

UNINOVE



Universidade Nove de Julho

**Programa de Pós-Graduação em Educação da
Universidade Nove de Julho (PPGE-UNINOVE)**

**OS GRUPOS DE TRABALHO INTERSETORIAL
E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA:
IMPACTOS PARA A REALIDADE**

EDSON MANOEL DOS SANTOS

São Paulo

2024

EDSON MANOEL DOS SANTOS

**OS GRUPOS DE TRABALHO INTERSETORIAL
E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA:
IMPACTOS PARA A REALIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE), da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientadora: Professora Doutora
Rosemary Roggero.

São Paulo

2024

Santos, Edson Manoel dos.

Os Grupos de Trabalho Intersectorial e o Programa Saúde na Escola: impactos para a realidade. / Edson Manoel dos Santos. 2024.

161 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2024.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Rosemary Roggero.

1. Programa Saúde na Escola. 2. Saúde escolar. 3. Grupo de Trabalho Intersectorial. 4. Intersectorialidade. 5. Políticas públicas.

I. Roggero, Rosemary. II. Título

CDU 37

EDSON MANOEL DOS SANTOS

OS GRUPOS DE TRABALHO INTERSETORIAL E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: IMPACTOS PARA A REALIDADE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE), da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientadora: Professora Doutora
Rosemary Roggero.

São Paulo, 29 de novembro de 2024

Presidente: Prof. Dra. Rosemary Roggero – Orientadora – UNINOVE

1º titular: Profa. Dra. Valéria Trigueiro Santos Adinolfi – IFSP

2º titular: Profa. Dra. Patrícia Aparecida Bioto – UNINOVE

3º titular: Prof. Dr. Carlos Antônio Giovinazzo Júnior – PUCSP

4º titular: Prof. Dr. Celso do Prado Ferraz de Carvalho – UNINOVE

Dedico este trabalho a minha família e a todos os que contribuíram com este resultado.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos à Universidade Nove de Julho – UNINOVE, que me proporcionou a continuidade dos estudos no *strictu sensu*, e especialmente a minha orientadora Profa. Dra. Rosemary Roggero, aos colegas do Grupo de Pesquisa Teoria Crítica: Políticas de Gestão em Educação e aos demais docentes e discentes do Programa de Pós-graduação em Educação da UNINOVE.

A todos os membros dos Grupos de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola que colaboraram com esta pesquisa e também aos demais servidores que responderam aos meus diversos pedidos de informação realizados via Serviço de Informação ao Cidadão.

À minha família, especialmente a minha querida e amada esposa, Sandra Regina Bonifácio, por toda compreensão e paciência durante minhas ausências em função desta pesquisa. Como lhe prometi certa vez, só por hoje e pelos próximos 80 anos estaremos juntos na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, no mestrado e no doutorado... te amo!

Pai, o caçula virou Doutor...

RESUMO

SANTOS, Edson Manoel dos. **Os Grupos de Trabalho Intersetorial e o Programa Saúde na Escola: impactos para a realidade.** 2024. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2024.

O Programa Saúde na Escola (PSE), iniciativa dos Ministérios da Educação e da Saúde tem por objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Em sua organização, apresenta os Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI). Logo, há a necessidade de compreender como se efetiva essa política pública por meio dos GTI do PSE na organização, planejamento, execução das ações, e autonomia na administração dos recursos financeiros do Programa, ou seja, a forma de atuação dos GTI pode fomentar ou minimizar o potencial de promoção e prevenção à saúde dos estudantes das escolas pactuadas ao PSE. Assim, as hipóteses a serem verificadas são: H1 – Os GTI colaboram para que o PSE traga mudanças efetivas na saúde dos estudantes beneficiados por suas ações; H2 – Os GTI colaboram para que o PSE cumpra sua função social de reduzir as vulnerabilidades dos estudantes da rede pública de ensino. Para confirmar ou refutar tais hipóteses, o objetivo geral desta pesquisa é compreender como se dá a atuação e o alcance dos GTIs do PSE. Seus objetivos específicos são: analisar se a composição dos GTIs do PSE atende às exigências do referido Programa; analisar a autonomia (ou não) dos GTIs na aplicação dos recursos financeiros do Programa, e; buscar identificar se diferentes maneiras de organização e atuação dos GTI interferem na produção de resultados, como política pública de Estado. Para isso, esta pesquisa foi desenvolvida segundo uma abordagem qualitativa, exploratória, realizada por meio de um questionário respondido por 90 membros de GTI de estados e capitais de todas as regiões do país. O referencial teórico, entre outros, destaca, Donald Bundy, 2006 e 2011, na análise da saúde escolar em âmbito internacional; Jefferson Mainardes, 2009 e 2018, na Abordagem do Ciclo de Políticas; Luciana Köptke, 2015 e 2023, na análise da política pública de saúde escolar e do PSE e Herbert Marcuse, 1973 e 1975, e Theodor Adorno, 1995 e 2023, para discutir a função social do PSE. Os resultados sinalizam pouco envolvimento dos membros dos GTI nas ações e na própria política pública do Programa, alta rotatividade ou composição incompleta, influenciado, entre outros fatores, pela falta de servidores e alta demanda de trabalho e falta de autonomia administrativa e financeira sobre o PSE. Desde 2007, a ação intersetorial é o maior potencial e desafio do PSE. Potencial, por aliar as duas maiores políticas sociais brasileiras, que possuem o maior contingente de profissionais, estabelecimentos e os maiores orçamentos em qualquer ente federativo. Desafio, pois, tanto a educação quanto saúde possuem suas próprias agendas, prioridades, metas e dificuldades. O PSE apresenta avanços como uma política pública presente em 99% dos municípios levando prevenção e promoção à saúde aos estudantes. Ao mesmo tempo, se mantém regredido ao ser autoritário na imposição das mesmas ações obrigatórias e não possuir indicadores que avaliem seu impacto na redução das vulnerabilidades dos estudantes.

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola. Saúde Escolar. Grupo de Trabalho Intersetorial. Intersetorialidade. Políticas Públicas.

ABSTRACT

SANTOS, Edson Manoel dos. **Intersectoral Working Groups and the School Health Program: impacts on reality.** 2024. Thesis (Doctorate in Education), Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2024.

The School Health Program (PSE), an initiative of the Ministries of Education and Health, aims to contribute to the comprehensive training of students through promotion, prevention, and health care actions. In this organization, it is presented the Intersectoral Working Groups (GTI). Therefore, there is a need to understand how this public policy is implemented through the PSE's GTI in the organization, planning, execution of actions, and autonomy in the administration of the Program's financial resources, that is, the way in which the GTI operates can encourage or minimize the potential for health promotion and prevention of students in schools contracted with the PSE. Thus, the hypotheses to be verified are: H1 – The GTI collaborate so that the PSE brings effective changes in the health of students benefiting from its actions; H2 – The GTI collaborate so that the PSE fulfills its social function of reducing the vulnerabilities of students in the public education network. To confirm or refute such hypotheses, the general objective of this research is to understand how the PSE GTIs operate and reach. Its specific objectives are: to analyze whether the composition of the PSE GTIs meets the requirements of the aforementioned Program; analyze the autonomy (or not) of the GTIs in the application of the Program's financial resources, and; seek to identify whether different ways of organizing and operating the GTI interfere in the production of results, as a State public policy. To this end, this research was developed according to a qualitative, exploratory approach, carried out through a questionnaire answered by 90 GTI members from states and capitals in all regions of the country. The theoretical framework, among others, highlights Donald Bundy, 2006 and 2011, in the analysis of school health internationally; Jefferson Mainardes, 2009 and 2018, on the Policy Cycle Approach; Luciana Köptke, 2015 and 2023, in the analysis of public school health policy and the PSE, Herbert Marcuse, 1973 and 1975, and Theodor Adorno, 1995 and 2023, to discuss the social function of the PSE. The results indicate little involvement of GTI members in the Program's actions and public policy itself, high turnover or incomplete composition, influenced, among other factors, by the lack of servers and high work demand and lack of administrative and financial autonomy over the PSE. Since 2007, intersectoral action has been the PSE's greatest potential and challenge. Potential, by combining the two largest Brazilian social policies, which have the largest contingent of professionals, establishments and the largest budgets in any federative entity. Challenge, therefore, both education and health have their own agendas, priorities, goals, and difficulties. The PSE presents advances as a public policy present in 99% of municipalities, bringing prevention and health promotion to students. At the same time, it remains backwards by being authoritarian in imposing the same mandatory actions and not having indicators that evaluate its impact on reducing student vulnerabilities.

