquisa de abrangência nacional e possibilidade de contrastar a ativação de determinadas ações de intersectorialidade e de educação em saúde no ambiente escolar com e sem o Programa possibilita reduzir a lacuna de conhecimento sobre a efetividade do PSE.

O PSE alavancou o desenvolvimento de parcerias entre os setores saúde e educação, tanto por meio da formação de comitê para tratar e coordenar as ações de saúde dentro da escola como pela realização de atividades de forma compartilhadas entre os dois setores.

A análise das razões de chance entre escolas com e sem o PSE das atividades de educação em saúde desenvolvidas permite identificar dois grupos distintos: ações com forte componente de educação em saúde que não se mostraram responsivas ao PSE e ações com componente clínico ou biologicista, que são tem mais chance de serem realizadas quando a escola tem o Programa.

Por fim, cabe destacar que o presente estudo faz uma análise quantitativa, não abrangendo uma investigação sobre os aspectos de como as ações apontadas como realizadas são de fato executadas nos territórios. Levanta-se a hipótese que haja uma divisão de trabalho em que às eSF se incubem de práticas preventivas ao passo que os professores assumiriam o componente logístico e pedagógico<sup>31,38,43</sup>. Caso seja esse um dos mecanismos que operem de fato na alocação de tempo e na prática do Programa, resta o alerta sobre os potenciais iatrogênicos de se trazer agentes desvinculados do ambiente escolar, na forma de palestra e sob o manto da prevenção. Vários estudos já demonstraram o efeito deletério<sup>52</sup> ou ineficaz<sup>53-56</sup> de tais práticas.

De fato, tão importante quanto o que é trabalhado nas escolas é a forma e quem desenvolve a temática. Também tem importância na saúde e bem-estar das crianças e adolescentes a maneira com a escola opera e se engaja com os discentes (ambiente e cultura escolar) e com a comunidade em seu entorno, envolvendo pais e a rede de saúde existente no território<sup>30,57</sup>. Ademais, as ações realizadas nas escolas são mais efetivas se envolverem conjuntamente estratégias que foquem conjuntamente os aspectos cognitivos e comportamentais; adotem abordagem holísticas, que promovam a ligação entre a escola e o setor saúde; sejam contínuas e abrangentes temporalmente e que tenham um componente de construção de capacidade, principalmente, mas não exclusivamente, com a formação continuada de professores<sup>30</sup>.

## Referências

1. Patton GC, Olsson CA, Skirbekk V, Saffery R, Wlodek ME, Azzopardi PS, *et al.* Adolescence and the next generation. *Nature* [Internet]. 2018;554(7693):458–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nature25759>
2. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, *et al.* Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* [Internet]. 2012;379(9826):1641–52. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)
3. St Leger L. Schools as Sites for Health Promotion. In: International Union for Health Promotion and education, editor. *The Evidence of Health Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe* [Internet]. 2nd. Editi. Luxembourg, Paris: Jouve Composition & Impression; 2000. p. 110–22. Available from: [https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/EFFECTIVENESS/HPE\\_Evidence-2\\_EN.pdf](https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/EFFECTIVENESS/HPE_Evidence-2_EN.pdf)
4. Bonell C, Humphrey N, Fletcher A, Moore L, Anderson R, Campbell R. Why schools should promote students' health and wellbeing. *BMJ*. 2014;348(May):1–2.
5. Sloboda Z, Ringwalt CL. The School: A Setting for Evidence-Based Prevention Interventions and Policies. In: Sloboda Z, Petras H, Robertson E, Hingson R, editors. *Prevention of Substance Use* [Internet]. Cham, Switzerland: Springer; 2019. p. 147–63. Available from: [http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-00627-3\\_9](http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-00627-3_9)
6. Fiocruz. Juventude do Brasil. Brasília, DF: Relatório entregue como parte do TED4/2018; 2020.
7. Graber JA, Hill JC, Saczawa ME. Childhood and the Entry into Adolescence: A Pivotal Period in Health-Related Behaviors and Prevention. In: Sloboda Z, Petras H, editors. *Defining Prevention Science* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 2014. p. 59–86. Available from: [http://link.springer.com/10.1007/978-1-4899-7424-2\\_3](http://link.springer.com/10.1007/978-1-4899-7424-2_3)
8. Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and Health: Insights from International Comparisons. NBER Work Pap [Internet]. 2012;(January 2016). Available from: <http://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/17738.html>
9. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, *et al.* Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423–78.
10. Beck KC, Balaj M, Donadello L, Mohammad T, Vonen HD, Degail C, *et al.* Educational inequalities in adult mortality: a systematic review and meta-analysis of the Asia Pacific region. *BMJ Open* [Internet]. 2022 Aug 8;12(8):e059042. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2021-059042>
11. Lleras-Muney A. *The Relationship between Education and Adult Mortality in the United States* [Internet]. Cambridge, MA; 2002.
12. Feinstein L, Hammond C. The contribution of adult learning to health and social capital [Internet]. Vol. 30, *Oxford Review of Education*. London: Center for Research on the Wider Benefits of Learning; 2004. 199–221 p. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED478951>
13. Murray NG, Low BJ, Hollis C, Cross AW, Davis SM. Coordinated school health programs and academic achievement: A systematic review of the literature. *J Sch Health*. 2007;77(9):589–600.