Keywords: School Health Program. School Health. Intersectoral Working Group. Intersectorality. Public Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP – Abordagem do Ciclo de Políticas

APS – Atenção Primária à Saúde

BNCC – Base Nacional Comum Curricular

CNE – Conferência Nacional de Educação

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSE – Conferência Nacional de Saúde Escolar

CONAE – Conferência Nacional de Educação

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

CONSED – Conselho Nacional de Secretários de Educação

e-SIC – Sistema Eletrônico de Informação ao Cidadão

EPS – Escolas Promotoras de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESPIN – Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

FRESH – Focando Recursos em Eficácia na Saúde Escolar

GBM – Grupo Banco Mundial

GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial

GTI-E – Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual

GTI-F – Grupo de Trabalho Intersetorial Federal

GTI-M – Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

MEC – Ministério da Educação

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OSS – Organização Social de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PenSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PPP – Projeto Político Pedagógico

PSE – Programa Saúde na Escola

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SME – Secretaria Municipal de Educação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCT – Temas Contemporâneos Transversais

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNDIME – União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	O ESPAÇO ESCOLAR COMO LOCAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE.....	17
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	24
2.1	Abordagem do Ciclo de Políticas.....	24
2.2	Pesquisa documental.....	27
2.3	Universo da pesquisa.....	28
2.4	Instrumento de coleta de dados.....	28
3	O CONTEXTO DA SAÚDE ESCOLAR E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.	33
3.1	Organismos internacionais e a saúde escolar.....	33
3.2	A saúde escolar nas conferências internacionais e nacionais de saúde e de educação.....	41
3.3	Programa Saúde na Escola.....	55
3.4	Adesão ao Programa Saúde na Escola.....	60
3.5	Grupo de Trabalho Intersectorial do Programa Saúde na Escola.....	66
3.6	Financiamento e monitoramento do Programa Saúde na Escola.....	69
3.7	A saúde escolar e o Programa Saúde na Escola nos planos estaduais e municipais de educação e de saúde.....	79
4	O QUE DIZEM OS MEMBROS DOS GRUPOS DE TRABALHO INTERSETORIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	86
4.1	Identificação dos membros dos Grupos de Trabalho Intersectorial do Programa Saúde na Escola.....	86
4.2	O PSE na ótica dos membros dos GTI-E e GTI-M.....	88
4.3	A especificidade dos GTI-M.....	104
5	O ENTRELAÇAMENTO DAS PRINCIPAIS POLÍTICAS SOCIAIS NO TERRITÓRIO: EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	111
5.1	Contexto de influência/contexto da estratégia política do Programa Saúde na Escola.....	112
5.2	Contexto da produção de texto do Programa Saúde na Escola.....	116
5.3	Contexto da práticas/contexto dos resultados ou efeitos do Programa Saúde na Escola.....	117
6	A FUNÇÃO SOCIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	124
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
	REFERÊNCIAS.....	136
	APÊNDICE.....	144
	ANEXOS.....	145

APRESENTAÇÃO DO AUTOR

Minha formação acadêmica e profissional teve início quando comecei a cursar Ciências Biológicas no então Centro Universitário Nove de Julho. Na verdade, sempre fui um apaixonado por plantas e bichos, desde criança, e sempre dizia que, quando crescesse, queria ser biólogo. Assim, todos os programas de televisão que falavam sobre bichos, plantas e meio ambiente eram os meus preferidos. O mesmo ocorria com minhas leituras, inclusive de verbetes de dicionários e enciclopédias relacionadas ao tema.

Ao longo de toda a minha educação básica, pouco fui incentivado pelos meus professores a sonhar com a universidade pública ou com melhores condições de vida. Apenas a necessidade de estudar para manter, o que hoje conheço como a manutenção sistema capitalista e do *status quo*, e arrumar um emprego semelhante aos dos pais já seria o suficiente. No meu caso, uma empregada doméstica e um porteiro, dos quais muito me orgulho. A universidade pública era um sonho muito distante, precisaria trabalhar muito para pagar, quem sabe, a mensalidade de uma universidade particular.

Mesmo com poucos anos de estudos, minha mãe uma empregada doméstica e meu pai um porteiro, que estudaram somente até a então quarta série do ensino primário no agreste pernambucano, sempre incentivaram e se esforçaram para que seus quatro filhos, no mínimo, concluíssem o ensino médio, pois sempre acreditaram que somente a educação poderia propiciar melhor qualidade de vida.

Assim, mesmo com todo apoio e incentivo dos meus pais, a necessidade de trabalhar para colaborar nas despesas da casa e, quem sabe, cursar o ensino superior, me levaram a atuar como *office-boy* em um laboratório de prótese dentária; em seguida, em uma indústria metalúrgica; depois, como operador de caixa, em uma lanchonete. Neste período concluí o Ensino Médio e entrei na universidade para me tornar biólogo.

Durante a graduação: Licenciatura Plena em Ciências Biológicas, fui fazer estágio na mesma escola estadual onde cursei o Ensino Médio, na Vila Brasilândia, periferia de São Paulo e lá, comecei a atuar como professor eventual, aos 19 anos. Meus professores, que me incentivavam concluir o Ensino Médio apenas para manter o *status quo*, viraram meus colegas de trabalho. E, como para muitos

colegas professores, um emprego apenas não era o suficiente, lecionei em três escolas, naquele tempo, uma estadual e duas pequenas escolas particulares nos bairros da Lapa e Jaraguá.

Finalizada a graduação, em dezembro de 2006, agora biólogo e professor de Ciências e de Biologia, fui trabalhar no recém-criado Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), uma iniciativa da Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo. Na estrutura de Projeto, entre 2007 e 2008, e, posteriormente, como um Programa (de 2009 até os dias atuais), o PAVS tem o objetivo de levar a discussão da temática socioambiental para a rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de São Paulo. No PAVS, me tornei profissional de saúde e pude experimentar o “poder do jaleco branco”. Ao mesmo tempo, lecionava como professor eventual, na rede estadual paulista, e, mais adiante, como professor do Centro Paula Souza.

Para cumprir seu objetivo, entre 2007 e 2008, o PAVS, por meio das Organizações Sociais de Saúde parceiras da Secretaria Municipal de Saúde contratou educadores ambientais, e eu fui um deles, para ofertar um curso de educação ambiental aos Agentes Comunitários de Saúde. Esta formação resultou em centenas de iniciativas na cidade como ações de plantio de árvores, limpeza e manutenção de pontos viciados de resíduos sólidos, ações educativas de prevenção à dengue e incentivo à alimentação saudável nos grupos terapêuticos das UBS e também nas escolas presentes nos territórios das unidades de saúde. Aí começa minha relação com a saúde escolar.

Em 2009, quando o PAVS “Projeto” se transforma em “Programa”, a formação deixa de ser específica aos Agentes Comunitários de Saúde e incorpora os demais profissionais das Equipes de Saúde da Família, expandindo as comunidades atendidas, incluindo aí escolas dos territórios que se tornam o “carro chefe” das ações do PAVS. No mesmo período, os educadores se transformam em Gestores de Projetos Socioambientais.

Entre as diversas ações de prevenção e promoção à saúde desenvolvidas pelo PAVS, as de saúde escolar eram as que mais ocupavam espaço na agenda, fosse para formação de professores ou atividades com alunos sobre horta e alimentação saudável, reciclagem e cuidado com os resíduos sólidos, prevenção ao uso drogas, álcool e tabaco, prevenção e eliminação de criadouros do mosquito

Aedes aegypti, prevenção da gravidez na adolescência, as DST/AIDS e o uso correto de preservativo, estavam entre as principais atividades realizadas.

Criado em dezembro de 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) chegou à cidade de São Paulo em 2013, quando o PSE ficou disponível para todos os municípios do país e foi através do PAVS que ele foi executado na capital paulista. Inicialmente, mesmo sem compreender plenamente o Programa, inclusive sua abrangência enquanto uma política pública nacional, as atividades realizadas pelo PAVS nas escolas passaram a ter prioridade sobre as demais ações, incluindo uma cobrança maior para que fossem realizadas no período estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde. No mesmo ano, tendo sido aprovado em concurso público, assumi o cargo efetivo de Professor de Ensino Fundamental II e Médio – Ciências na Secretaria Municipal de Educação de São Paulo.

Na Gestão de Projeto Socioambientais, todas as atividades do PAVS realizadas dentro das escolas passam a ser contabilizadas e registradas como atividades do PSE. Entre as mais realizadas, se destacavam atividades de horta e alimentação saudável, prevenção ao mosquito *Aedes aegypti* e prevenção à gravidez na adolescência, às DST/AIDS e uso correto do preservativo.

De 2007 a 2020, minha atuação profissional foi dividida entre profissional de saúde e profissional de educação. Às vezes, na mesma escola em que eu realizava uma ação educativa do PSE durante o dia, eu voltava para lecionar, à noite.

Concomitante à dupla atividade profissional, minha formação acadêmica foi avançando, por meio de diversos cursos de curta duração e participação em eventos como congressos e seminários das áreas da educação e da saúde. Aqui pode se destacar a pós-graduação em Ecologia e Meio Ambiente (2008 – UNICSUL), Saúde Coletiva com Ênfase em Programa Saúde da Família (2013 – UNINOVE), Educação Especial com Ênfase em Altas Habilidades/Superdotação (2017 – UNESP), MBA em Serviços de Saúde (2018 – UNINOVE) e Formação de Docentes para o Ensino Superior (2019 – UNINOVE).

Em 2020, decidi seguir minha carreira profissional apenas na área da educação, pedi desligamento da Organização Social de Saúde para a qual trabalhava e deixei as atividades do PSE, ao menos enquanto executante usando um jaleco branco. Ainda em 2020, comecei a cursar o Mestrado Profissional em Ensino de Ciências e Matemática, pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e

Tecnologia de São Paulo sob orientação da Profa. Dra. Valéria Trigueiro Santos Adinolfi, e o PSE, meu principal objeto de trabalho dos últimos 7 anos, se transformou em objeto de estudo, na intenção de compreender qual era a percepção dos professores, especialmente do professor de Ciências sobre as ações do Programa executadas pelos profissionais de saúde.

Pesquisando sobre o PSE no mestrado, tive a compreensão de que ele é muito mais do que “atividades do pessoal do posto de saúde nas escolas”, como era identificado pelas equipes nas escolas, mas a mais importante política pública de saúde escolar que visa reduzir as vulnerabilidades dos estudantes das escolas públicas. Foi no mestrado também que descobri que o PSE possuiu financiamento e os Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI), algo que poderia ter facilitado o meu trabalho enquanto profissional de saúde, caso tivesse conhecimento adequado da estrutura do Programa, mas a cobrança por metas o tornava apenas mais uma atividade operacional a ser executada no prazo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Se, no Mestrado, minha intenção com o PSE era identificar a percepção dos professores sobre as ações realizadas, no doutorado o objetivo foi compreender o Programa enquanto a mais importante política pública de saúde escolar em vigência, considerando quais influências internas e externas estão presentes em sua concepção, como o papel de agências multilaterais como Grupo Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), por exemplo, presentes no PSE, além das influências oriundas das conferências internacionais e nacionais de promoção à saúde e de educação básica.

Além destas influências, também busquei compreender o funcionamento dos GTI e como a sua organização tem potencial para que o Programa possa atingir seus objetivos, melhorando a atuação e a interlocução dos profissionais de saúde e de educação envolvidos diretamente com as ações, e assim, atingir o objetivo maior de reduzir as vulnerabilidades dos estudantes da educação básica.

Finalizada mais esta etapa na minha formação acadêmica, pretendo que o PSE e a saúde escolar continuem me acompanhando, seja no planejamento, na execução e avaliação das ações realizadas diretamente com os estudantes ou na

condução desta importante política pública, agora na condição de profissional de educação.

1 O ESPAÇO ESCOLAR COMO LOCAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE

Parcerias entre os setores de educação e saúde, especialmente no que diz respeito à implementação de programas de assistência à saúde dos estudantes, existem desde o início do século XX. Os estudos que discutem tais políticas e ações têm indicado muitas fragilidades e desafios na implementação de ações intersetoriais, tais como ausência de comprometimento igualitário entre os setores, fragmentação das ações e predomínio de abordagens setorializadas e biomédicas (Sousa; Esperidião; Medina, 2017). O espaço escolar como um campo de promoção à saúde vem alcançando dimensões advindas da democracia no Brasil e à luta pela cidadania (Padrão; Silva; Silva, 2023).

Exemplo desta parceria, no ano de 2007, no Brasil, por iniciativa do Estado brasileiro foi lançado o Programa Saúde na Escola (PSE) como uma estratégia para integração e articulação permanente entre as políticas de educação e de saúde. Seu propósito é ampliar as ações de saúde dirigidas aos estudantes da rede pública de ensino, contribuindo para a formação integral dos educandos desenvolvendo ações de prevenção, promoção e assistência à saúde (Brasil, 2007).

O PSE surge de um processo de mudança de paradigma para as políticas sociais e para as ações de saúde fruto do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), de influências das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde e da necessidade de propor ações para atuar na diminuição das vulnerabilidades às quais os jovens e crianças estão sujeitos e promover seu pleno desenvolvimento sob a perspectiva da integralidade (Köptcke, 2023).

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 (Köptcke, 2023, p. 7).

Além dos serviços de educação e saúde, o PSE prevê a participação de outros setores e atores, conforme a organização de cada território. A integralidade, a territorialidade e a intersetorialidade são princípios que fundamentam o Programa (Brasil, 2007; Sousa; Esperidião; Medina, 2017). O PSE visa contribuir para o

fortalecimento das ações, o desenvolvimento integral e a participação da comunidade escolar em programas e projetos articulados entre educação e saúde.

A comunicação e o planejamento entre a equipe de educação e de saúde é fator primordial para que as atividades do PSE possam ser pensadas de forma a atender, de fato, as necessidades dos educandos e da comunidade. Entretanto, observa-se que esse planejamento ocorre de forma superficial, resumindo-se, na maioria das vezes, em definições de cronogramas para a realização das atividades (Carvalho, 2015). Na esfera das práticas cotidianas, os profissionais de educação “se queixam de que o setor saúde usa a escola e abusa do tempo disponível com ações isoladas e desarticuladas” (Köptcke; Caixeta; Rocha, 2015).

Em escolas brasileiras, atividades de saúde são realizadas desde 1850 (Lima, 1985) e, no âmbito do PSE, desde 2008, com ações como prevenção ao mosquito *Aedes aegypti*, saúde ambiental, avaliação antropométrica, saúde bucal, vacinação, entre outros (Santos, 2021; Santos; Adinolfi, 2021).

No PSE, a coordenação das ações é realizada por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs), centrada em uma gestão compartilhada que considere a execução e realização das ações de maneira conjunta para atender as necessidades locais, presumindo uma troca de saberes entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais (Brasil, 2015):

Por isso, os GTIs devem ser compostos, obrigatória e minimamente, por representantes das secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais (representação de jovens, cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros) (Brasil, 2015, p. 15).

Os GTIs organizados nos âmbitos federal (GTI-F), estaduais e distrital (GTI-E) e municipais (GTI-M), devem fomentar a articulação intersetorial das redes públicas de educação e saúde e demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE de um mesmo território, propiciando a sustentabilidade das ações, a partir da formação de redes de corresponsabilidade.

Assim, esta pesquisa apresenta como objeto a atuação dos membros dos GTI do PSE colaboram na efetivação desta política pública de maneira que resulte em impacto na saúde dos estudantes beneficiados pelas ações do Programa. A pergunta de pesquisa a ser respondida é: a forma de atuação dos GTI pode

fomentar ou minimizar o potencial de promoção e prevenção à saúde dos estudantes das escolas pactuadas ao PSE?