14. Grossbard JR, Hawkins EJ, Lapham GT, Williams EC, Rubinsky AD, Simpson TL, *et al.* Follow-up care for alcohol misuse among OEF/OIF veterans with and without alcohol use disorders and posttraumatic stress disorder. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2013;45(5):409–15. Available from: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L52705991&from=export>
15. Bradley BJ, Greene AC. Do health and education agencies in the united states share responsibility for academic achievement and health? A review of 25 years of evidence about the relationship of adolescents' academic achievement and health behaviors. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2013;52(5):523–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.01.008>
16. Rodericks R, Vu U, Holmes JR, Ryan J, Sentell T, Saka S. Insights in Public Health: Data Highlights from the Hawai'i Youth Risk Behavior Survey: Links Between Academic Achievement and Health Behaviors. *Hawaii J Med Public Health* [Internet]. 2018;77(11):297–304. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30416874>  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6218687>
17. So ES, Park BM. Health Behaviors and Academic Performance Among Korean Adolescents. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2016;10(2):123–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2016.01.004>
18. Haas SA, Fosse NE. Health and the educational attainment of adolescents: Evidence from the NLSY97. *J Health Soc Behav.* 2008;49(2):178–92.
19. Brasil. Decreto 6.286/2007 [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil; 2007 p. 6–8. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)
20. Scaff LA. Construção do Modelo lógico do Programa Saúde na Escola no Âmbito Nacional. Universidade Federal de Santa Catarina; 2019.
21. Brasil. Nota Técnica 10/2021-DEPROS/SAPS/MS [Internet]. Brasília, DF, DF; 2021. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/NT\\_10\\_monitoramento\\_pse\\_2020.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/NT_10_monitoramento_pse_2020.pdf)
22. Fernandes LA, Shimizu HE, Neto PF do Prado, Cavalcante FVSA, Silva JRM da, Parente RCM. Trajetória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil. *Saúde em Debate* [Internet]. 2022;46(3):13–28. Available from: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/57/100>
23. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 Sep [cited 2021 Mar 17];42(118):773–89. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000300773&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300773&lng=pt&tlng=pt)
24. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2019 - Manual de Instrução Equipe Técnica [Internet]. Rio de Janeiro, RJ; 2019. Available from: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos\\_de\\_coleta/doc5618.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5618.pdf)
25. Lumley T. Complex Surveys: A Guide to Analysis Using R. *Biostatistics*. 2010. 1–297 p.
26. Miller RG. Simultaneous Statistical Inference [Internet]. 2nd. Editi. New York, NY: Springer New York; 1981. 310 p. (Springer Series in Statistics). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4613-8122-8>
27. Brasil. Documento Orientador: Indicadores e padrões de avaliação - PSE 2019/2020 [Internet]. Brasília, DF, DF; 2020. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/documento\\_orientador\\_2019-20.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/documento_orientador_2019-20.pdf)
28. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 510/2016 [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2016. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
29. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019 [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2021. 1:166. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf>

30. Jones JT, Furner M. Health-promoting Schools: a healthy setting for living, learning and working. Geneva: World Health Organization; 1998.
31. St Leger L, Young IM, Blanchard C, Perry M. Promoting health in schools: from evidence to action. *Glob Health Promot* [Internet]. 2009 Dec 21;16(4):69–71. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975909348138>
32. Cavalcanti PB, Lucena CMF, Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos Context (Porto Alegre)* [Internet]. 2015 Dec 30;14(2):387. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21728>
33. Barnekow V, Buijs G, Clift S, Jensen BB, Paulus P, Rivett D, *et al.* Health-promoting schools: a resource for developing. *Heal Sch a Resour Dev Indic* [Internet]. 2006;231. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107805>
34. Young I, St Leger L, Blanchard C. Monitoring and Assessing Progress in Health Promoting Schools: Issues for Policy Makers to Consider. *Int Union Heal Promot Educ*. 2012;31.
35. Brasil. Portaria 1.055/2017. Brasília, DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE/Gabinete do Ministro; 2017.
36. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, *et al.* A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374(2018):1–11.
37. May C. Towards a general theory of implementation. *Implement Sci* [Internet]. 2013 Dec 13;8(1):18. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-18>
38. Butterfoss FD, Kegler MC. Toward a Comprehensive Understanding of Community Coalitions: Moving from Practice to Theory. In: DiClemente; Ralph J., Crosby RA, Kegler MC, editors. *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*. San Francisco, California, California; 2002. p. 157–93.
39. Araldi JC, Njaine K, Oliveira MC de, Ghizoni AC. Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2012 Mar 6 [cited 2021 Mar 3];16(40):135–48. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000100011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100011&lng=pt&tlng=pt)
40. Cordeiro I de LS, Silva DM de A, Vecchia MD. A escola diante do aluno que faz uso de álcool e drogas: o que dizem os professores? *Pesqui e Práticas Psicossociais*. 2016;11(2):356–68.
41. Baroni JG, da Silva CCB. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. *Saúde em Debate*. 2022;46(3):103–15.
42. Farias ICV de, Franco de Sá RMP, Figueiredo N, Menezes Filho A, Farias ICV de, Franco de Sá RMP, *et al.* Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2016 Jun [cited 2021 Mar 17];40(2):261–7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022016000200261&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200261&lng=pt&tlng=pt)
43. Moreira A, Vóvio CL, Micheli D De. Prevenção ao consumo abusivo de drogas na escola: desafios e possibilidades para a atuação do educador. *Educ e Pesqui*. 2015;41(1):119–35.
44. Gonçalves PDS, Ferreira SC, Rossi TRA. Uma análise do processo de trabalho dos profissionais da saúde e educação no PSE. *Saúde em Debate*. 2022;46(Especial 3):87–102.
45. de Oliveira FPSL, Vargas AMD, Hartz ZM de A, Ferreira EF e. Integração das ações do Programa Saúde na Escola entre profissionais da saúde e da educação: um estudo de caso em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Saúde em Debate*. 2022;46(Especial 3):72–86.
46. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychol Health* [Internet].