O PSE está dentro de um modelo de gestão pública que por vezes pode ser identificado como gerencial e, por outras, como societal. “O gerencialismo é uma concepção que busca uma mudança cultural que começa pela transformação do Estado, mas busca se estender à toda comunidade” (Lima; Gandin, 2017, p. 731). Neste modelo o Estado é mais regulador e administrador do que provedor de bens e serviços, concedendo a iniciativa privada através da privatização ou concessão empresas públicas ou mesmo serviços essenciais como saúde, educação e assistência social para Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, por exemplo.

Por outro lado, no modelo de gestão societal, se prevê o fortalecimento da sociedade civil na vida política do país, tendo o Estado como protagonista da gestão pública e o público como sinônimo de estatal. Esta participação da sociedade civil se dá através de orçamentos participativos, conselhos de gestão tripartite, comissões de planejamento, conselhos gestores, conselhos de escola e diversas outras maneiras de contar com a participação social na estrutura do Estado (Paula, 2005).

Ambos os modelos estão presentes e convivem simultaneamente na estrutura do Estado, e também podem ser observados no PSE, que adota um caráter gerencial ao centralizar sua gestão no Ministério da Saúde e nos territórios nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), mas também um caráter societal, ao prever a participação da comunidade escolar nos GTI, mesmo que ainda não tenha normatizado esta participação. Ou seja, o PSE está numa espécie de limbo entre uma gestão gerencial e societal, o que será demonstrado ao longo desta pesquisa.

Para ser executada, esta política pública, por vezes gerencial, por vezes societal, demanda o pleno funcionamento dos GTI-F, GTI-E e GTI-M, cada um com sua função e importância para que os objetivos do Programa se materializem na forma de promoção e prevenção à saúde dos estudantes de escolas públicas em todos os municípios aderidos, por meio das ações realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas escolas pactuadas ao Programa.

Compreender a atuação dos GTIs faz-se necessário para buscar identificar padrões de atuação, bem como as particularidades pertinentes as características de cada localidade, que possam ser comparadas e compartilhadas. Como por exemplo,

como se dá a definição das metas e ações a serem desenvolvidas, produção de material educativo e autonomia na aplicação dos recursos financeiros do Programa.

Ainda, esta pesquisa se faz necessária devido à ausência de produção científica que aborde exclusivamente a atuação dos GTI do PSE e como impactam na organização e execução das ações do Programa, como uma política pública de Estado.

Em seus 17 anos de existência, o PSE tem sido tema de importante produção científica, na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações vinculada ao Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, foram localizados 140 trabalhos entre teses e dissertações quando utilizado o termo “Programa Saúde na Escola” no título¹, entretanto, quando acrescentado o termo “Grupo de Trabalho Intersetorial” também no título, não há resultados encontrados. Na plataforma Periódicos CAPES, utilizando o acesso da Comunidade Acadêmica Federada², resultou em 544 produções com o termo “Programa Saúde na Escola” no título, e semelhante ao ocorrido com as teses e dissertações, não há registros quando acrescentado ao título o termo “Grupo de Trabalho Intersetorial”.

Na plataforma *Scientific Electronic Library Online*³, 82 trabalhos são localizados com o título “Programa Saúde na Escola”, porém, nenhum ao acrescentar o termo “Grupo de Trabalho Intersetorial”. No Google Acadêmico⁴, o resultado foi semelhante, apresentando inicialmente 936 resultados e zero, posteriormente, ao utilizar os mesmos termos no título, como nas demais plataformas.

Em uma revisão de literatura realizada por Camargo *et al.*, (2023), identificou-se 55 estudos sobre saúde escolar em todos os continentes, e mesmo que alguns abordassem temas iguais a algumas das ações do PSE, não foi identificado nenhum estudo tão grande, seja no número de ações, temas trabalhados, quantidade de escolas, estudantes e profissionais envolvidos ou na abrangência territorial.

Assim, entende-se que, embora o PSE tenha sido objeto de várias pesquisas, e haja raros estudos de sua efetividade (Köptcke, 2023), o GTI,

¹ Conforme consulta em <<https://bdtd.ibict.br/vufind/>> em 02 de outubro de 2024.

² Conforme consulta em <<https://www-periodicos-capes-gov-br.ez345.periodicos.capes.gov.br/>> em 02 de outubro de 2024.

³ Conforme consulta em <<https://search.scielo.org/>> em 02 de outubro de 2024.

⁴ Conforme consulta em <<https://scholar.google.com.br/>> em 02 de outubro de 2024.

dimensão central para operacionalizar a política pública, não tem sido estudado nem monitorado.

Estes resultados reforçam a relevância desta pesquisa para o SUS e para a educação básica, que apresenta como hipóteses:

- H1 – Os GTI colaboram para que o PSE traga mudanças efetivas na saúde dos estudantes beneficiados por suas ações;
- H2 – Os GTI colaboram para que o PSE cumpra sua função social de reduzir as vulnerabilidades dos estudantes da rede pública de ensino.

Para demonstrar ou negar estas hipóteses, apresenta-se como objetivo geral desta pesquisa compreender como se dá a atuação e o alcance dos Grupos de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola. Que traz como objetivos específicos a necessidade de:

- Analisar se a composição dos GTIs estaduais e municipais (somente capitais estaduais) do Programa Saúde na Escola atende às exigências do referido Programa;
- Analisar a autonomia (ou não) dos GTIs na aplicação dos recursos financeiros do Programa;
- Buscar identificar se diferentes maneiras de organização e atuação dos GTI interferem na produção de resultados, como política pública de Estado.

Para verificar as hipóteses e alcançar os objetivos, após esta apresentação sobre o “Espaço escolar como local de promoção à saúde”, optou-se pela apresentação dos Procedimentos Metodológicos, por entender que sua apresentação prévia, especialmente a seção da Abordagem do Ciclo de Políticas (ACP) auxiliará na compreensão da política pública da saúde escolar e do PSE, bem como dos procedimentos de coleta e análise dos dados.

A ACP, conforme trabalhado por Mainardes (2006, 2018), se baseia na obra dos pesquisadores ingleses Stephen Ball e Richard Bowe, na área de pesquisas educacionais. Em sua construção, a ACP considera o contexto da influência/contexto da estratégia política, contexto da prática/contexto dos resultados

ou efeitos e o contexto da produção de texto. Todos estes contextos se interrelacionam ao pesquisar uma política pública, o que ocorre aqui com relação ao PSE.

Em seguida, é apresentado o Sistema Eletrônico de Informação ao Cidadão (e-SIC), que fundamentado na Lei de Acesso à Informação, permite a qualquer cidadão solicitar informações públicas junto a qualquer órgão da administração pública, seja nos âmbitos federal, estaduais, distrital ou municipais. Por meio do e-SIC, foram obtidos dados como nome, telefone e e-mails institucionais dos membros dos GTI estaduais, distrital e das capitais estaduais, que posteriormente foram convidados para responder ao questionário eletrônico desta pesquisa. O “Universo da pesquisa” e o “Instrumento de coleta de dados”, finalizam a apresentação dos Procedimentos Metodológicos.

O capítulo seguinte “O contexto da saúde escolar e o Programa Saúde na Escola” se inicia com a atuação dos “Organismos internacionais e a saúde escolar”, buscando identificar como instituições como a Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Grupo Banco Mundial, por exemplo, influenciam a saúde escolar no mundo, inclusive o PSE. Esta seção é fundamentada especialmente em Bundy, (2011), Bundy, *et al.*, (2006), documentos do Grupo Banco Mundial (WBG, 2004; 2016) e da UNESCO (UNESCO; Ministério da Saúde, 2018). Em seguida é apresentada a seção “A saúde escolar nas conferências internacionais e nacionais de saúde e de educação”, um levantamento sobre a presença da saúde escolar e do PSE em conferências, extraídos a partir de documentos do Ministério da Saúde (1967; 1980; 2002; 2016; 2018) e MEC (2008; 2010; 2019), além de contribuições de Bangkok (2005) e Akerman (2013).