1998 Jul;13(4):623–49. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870449808407422>

47. Carvalho FFB de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2015;25(4):1207–27.

48. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JA de C, Lima LSM de, Bueno RE, *et al*. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Cien Saude Colet*. 2010;15(suppl 1):1827–34.

49. Davila Rodrigues Mendes J, Aliny Siqueira Lima Freitas C, Araújo Dias MS, Marques Bezerra M, Jeová Mourão Netto J, Rodrigues Fernandes D. Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. *Rev Bras em promoção da Saúde*. 2017;30(1):13–21.

50. Almeida GCM de, Ferreira MÁF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saude Publica*. 2008;24(9):2131–40.

51. ALMEIDA JUNIOR, A. O saneamento pela educação. 1922. Tese (Doutorado) – Instituto de Hygiene, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

51. Gentil DF, Cordeiro MJ de JA. Programa Saúde na Escola: a vacinação contra o HPV na percepção de gestores escolares. *INTERFACES DA Educ [Internet]*. 2020 Aug 17;11(31):550–81. Available from: <http://periodicosonline.uems.br/index.php/interfaces/article/view/772>

52. Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM de, editors. *Promoção da Saúde Conceitos, Reflexões, Tendências*. 2a. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ; 2009. p. 19–42.

53. Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke A V., Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 Meta-analysis. *J Prim Prev*. 2000;20(4):275–336.

54. McNeal RBJ, Hansen WB, Harrington NG, Giles SM. How all stars works: an examination of program effects on mediating variables. *Health Educ Behav*. 2004 Apr;31(2):165–78.

55. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2011 May 11;(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009113>

56. Rohrbach LA, Ringwalt CL, Ennett ST, Vincus AA. Factors associated with adoption of evidence-based substance use prevention curricula in US school districts. *Health Educ Res [Internet]*. 2005;20(5):514–26. Available from: [https://watermark.silverchair.com/cyh008.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW\\_Ercy7Dm3ZL\\_9Cf3qfKAc485ysgAAAr4wggK6BgkqhkiG9w0BBwagggKrMIICpwIBADCCAqAGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgB-ZQMEAS4wEQQMA491kGtULLvNLgV1AgEQgIIcCdZ8wyOHdaDctOjNR7YDvQ9laAAAnWolrcpjpeBvUjF3sPq1f](https://watermark.silverchair.com/cyh008.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAr4wggK6BgkqhkiG9w0BBwagggKrMIICpwIBADCCAqAGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgB-ZQMEAS4wEQQMA491kGtULLvNLgV1AgEQgIIcCdZ8wyOHdaDctOjNR7YDvQ9laAAAnWolrcpjpeBvUjF3sPq1f)

57. Wilson DB, Gottfredson DC, Najaka SS. School-Based Prevention of Problem Behaviors: A Meta-Analysis. *J Quant Criminol*. 2001;17(3):247–72.

58. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulou T, Murphy SM, Waters E, *et al*. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(4).

## ANEXO 6 - I RELATÓRIO PARCIAL DO PROJETO: PESQUISA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO INTERSETORIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) - 2021-2022

Chamada CNPq/DEPROS/SAPS/MS Nº 20/2021

### 2. Estudo de Avaliabilidade

#### 2.3. Construção do Modelo Lógico

##### 2.3.1. Definição, objetivo e perguntas:

Entende-se por modelização o processo de elaboração e construção intencional da representação visual, de forma compreensível e plausível, de um fenômeno complexo, como a intervenção em questão, o PSE. Amplia a compreensão sobre os fenômenos utilizando-se de símbolos usualmente visuais, permitindo projetar as modificações específicas nas mudanças que visa alcançar. Modelizar é, portanto, construir modelos, isto é, apresentações visuais capazes de expressar teorias ou ideias sobre determinadas intervenções.

Considera-se intervenção um sistema organizado de ação, cujo objetivo é modificar um problema de saúde em um determinado período temporal e em um ambiente específico. Problema, este, advindo de demandas ou necessidades da população ou oriundos do sistema de serviços de saúde (Champagne *et al*, 2011; Santos, Cardoso e Oliveira, 2023).

As intervenções são sustentadas por hipóteses (teorias), que podem ser sintetizadas e expressas através da modelização. Estas teorias dizem respeito à contribuição de dada intervenção para alcançar o efeito desejado (teoria de mudança); ao modo como deve ocorrer a operacionalização desta intervenção para que os efeitos desejados sejam alcançados (teoria de funcionamento ou de ação); e à forma como se manifestam as relações entre os atores envolvidos na intervenção (teoria de interação) (Chen, 2005; Rogers, 2000; Davies, 2004).