Em seguida é realizada a apresentação do “Programa Saúde na Escola” considerando sua criação e objetivos (Brasil, 2007; 2017; Ministério da Saúde, 2022), a “Adesão ao Programa Saúde na Escola”, especialmente no Ciclo 2023/2024 (Ministério da Saúde, 2022) complementado com informações obtidas via e-SIC, a seção “Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola” (Ministério da Saúde, 2022), e “Financiamento e monitoramento do Programa Saúde na Escola” (Brasil, 2017; Ministério da Saúde, 2022; Köptcke, 2023).

O capítulo é finalizado com a seção “A saúde escolar e o Programa Saúde na Escola nos planos estaduais e municipais de educação e de saúde”, sobre a presença (ou não) do PSE nesses planos, disponíveis nos sites das respectivas secretarias ou obtidos por meio de solicitações aos e-SIC.

O capítulo “O que dizem os membros dos Grupos de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola”, apresenta a análise realizada nas 90 respostas validadas dos participantes desta pesquisa, representando a secretaria de educação, de saúde e assistência social em GTI-E e GTI-M em todas as regiões do país. Entre as 90 respostas, estão representados os GTI de 23 estados, do Distrito Federal e de 22 capitais estaduais, o que permite uma ampla avaliação sobre o modo de gestão do Programa. Suas seções são: “Identificação dos membros dos Grupos de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola”, “O PSE na ótica dos membros dos GTI-E e GTI-M” e “A especificidade dos GTI-M”.

A discussão dos resultados encontrados é apresentada no capítulo “O entrelaçamento das principais políticas sociais no território: educação e saúde” tendo como referência a literatura disponível sobre o PSE, onde fica evidenciado a lacuna na falta de produção científica específica sobre os GTI, bem como os seus principais documentos normativos, em que também há lacunas entre o determinado pelos documentos oficiais com a prática cotidiana dos membros dos GTI. Esta seção está fundamentada especialmente em Marcuse (1973; 1975), Adorno (1995), Ministério da Saúde (2022) e em Köptcke (2023). Esta discussão se desenvolve nas seções: “Contexto de influência/contexto da estratégia política do Programa Saúde na Escola”, “Contexto da produção de texto do Programa Saúde na Escola” e “Contexto da práticas/contexto dos resultados ou efeitos do Programa Saúde na Escola”.

Para além dos resultados apresentados, o capítulo “A função social do Programa Saúde na Escola”, vai discutir a função social do PSE enquanto uma política pública de redução das vulnerabilidades dos estudantes da educação básica, tendo como referência, especialmente Adorno (1986; 2023) e Horkheimer e Adorno (2002).

Nas Considerações finais, apresentam-se as principais conclusões desta pesquisa, além de encaminhamentos e sugestões de novas investigações sobre o tema. Em seguida são apresentadas as Referências utilizadas, Apêndice e Anexos que complementam este trabalho.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção serão apresentados os procedimentos metodológicos aplicados nesta pesquisa.

De acordo com Severino (2016), esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa considerada exploratória, pois busca levantar informações sobre determinado objeto, neste caso, delimitando os Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) do Programa Saúde na Escola (PSE) como campo de trabalho. Em seguida, será adotada a perspectiva da pesquisa explicativa, que segundo o mesmo autor, é aquela que, além de registrar e analisar os fenômenos estudados, busca identificar suas causas e consequências, por meio da interpretação possibilitada pelos métodos qualitativos.

A saúde escolar e o PSE enquanto políticas públicas, serão analisados tendo como referência a Abordagem do Ciclo de Políticas.

2.1. Abordagem do Ciclo de Políticas

A Abordagem do Ciclo de Políticas (ACP) se baseia nos trabalhos de Stephen Ball e Richard Bowe, pesquisadores ingleses da área de pesquisas educacionais (Mainardes, 2006). Embora a ACP tenha sido desenvolvida no contexto das políticas educacionais e a saúde escolar e o PSE estejam no âmbito das políticas de saúde (mas que deveriam ter relações estreitas com as políticas de educação), segundo Mainardes (2006), a ACP enfatiza os processos micropolíticos e a ação dos profissionais, se articulando com os processos micro e macro da referida política. Neste sentido, entende-se que a saúde escolar e o PSE, especialmente a ação dos membros dos GTI permitem ser analisados com base nesta abordagem.

Inicialmente, em 1992 Stephen Ball e Richard Bowe apresentam a ACP com três contextos. O primeiro é o *contexto de influência*, onde as políticas públicas são iniciadas a partir de discursos políticos. Neste contexto, há a atuação de diversos grupos, buscando legitimar suas ideias e propostas perante a sociedade e buscando influenciar/direcionar o discurso político (Mainardes, 2006). Pensando na saúde escolar e no PSE, pode-se citar as influências que as conferências nacionais e

internacionais de promoção à saúde e de educação básica, além de organismos internacionais como Grupo Banco Mundial (GBM), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), por exemplo, exerceram e exercem sobre estas políticas.

Em seguida há o *contexto da produção do texto*, momento em que os textos que representam a política são produzidos direcionados ao público mais amplo possível, como leis, textos políticos, pronunciamentos oficiais e documentos institucionais, por exemplo. A disputa de forças na produção destes textos, permitem deixá-los incoerentes e até contraditórios (Mainardes, 2006). Este contexto é expresso no PSE a partir de seu decreto de criação e de toda sua legislação pertinente, os documentos e cadernos normativos, que entre outros vão apresentar as funções dos atores envolvidos no PSE, como por exemplo, os membros dos GTI. Neste contexto, também pode-se considerar a normatização das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) da OMS/OPAS.

Por fim, o *contexto da prática* é onde a política está sujeita a interpretação e recriação por parte dos executores. Refere-se aos locais onde as políticas produzem seus efeitos e consequências, permitindo resultar até em mudanças na política inicial (Mainardes, 2006). Aqui, entende-se como a prática dos profissionais de saúde e de educação junto ao PSE, a adesão dos municípios ao Programa, os indicadores de produção e as respostas do questionário da pesquisa que irão retratar a atuação dos membros do GTI.

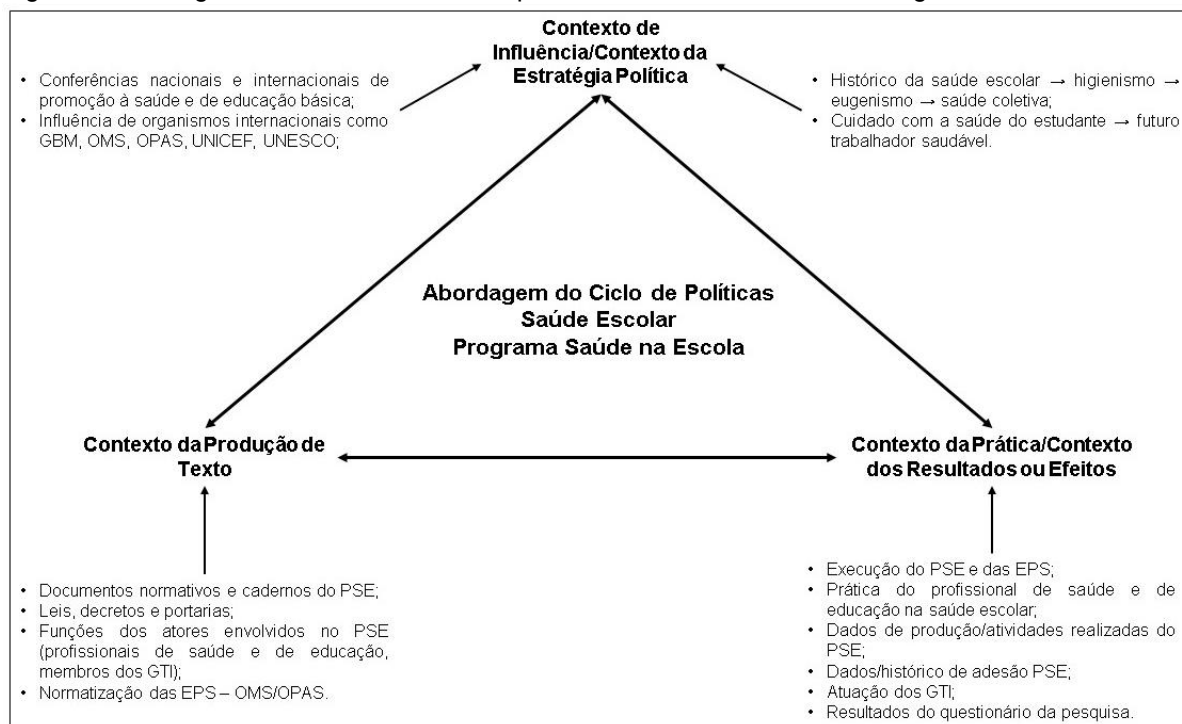
Dois anos depois, outros dois contextos são acrescentados à ACP, o *contexto dos resultados ou efeitos* que se preocupa com questões de justiça, igualdade e liberdades individuais e o quinto e último contexto, o *contexto de estratégia política* (Mainardes, 2006, 2018) que “envolve a identificação de um conjunto de atividades sociais e políticas que seriam necessárias para lidar com as desigualdades criadas ou reproduzidas pela política investigada” (Mainardes, 2006, p. 55).