A especificidade do PSE como um conjunto de ações que visa modificar valores, atitudes e práticas, nem sempre de grande visibilidade, requer, imprescindivelmente, a modelização para o mapeamento e esclarecimento de sua racionalidade e função. Desta forma, a proposta de modelização a ser apresentada, além de ser fruto de um trabalho de amadurecimento conjunto entre a equipe de avaliação e a equipe do PSE, prevê revisões e adaptações que respondam às modificações tanto em curso quanto futuras do projeto. Em outras palavras, sinaliza-se a necessidade de revisões periódicas do modelo.

Sendo assim, o objetivo desta etapa do estudo de avaliabilidade é discutir e estruturar um Modelo Lógico do PSE, que expresse as teorias da intervenção, respondendo perguntas como:

- Qual é o problema sobre o qual o programa pretende intervir e mudar?
- Como o programa prevê alcançar as mudanças desejadas?
- Quais são os recursos necessários à operacionalização do programa?
- Qual é o modo de funcionamento do programa, ou seja, como está prevista a sua operacionalização?
- Quais são os efeitos desejados a curto, médio e longo prazo a partir da implementação do programa?
- Quais são os atores envolvidos na sua implementação?

A modelização é, portanto, um dos primeiros passos para a condução de uma avaliação, considerando a necessidade de conhecer o avaliando. Segundo Chen (2005), o modelo lógico, além de ser uma ferramenta descritiva, colabora para a construção de uma representação comum e a análise da intervenção avaliada.

### 2.3.2. Metodologia:

A equipe de avaliação foi dividida em subgrupos de trabalho para conduzir as diferentes etapas do estudo de avaliabilidade. As reuniões iniciais do subgrupo de modelização envolveram a sistematização das etapas do projeto de avaliação. A partir desses encontros, foi elaborada uma Matriz de Informação (Quadro 1) e o Diagrama das Dimensões e Subdimensões (Figura 1), considerando os objetivos específicos descritos no projeto, as técnicas de coleta de informações, as fontes a serem utilizadas e as subdimensões de análise previstas. A matriz de informação e o diagrama constituem, portanto, ferramentas de organização e síntese do desenho avaliativo. Também foram discutidos, o referencial teórico sobre os conceitos de “avaliação de efetividade de programas de promoção da saúde”, “promoção da saúde” e “intersectorialidade”. A revisão de modelos lógicos do PSE já desenvolvidos em trabalhos acadêmicos (dissertações e teses), relatórios de consultorias e periódicos científicos, foi realizada de forma concomitante.

Com base nos modelos identificados e nos referenciais normativos vigentes sobre o programa, elaborou-se uma primeira versão do modelo a ser utilizado nesta avaliação. Esta versão foi discutida com a equipe de avaliação em três oficinas de trabalho. A primeira, em formato virtual, para alinhamento do referencial teórico utilizado na modelização; a segunda, em formato presencial - realizada na Gerência Regional de Brasília (Gereb/ Fiocruz-DF), para adequações da primeira versão do modelo, considerando a experiência pregressa dos componentes da equipe junto ao programa; e a terceira, em formato virtual, para uma nova rodada de validação com os avaliadores sobre os ajustes realizados no modelo. Está prevista, ainda, uma quarta oficina de discussão do modelo lógico do programa, desta vez com a equipe do PSE e outros stakeholders<sup>31</sup> identificados.

### 2.3.3. Resultados encontrados:

Foram identificados e analisados sete (7) modelos lógicos do PSE, buscando subsídios à proposta de modelização do Programa para a condução da avaliação (Figura 2). A análise propiciou a definição dos componentes técnicos da intervenção e suas respectivas atividades, recursos previstos e cadeia de efeitos. Configurou-se, assim, a primeira versão do modelo lógico do PSE (Figura 3), adaptado dos modelos desenvolvidos por Santos (2019), Oliveira (2017) e Sousa *et al* (2017).

Esta versão foi apresentada à equipe de avaliação em duas oficinas, uma virtual e outra presencial, realizadas, respectivamente, em novembro e dezembro de 2022. Tais oficinas resultaram na conformação de uma segunda versão do modelo lógico do PSE (Figura 4), que foi novamente discutida e refinada internamente durante a terceira oficina de trabalho, realizada em formato virtual em fevereiro de 2023. Deste encontro foi conformada a terceira versão do modelo lógico do programa (Figura 5), que passará por validação externa com os stakeholders identificados.

<sup>33</sup> São considerados stakeholders os usuários potenciais da avaliação. São atores envolvidos em processos da avaliação, que tenham interesses nos achados de dela virão (Rossi & Freeman, 1993).

### 2.3.4. Produtos:

Quadro 1: Matriz de Informação da Avaliação de Efetividade do PSE

Objetivos Específicos (síntese)	Objetivos Específicos (projeto)	Técnicas de Coleta	Fontes de Informação	Subdimensões
Fazer estudo de avaliabilidade do programa Possível reescrita: Analisar a viabilidade de conduzir uma avaliação de efetividade do PSE	Analisar os produtos das consultorias individuais celebradas pelo Ministério da Saúde em 2021-2022	Análise documental	Relatórios dos produtos das consultorias individuais	Conformidade
	Analisar a legislação intersetorial federal do PSE desde sua criação até os dias atuais	Análise documental	Portarias, decretos, manuais, guias, fascículos, cadernos de anotações, cadernos do gestor e cadernos temáticos, relacionados ao PSE, em nível nacional, durante os seus 15 anos de existência (2007 - 2022)	Governança
	Estimar para o Brasil o percentual de Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) municipais em funcionamento efetivo	1) Análise documental 2) Survey profissionais	*	Governança
	Identificar os atores institucionais e setores atuantes nos GTI	1) Análise documental 2) Survey profissionais	*	Governança
	Identificar os recursos disponíveis e compartilhados no âmbito dos GTI	1) Análise Documental 2) Survey profissionais	*	Disponibilidade



Avaliar a efetividade da gestão intersetorial do PSE, segundo matriz de indicadores elaborada	Caracterizar a governança adotada pelos comitês GTI	1) Survey profissionais 2) Grupos focais 3) Análise documental	*	Governança
	Aferir em que medida a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde e da Educação, por meio do PSE, consegue formar coalizões intersetoriais estáveis e atuantes	1) Survey profissionais 2) Grupos focais	1 e 2) Representantes (ministério/ estado/ município/ território) da saúde e da educação de uma amostra aleatória de 1.100 municípios que tenham aderido ao PSE no ciclo 2021-2022	Governança
	Caracterizar a sustentabilidade das coalizões formada no GTI, especialmente em relação à gestão de conflitos e equilíbrio de poder e recursos	1) Survey profissionais 2) Grupos focais	*	Sustentabilidade
	Caracterizar os processos de articulação, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação executados pelos GTI	1) Análise Documental 2) Survey profissionais 3) Grupos Focais	*	Conformidade

Avaliar a efetividade das ações do PSE, segundo matriz de indicadores elaborada	Identificar a presença de elementos que possam caracterizar os processos e atividades desenvolvidos no âmbito do GTI como gestão intersetorial	1) Survey profissionais 2) Grupos focais	*	Governança
	Investigar possíveis mudanças na dinâmica e nos processos organizacionais desencadeados pela gestão do PSE	1) Análise Documental 2) Grupos Focais	*	Acomodação

**Nota:** os campos com \* na coluna “fontes de informação” estão em branco para não alongar a matriz por enquanto, tendo em vista que as fontes da análise documental, survey com profissionais e grupos focais, já estão contempladas em ao menos um dos campos.