Em 2009, Stephen Ball sugere que os dois últimos contextos, sejam explorados juntamente com os contextos primários, sendo o contexto

resultados/efeitos relacionado ao contexto da prática e o contexto das estratégias políticas juntamente com o contexto da influência (Mainardes; Marcondes, 2009).

A Figura 1 apresenta a maneira como a saúde escolar e especificamente o PSE, é relacionado com a ACP, nesta pesquisa.

Figura 1 Abordagem do Ciclo de Políticas aplicada a Saúde Escolar e ao Programa Saúde na Escola



Fonte: o autor com base em Mainardes, 2006, 2018; Mainardes; Marcondes, 2009.

Para colaborar em uma análise com foco na ACP, Mainardes (2006) sugere algumas questões orientadoras para cada um dos contextos elencados por Stephen Ball. No Quadro 1 apresentamos algumas destas questões sugeridas por Mainardes, que serão utilizadas no decorrer desta pesquisa.

Quadro 1 Questões norteadoras para análise da Abordagem do Ciclo de Políticas

Contexto de influência/Contexto da estratégia política
Quais são as influências e tendências presentes na política investigada? Por que a política emergiu agora?
Há influências globais/internacionais? Há influências nacionais e locais? Como elas se relacionam?
Qual a origem das influências globais e internacionais? (World Bank, organismos multilaterais, movimentos internacionais de restauração conservadora, de renovação ou resistência)
Existiam influências globais/internacionais, nacionais ou locais operando antes mesmo da emergência da formulação da política.
Contexto da produção de texto
Quando se iniciou a construção do texto da política?
Como o texto (ou textos) da política foi(foram) construído(s)? Quais as vozes “presentes” e “ausentes”?
Quais são os discursos predominantes e as ideias-chave do texto? Que intenções, valores e propósitos eles representam?

Há no texto da política influências de agendas globais, internacionais ou nacionais; de autores estrangeiros ou de compromissos partidários?
Quem são os destinatários (leitores) do texto elaborado?
Além do texto ou textos principais, houve a produção de textos secundários (subsídios, orientações, manuais, diretrizes)?
Os textos são acessíveis e compreensíveis?
Contexto da prática/Contexto dos resultados/efeitos
Como a política foi recebida? Como está sendo implementada?
Como os professores, diretores, pedagogos e demais envolvidos interpretam os textos? Há mudanças, alterações e adaptações do texto da política para a concretização da política? Há variações no modo pelo qual o texto é interpretado, nos diferentes espaços observados na pesquisa?
Quais são as principais dificuldades identificadas no contexto da prática? Como os professores e demais profissionais lidam com elas? Há a reprodução ou criação de desigualdades?
Como são as relações de poder dentro do contexto da prática (escola, por exemplo) e no relacionamento dos profissionais que atuam na escola com os órgãos educacionais oficiais e dirigentes educacionais? Há formas de opressão, mecanismos de pressão, silenciamentos? Há espaços de vivências democráticas e emancipatórias?
Qual o impacto da política para os alunos (ou receptores da política) em geral?
Há dados oficiais sobre o impacto da política? O que eles mostram?
Quais as diferenças e semelhanças entre os dados oficiais e o que foi observado no contexto da prática pelo pesquisador? É possível identificar disparidades entre dados estatísticos oficiais e dados qualitativos obtidos por meio de observações, depoimentos?

Fonte: Mainardes, 2006, p. 66–68.

2.2. Pesquisa documental

A pesquisa documental realizada para acesso ao nome, telefone e e-mail institucionais dos servidores membros dos GTI-E e GTI-M das secretarias estaduais e municipais de educação e de saúde foram realizados a partir de pedidos de informação nas referidas secretarias por meio dos Serviços Eletrônicos de Informação ao Cidadão (e-SIC), que é um serviço fundamentado na Lei de Acesso à Informação (Lei Federal nº 12.527/2011) que visa garantir o acesso de qualquer cidadão a informações públicas de qualquer órgão público, como por exemplo, ministérios, secretarias municipais, estaduais e autarquias.

Para buscar identificar outras secretarias ou setores na composição dos GTI, além dos pedidos de informações para as secretarias de educação e de saúde, também foram realizados pedidos direcionados para o Gabinete do Governador dos 26 estados e do Distrito Federal e ao Gabinete do Prefeito das 26 capitais estaduais.

Além da identificação dos membros do GTI, o e-SIC também foi utilizado para a obtenção de informações sobre o Plano Estadual e Municipal de Educação e de Saúde em alguns casos, além de outras informações sobre o PSE junto ao Ministério da Educação (MEC) e ao Ministério da Saúde.

2.3. Universo da pesquisa

Todos os estados e o Distrito Federal, juntamente com todos os municípios que realizaram adesão ao PSE, devem constituir os GTI-E e GTI-M obrigatoriamente com representantes das secretarias de educação e de saúde, facultativamente, outras secretarias ou setores da sociedade civil e estudantes também podem compor os GTI.

Considerando que, no Ciclo 2023/2024 aderiram ao PSE 5.506 municípios, o país possuiu, no mínimo, mais de 11 mil membros de GTI do PSE e nesta pesquisa, esperava-se contemplar cerca de 106 membros⁵, representando a totalidade dos 27 GTI-E, incluindo-se o Distrito Federal e os 26 GTI-M das capitais dos estados que foram convidados a participar desta pesquisa por meio do e-mail recebido como resposta dos pedidos de informação realizados nos e-SIC.

O critério de inclusão foi a participação do servidor como membro do GTI-E ou GTI-M de capital estadual. Ao término do período de coleta, foram validadas respostas de 90 membros, 38 representando 23 estados e o Distrito Federal e 52 respostas que representam 22 capitais estaduais.

2.4. Instrumento de coleta de dados

O *link* com o questionário foi enviado a todos os membros dos GTI por meio dos e-mails recebidos nas respostas dos pedidos de acesso à informação do e-SIC. Cada membro do GTI recebeu um e-mail com convite personalizado para participar desta pesquisa.

O questionário teve duração prevista de 10 a 15 minutos para ser respondido, não apresentava riscos clínicos, apenas a possibilidade de raros e eventuais constrangimentos em responder alguma pergunta que, caso ocorresse, o participante deixaria em branco. Não houve benefícios diretos aos participantes, porém os resultados obtidos colaboram na compreensão da atuação dos GTI nos diferentes estados e capitais estaduais.

A seguir, no Quadro 2 é apresentado o questionário enviado em formato eletrônico aos membros do GTI.

5 Número estimado considerando 1 membro da Secretaria Municipal e Estadual de Educação e de Saúde na composição dos GTIs.