Figura 1: Diagrama de Dimensões e Subdimensões

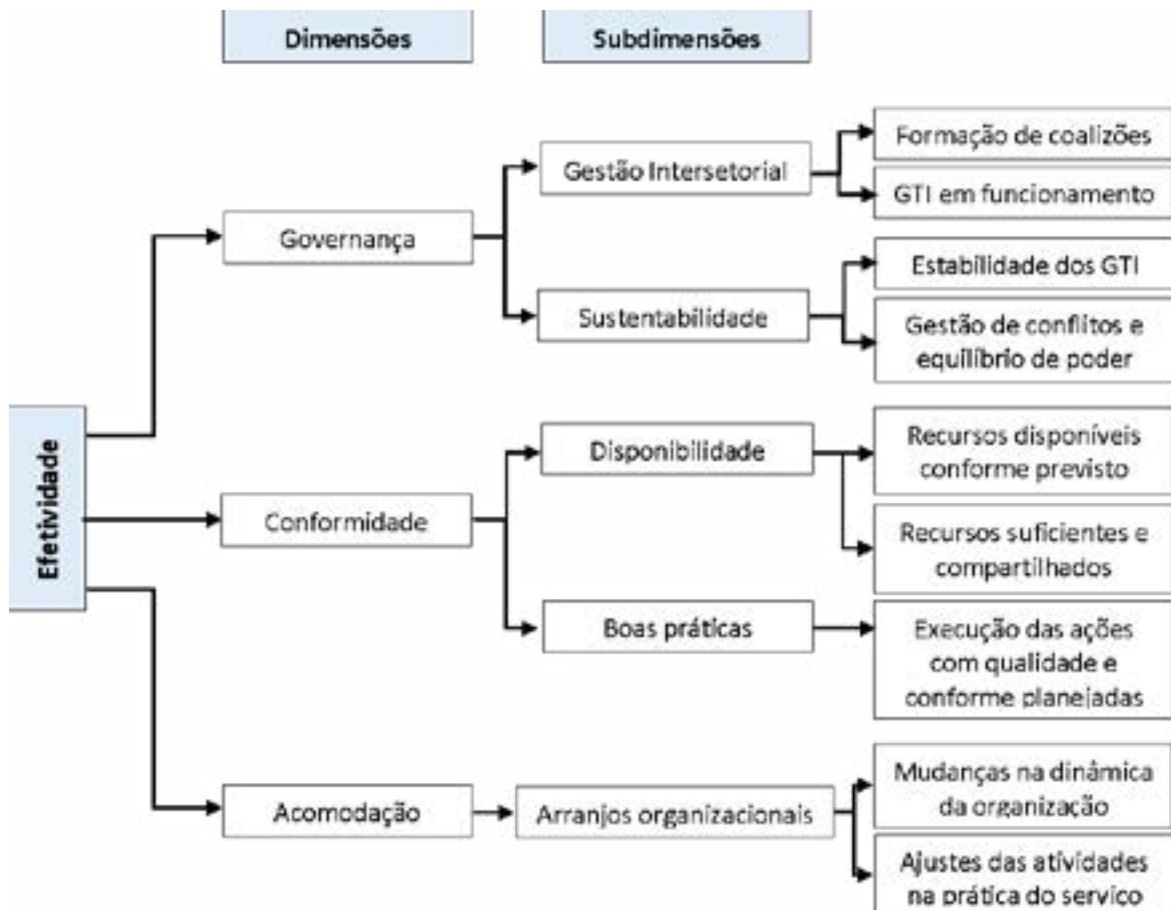
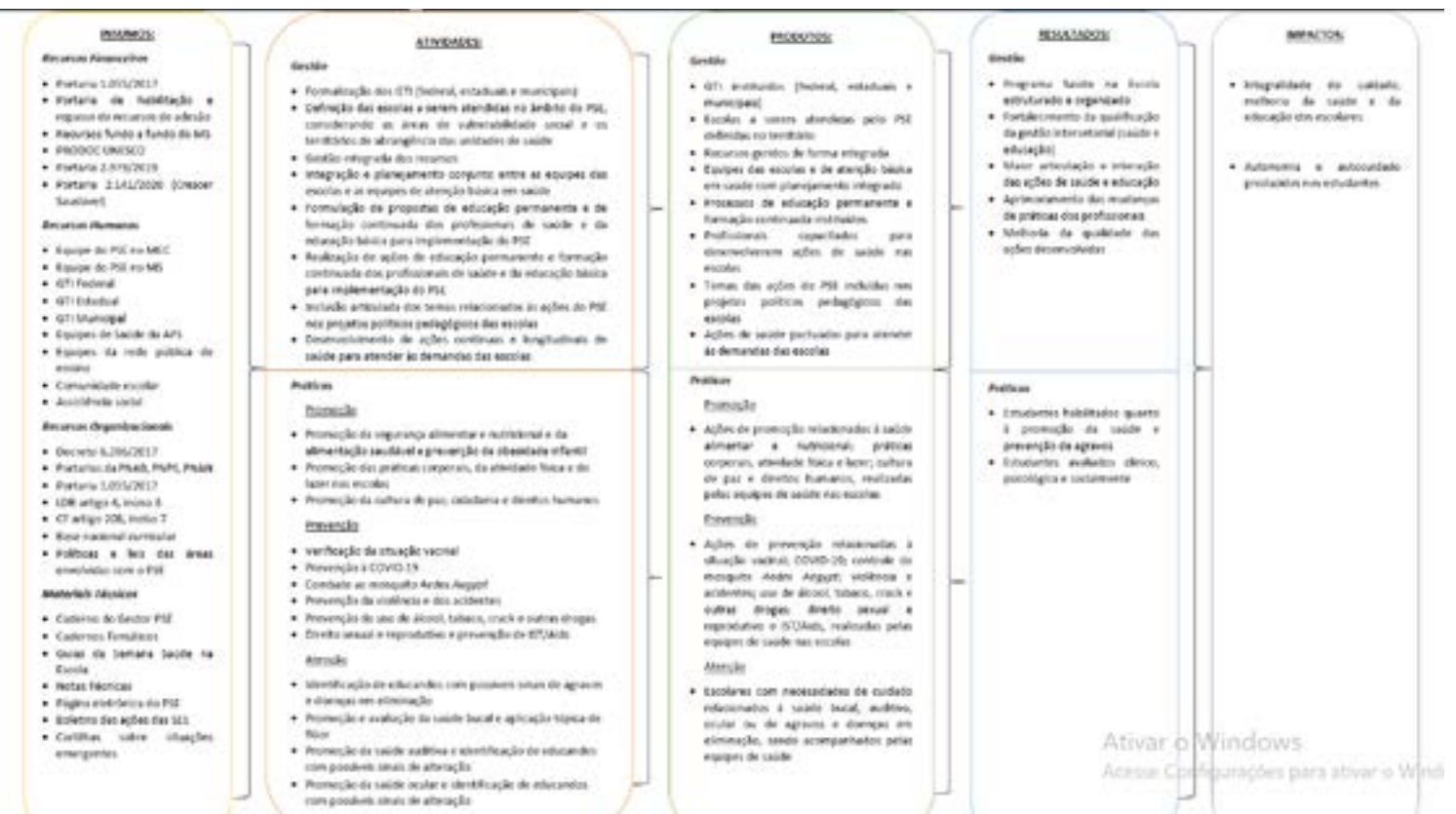


Figura 2: Modelos lógicos do PSE identificados e analisados.