Quadro 2 Questionário enviado aos membros do GTI

Pesquisa: O Grupo de Trabalho Intersetorial e o Programa Saúde na Escola									
1. Você é membro do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) do Programa Saúde na Escola (PSE)?									
Sim		Não							
Caso responda Não, a pesquisa será encerrada.									
2. Qual GTI você representa?									
Estadual		Municipal							
2.1 Se for estadual, informe qual é o estado:									
2.2 Se for municipal, informe qual é o município:									
3. Qual Secretaria ou setor você representa?									
Educação		Saúde		Outra Secretaria ou outro setor					
3.1 Caso tenha assinalado outra Secretaria ou outro setor, indique qual:									
4. Gênero: Masculino Feminino Prefiro não informar Outro									
4.1 Caso tenha informado Outro e queira, indique qual:									
5. Qual é o seu cargo/função?									
6. Qual é o seu regime de contratação?									
Servidor público		Cargo comissionado		Outro					
6.1 Caso tenha indicado outro, indique qual:									
7. Qual a sua maior formação acadêmica?									
Ensino médio		Ensino técnico		Graduação					
Pós-graduação		Mestrado		Doutorado					
8. Considerando a resposta assinalada na pergunta anterior, em qual curso você se formou?									
9. A composição dos membros do GTI está publicada em Diário Oficial ou outra publicação oficial?									
Sim		Não		Não sei informar					
10. Com qual frequência ocorrem as reuniões do GTI?									
Quinzenal		Mensal		Bimestral		Semestral		Outra frequência	
10.1 Caso tenha marcado outra frequência, indique qual:									
11. Quais Secretarias ou setores compõem o GTI?									
12. Há esforços do GTI para integrar representantes de outras Secretarias ou da sociedade civil?									
Sim		Não		Não sei informar					
12.1 Caso queira, comente sua resposta:									
13. Em uma escala de 0 a 10 (onde 0 nenhum poder e 10 total poder), qual é o poder de decisão da Secretaria ou setor que você representa no GTI do PSE?									

1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
13.1 Caso queira, comente sua resposta:																			
14. Em uma escala de 0 a 10 (onde 0 nenhum poder e 10 total poder), qual é o poder de decisão do GTI sobre os recursos financeiros do PSE oriundos do Ministério da Saúde?																			
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
14.1 Caso queira, comente sua resposta:																			
15. Como é realizada a alocação dos recursos financeiros do PSE?																			
16. Os recursos financeiros recebidos via PAB Variável são considerados suficientes para a execução das ações do Programa?																			
Sim		Não		Não sei informar															
16.1 Caso queira, comente sua resposta:																			
17. O GTI colabora com o planejamento das ações do PSE?																			
Sim		Não		Não sei informar															
17.1 Caso queira, comente sua resposta:																			
18. O GTI colabora com o monitoramento das ações do PSE?																			
Sim		Não		Não sei informar															
18.1 Caso queira, comente sua resposta:																			
19. O GTI colabora na avaliação das ações do PSE?																			
Sim		Não		Não sei informar															
19.1 Caso queira, comente sua resposta:																			
Para dar continuidade no questionário, indique novamente qual GTI você representa:																			
Municipal		Estadual																	
Caso seja membro de GTI-E, você será direcionado para a finalização do questionário.																			
20. O município possui equipes de saúde exclusivas para a realização das ações do PSE?																			
Sim		Não		Não sei informar															
20.1 Caso sim, qual é a sua composição?																			
20.2 Caso queira comente a sua resposta:																			
21. O município recebeu recursos materiais ou clínicos específicos/exclusivos para as ações do PSE?																			
Sim		Não		Não sei informar															
21.1 Caso sim, quais?																			
21.2 Caso queira, comente sua resposta:																			
22. O diagnóstico situacional previsto na Agenda Educação e Saúde, é considerado no planejamento das ações a serem desenvolvidas no PSE?																			
Sim		Não		Não sei informar															
22.1 Caso sim, como?																			
22.2 Caso queira, comente sua resposta:																			
23. O GTI monitora a inserção das ações do PSE no Projeto Político Pedagógico das escolas?																			

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não sei informar	<input type="checkbox"/>	
23.1 Caso queira, comente sua resposta:						
24. Há identificação de pelo menos, 1 profissional de educação responsável/representante do PSE nas escolas pactuadas?						
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não sei informar	<input type="checkbox"/>	
24.1 Caso queira, comente sua resposta:						
25. Há identificação de pelo menos, 1 profissional de saúde responsável/representante do PSE nas unidades de saúde pactuadas?						
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não sei informar	<input type="checkbox"/>	
25.1 Caso queira, comente sua resposta:						
26. A escolha das unidades de saúde e escolas é feita somente pelo GTI-M ou são ouvidas as escolas e unidades de saúde antes?						
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não sei informar	<input type="checkbox"/>	
26.1 Caso queira, comente sua resposta:						
27. O município possui Projeto Municipal do PSE?						
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não sei informar	<input type="checkbox"/>	
27.1 Caso queira, comente sua resposta:						
28. Caso necessário, você autoriza que o responsável por esta pesquisa entre em contato com o(a) Sr(a) para obter mais informações sobre o Programa Saúde na Escola?						
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>			
28.1 Caso Sim, por favor informe telefone (com DDD) e/ou e-mail para contato.						
Muito obrigado por sua participação.						

Fonte: o autor.

As questões objetivas do questionário foram tabuladas por meio de estatística descritiva e juntamente com as questões dissertativas, foram analisadas tendo como referência a documentação e legislação que rege o PSE, a literatura acadêmica sobre a temática, a teoria crítica de Marcuse (1973, 1975), Adorno (1986; 2023), Horkheimer e Adorno (2002) e a ACP.

O questionário eletrônico foi enviado por e-mail aos membros do GTI após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho (Parecer Consubstanciado 5.770.324 de 22/11/2022, disponível no Anexo 1). Juntamente ao questionário, estava presente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O participante da pesquisa, somente teve acesso ao questionário após preencher, ler e concordar com o TCLE.

Além do Comitê de Ética da Universidade, esta pesquisa necessitou de autorização da Secretaria de Educação da Prefeitura Municipal de Vitória (Anexo 2), Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (Anexo 3), Gerência de Desenvolvimento e Educação Permanente da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro (Anexo 4), Gerência de Educação na Saúde de João Pessoa (Anexo 5), Escola de Saúde Pública de Manaus (Anexo 6), Gerência de Formação Continuada da Secretaria Municipal de Educação de Florianópolis (Anexo 7) e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Anexo 8) tendo em vista que tais órgãos solicitaram que o requerimento de autorização fosse feito aos seus respectivos estados/municípios.

3 O CONTEXTO DA SAÚDE ESCOLAR E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Esta seção apresenta o referencial teórico utilizado para fundamentar esta pesquisa que considerando a Abordagem do Ciclo de Políticas (ACP) desenvolvida por Stephen Ball e Richard Bowe, conforme apresentada por Mainardes (2006, 2018), o contexto de influência/contexto da estratégia política vai iniciar com a atuação de organismos internacionais como Grupo Banco Mundial (GBM), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) na política de saúde escolar em diversos países do mundo, inclusive influenciando e se articulando diretamente com o Programa Saúde na Escola (PSE) (item 3.1). Estes contextos, também apresentam relação quanto a realização de conferências internacionais e nacionais de promoção à saúde e de educação básica, e suas relações com a saúde escolar (item 3.2).

O contexto da produção de texto é identificado na apresentação do PSE (item 3.3) que considera sua legislação e cadernos normativos, as funções dos atores envolvidos no Programa com a apresentação e funcionamento dos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) (item 3.5), bem como o seu financiamento (item 3.6) e também a maneira como a saúde escolar e o Programa está (ou não) representado nos planos estaduais e municipais de educação e de saúde (item 3.7).

Por fim, o contexto da prática/contexto dos resultados ou efeitos é identificado na seção que apresenta a adesão ao Programa (item 3.4), especialmente o Ciclo 2023/2024, além de se relacionar também com a atuação dos GTI (item 3.5).

3.1. Organismos internacionais e a saúde escolar

Com o passar dos anos, a saúde escolar deixou de ser um tema discutido somente nos âmbitos exclusivos de educação e de saúde, e virou tema de organismos internacionais que têm seu foco principal em outras áreas como, por exemplo, o GBM, uma instituição financeira internacional que efetua empréstimos a

países em desenvolvimento, tem buscado apresentar relações entre o cuidado com a saúde dos estudantes e suas principais áreas de atuação.