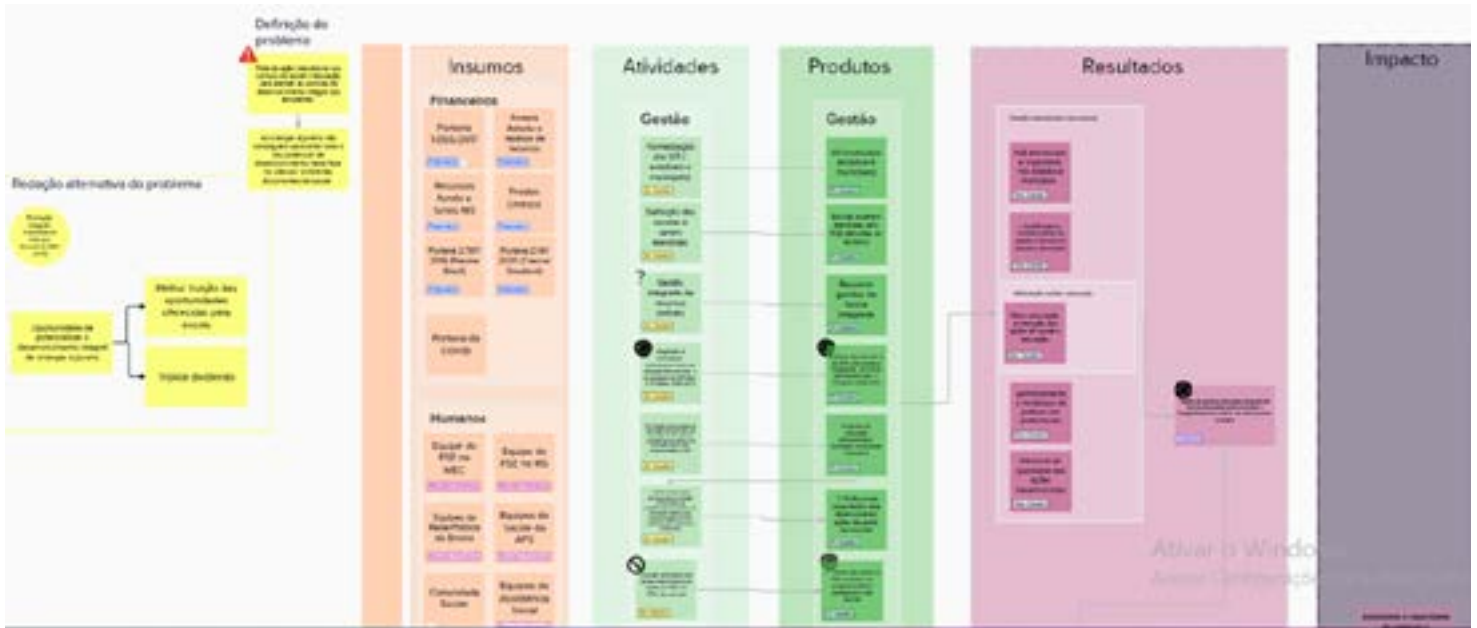
Print de tela da apresentação consolidada dos modelos.

Figura 3: Modelo Lógico do PSE – 1ª Versão



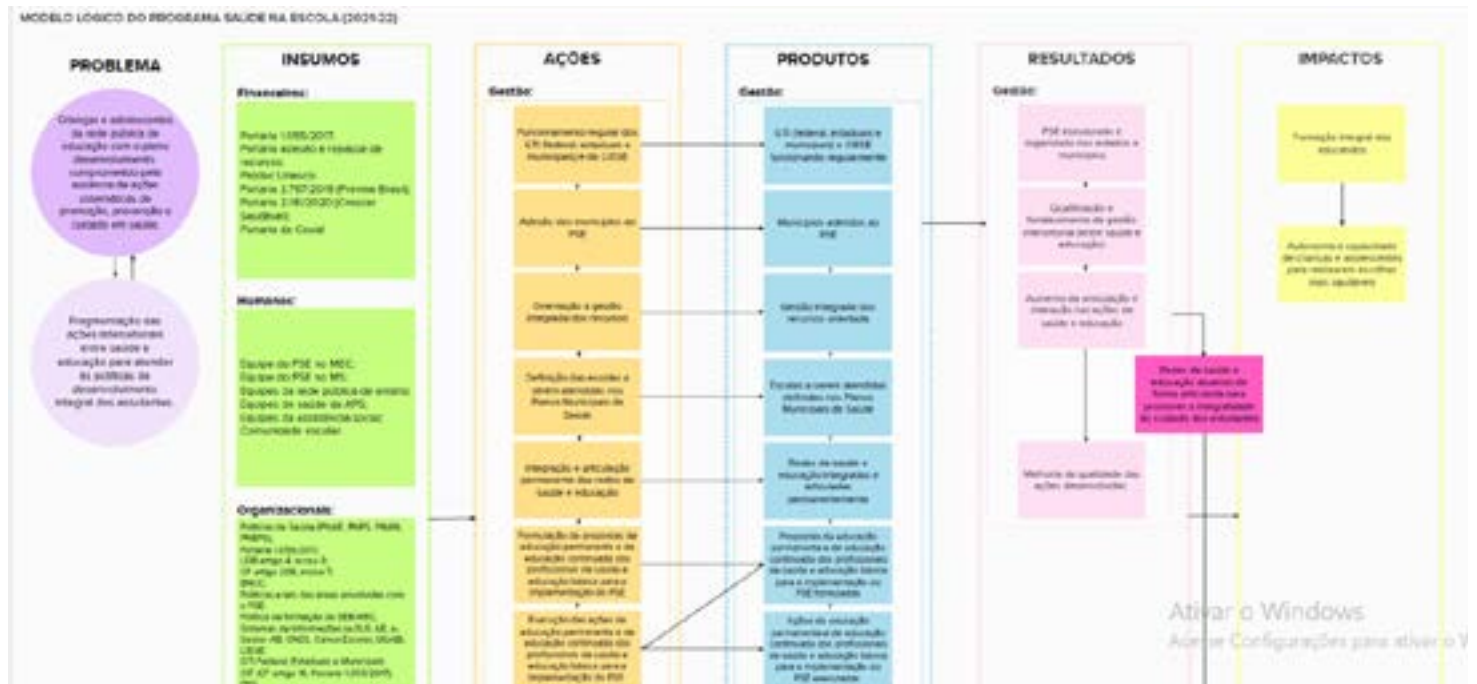
Print de tela da primeira versão do Modelo Lógico do PSE.

Figura 4: Modelo Lógico do PSE – 2ª Versão



Print de tela de uma parte da segunda versão do Modelo Lógico do PSE.

Figura 5: Modelo Lógico do PSE – 3ª Versão



Print de tela de uma parte da terceira versão do Modelo Lógico do PSE.

2.3.5. Registros das atividades:



5. Prevenção das violências e dos acidentes;	41.422	4.705
6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;	20.797	2.797
7. Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor;	738.388	88.388
8. Verificação da situação vacinal;	75.621	8.142
9. Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;	254.819	23.884
10. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;	19.152	1.178
11. Direito sexual e reprodutivo e	34.257	4.439



Foto e prints de tela de 4 das 12 reuniões do subgrupo realizadas no 2º semestre de 2022.



Print de tela da 1ª oficina de modelização - virtual.



Registros fotográficos da 2ª oficina de modelização - presencial.



Print de tela da 3ª oficina de modelização - virtual.

### 2.3.6. Considerações:

A versão atual do modelo lógico revela a complexidade do PSE. Foi desenvolvida a partir de quatro eixos estratégicos (gestão, atenção, prevenção e promoção), considerando o seu caráter interfederativo, cujo modelo de gestão intersectorial influencia os arranjos locais. A elaboração dessa versão foi fruto de um trabalho de amadurecimento conjunto entre o subgrupo de modelização e a equipe de avaliadores.

O conceito de efetividade, vinculado a programas de promoção da saúde, como o PSE, se ancora em evidências advindas do modelo científico, do conhecimento biomédico e das ciências sociais. A promoção da saúde não pode ser enquadrada no que se denomina como pesquisa científica dura, baseada nas ciências naturais, que visa a generalização e universalidade do conhecimento, onde não há margem para o subjetivo e o interpretativo, ou seja, para o conhecimento local (Potvin & McQueen, 2008). Para a promoção da saúde, tão importantes quanto os resultados esperados, são os valores e princípios que favoreçam a participação e o empoderamento. Assim, a modelização precisa ser uma representação comum entre os diferentes atores envolvidos, constituindo uma etapa essencial do estudo de avaliabilidade. Dessa forma, a modelização tem papel fundamental na apreensão compartilhada da racionalidade do Programa e dos seu modo de funcionamento.

Destaca-se na avaliação de ações de promoção da saúde os valores e princípios envolvidos, além do conhecimento científico. O Programa é, portanto, um sistema social com diversos interesses em jogo. Apesar de uma representação com limitações, uma vez que prioriza as ações e os efeitos da intervenção, a modelização não deve desconsiderar os atores que executam as ações, operam o PSE em contextos específicos.

### 2.3.7. Referências:

Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Brousselle, A., Hartz, Z & Denis, J.L. A Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Avaliação: conceitos e métodos (pp. 41-60). Editora Fiocruz, 2011.

Chen, HT. Practical Program Evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness. Thousand Oaks, CA: Sage, 2005.

Davies, R. Scale, complexity and the representation of theories of change. *Evaluation*, 10(1): 101-121, 2004.

Fontenele, R. M., Sousa, A. I., Rasche, A. S., Souza, M. H. D. N., & Medeiros, D. C. D. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *Saúde em Debate*, 41, 167-179, 2017.

Medeiros, E. R., Pinto, E. S. G., de Souza, N. L., dos Santos, P. F. B. B., & da Silva Gama, Z. A. Construção de modelo lógico normativo para avaliação do Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/ Brazilian Journal of Health Research*, 20(4), 104-112, 2018.

Oliveira, F. P. S. L. Avaliação do Programa Saúde na Escola com foco na integração entre Unidade Básica de Saúde e Escola de Ensino Fundamental: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. UFMG (tese), 2017.

Potvin, L., & McQueen, D. V. Practical dilemmas for health promotion evaluation. In: Potvin, L., McQueen, D., Hall, M., Salazar, L., Anderson, L. M., & Hartz, Z. M. *Health promotion evaluation practices in the Americas*. Springer, New York, 25-45, 2008.

Rogers, P. Casual models in program theory evaluation. *New Directions for Evaluation*, 87, 2000.

Rossi, P.H. & Freeman, H.E. *Evaluation: a systematic approach*. Beverly Hills: Sage Publications, 1993.

Salazar, L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud. Guia de evaluación rápida. Santiago de Cali: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, 2004.

Santos, EM; Cardoso, GCP; Oliveira, EA. Aprendendo avaliação: modelos e métodos aplicados à processos avaliativos. Ed. Cebes, 2023 (No prelo).

Santos, M.A. Produto de Consultoria para a Elaboração dos Modelos Lógicos do Programa Saúde na Escola. Projeto Promoção da Saúde dos Escolares, 2019.

Scaff, L. A. Construção do modelo lógico do programa saúde na escola no âmbito nacional. UFSC (dissertação), 2019.

Sousa, M. C. D., Esperidião, M. A., & Medina, M. G. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1781-1790, 2017.

Souza, E. F. D. D., Soares, M. D. C. S., Santos, S. F. D. S. D., Paulo, T. R. S. D., Brandão, M. V. S., & Freitas Júnior, I. F. Construção de modelo lógico na saúde do escolar: experiência do Baixo Amazonas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1198-1202, 2018.





**PROGRAMA  
SAÚDE NA  
ESCOLA**



Brasília, 2023