A presença do GBM e de outras agências multilaterais na saúde escolar parecem permitir o tipo de dispersão do poder fomentada pelo gerencialismo e, ainda, promover sua expansão (Lima; Gandin, 2017) na estrutura do Estado, influenciando nas decisões estratégicas dos órgãos do executivo. Estas instituições, estão presentes em diversas áreas do Estado, firmando parcerias com o poder público e cada vez mais, expandindo suas influências e áreas de interesse, como a parceria da UNESCO com o Ministério da Saúde, que será explicada à frente.

O foco dos programas de saúde e de nutrição escolar em países de baixa renda começou a mudar na década de 1980, quando a UNESCO, por meio de uma série de *workshops*, recomendou o fim de uma abordagem médica que favorecia escolas de elite em centros urbanos para programas baseados em escolas que buscavam melhorar o acesso e a conclusão do ensino, particularmente para estudantes mais pobres, melhorando sua saúde e combatendo a fome (Bundy, 2011). Esses programas tinham a vantagem adicional de otimizar os benefícios que a educação já oferecida às crianças pobres e geralmente por um custo notavelmente baixo (WBG, 2016).

Na década de 1990, outros parceiros de desenvolvimento enfatizaram cada vez mais o papel dos programas de saúde e nutrição nas escolas. No entanto, muitas vezes, o foco principal desses programas era melhorar somente a saúde em vez de melhorar os resultados da educação. O Fundo de População das Nações Unidas foi pioneiro em programas de educação da população e da vida familiar como parte intrínseca dos currículos escolares, com ênfase específica na saúde sexual e reprodutiva (Bundy, 2011).

Com base na Carta de Ottawa, resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, a OMS lançou a Iniciativa Global de Saúde Escolar para fomentar o desenvolvimento de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) buscando promover estilos de vida saudáveis e desenvolver ambientes propícios à saúde (Bundy, 2011).

A proposta das EPS promovidas pela OMS e pela OPAS se baseiam em um modelo de saúde escolar em que a escola e a comunidade são as promotoras das

ações de promoção e prevenção à saúde, envolvendo toda a escola e seu entorno, o que inclui mudanças no currículo escolar. É a escola quem promove saúde, tendo a unidade de saúde do território como parceiro em potencial (OPAS, 2022). Diferente do PSE em que as ações são promovidas e executadas pela unidade de saúde, sendo a escola apenas uma receptora (Santos, 2021; Santos; Adinolfi, 2022a).

Ainda durante a década de 1990, a Rede de Desenvolvimento Humano do GBM procurou apoiar os países na implementação de programas de saúde e de nutrição escolar, lançando uma Iniciativa Internacional de Saúde Escolar com o objetivo de aumentar a conscientização sobre a importância da saúde e nutrição entre os tomadores de decisão no setor de educação em saúde (Bundy, 2011). Condições de saúde que afetam crianças também afetam seu rendimento escolar. A malária e as infecções por verminoses reduzem a presença das crianças nas escolas e aumentam o absenteísmo e até o abandono escolar, enquanto a fome e a anemia afetam a cognição e a aprendizagem, agravando assim os problemas mesmo das crianças que vão à escola (WBG, 2016).

Em 2004, o GBM apresenta a ideia de que as crianças precisam de mais que um sistema de educação eficaz, também precisam ter salubridade, o que resulta em queda no absenteísmo, beneficiando especialmente as crianças de países e localidades mais pobres. Nestas localidades, segundo o GBM, serviços de saúde escolar e a implantação de saneamento básico e de banheiros nas escolas irão beneficiar especialmente as meninas (WBG, 2004).

Para o GBM, um serviço de saúde escolar eficaz deve oferecer estratégias de higiene e nutrição, prevenção ao HIV/AIDS, aumentar a eficácia de outros investimentos no desenvolvimento infantil, assegurar um melhor aproveitamento escolar, melhorar a equidade social, além de ser uma estratégia altamente eficaz em termos de custos (WBG, 2004; Bundy, 2011). Entretanto, o documento lembra que estes esforços não devem sobrecarregar o professor, pois sua principal função é ensinar os estudantes.

A escola como espaço para ações de saúde escolar é defendida por Bundy *et al.*, (2006) devido a infraestrutura do sistema educacional, pois normalmente os países, especialmente os de baixa renda, possuem mais escolas que serviços de saúde e mais professores do que profissionais de saúde, segundo os autores,

apenas por uma questão de grandeza, a escola é o espaço ideal para intervenções simples de promoção e prevenção à saúde (Bundy *et al.*, 2006; WBG, 2012).

Para os autores, principalmente nos países mais pobres, as crianças em idade escolar são acometidas especialmente por infecções parasitárias e respiratórias, malária, HIV/AIDS, desnutrição, deficiência de micronutrientes, ferro, iodo e vitamina A. O investimento em saúde escolar, prevê como retorno uma melhora na saúde dos adultos, que resulte em menos custos aos serviços públicos de saúde e maior produtividade do futuro trabalhador.

Para Figueiredo (2009), o enfoque que o GBM traz para políticas sociais, é consenso com o Banco Interamericano de Desenvolvimento referente aos investimentos que um Estado deve realizar nos serviços essenciais de educação e de saúde. “Esses serviços têm como meta manter a pobreza em níveis suportáveis, atendendo às demandas sociais críticas para administrar os efeitos recessivos das duras políticas de ajuste econômico” (Figueiredo, 2009, p. 1126). Cabe lembrar que, em geral, estas duras políticas de ajuste econômico são implantadas por estes mesmos agentes financeiros ao realizarem empréstimos ou “investimentos” nos países em desenvolvimento.

Entretanto, experiências positivas de saúde escolar nestes países têm mostrado que está é uma das saídas econômicas na manutenção da boa saúde dos estudantes, melhora no aprendizado e diminuição nos gastos com saúde dos adultos trabalhadores (Bundy, 2011).

Para Bundy (2011), a estratégia de educação do GBM identifica três objetivos principais para intervenção que ajudam a melhorar os resultados educacionais das crianças em idade escolar: (I) garantir que as crianças estejam aptas a aprender e se matricular na idade certa; (II) promover a permanência das crianças na escola, aumentando a frequência e reduzindo as taxas de abandono; e (III) melhorar a aprendizagem na escola, aprimorando a cognição e o desempenho educacional. Estas três estratégias, segundo o GBM, seriam alcançadas com o apoio da saúde e da alimentação escolar.

O autor defende que “pequenas intervenções” possam ser realizadas pelos professores, desparasitação e verminoses, prevenção à malária e infecções bacterianas, escovação dentária e prevenção à cárie, identificação da necessidade de uso de óculos, prática de exercício físico, aquisição de uma dieta saudável e

preocupações com peso e deficiência de micronutrientes, desde que os professores possuam o devido treinamento.

Mesmo que os professores possuam o treinamento necessário para as ações defendidas por Bundy *et al.*, (2006; 2011) e pelo próprio GBM (2004, 2012, 2016) quanto à saúde escolar, não estaria o professor se afastando do seu papel principal de ensinar os estudantes sobre o conhecimento acumulado historicamente?

A saúde escolar defendida pelo GBM e por Bundy *et al.*, pode ser financiada com recursos públicos, resultando em crescimento econômico, altas taxas de retorno e grandes externalidades, como também defendem a presença do setor privado e de Organizações Não Governamentais na manutenção destes programas, principalmente em nível local, como ocorre, por exemplo, no Japão, República da Coreia e Indonésia, “com contribuições bem-sucedidas do setor privado, principalmente entre as densas populações urbanas e em países de renda média” (Bundy, 2011, p. 6).

Sem focar na questão econômica da saúde escolar, como faz o GBM por suas características de instituição econômica, mas que deixa clara sua preocupação com a saúde do futuro trabalhador, que seja capaz gerar riqueza ao sistema capitalista e menos gastos com saúde, em 1995 OMS, UNESCO e UNICEF articularam as EPS, entretanto poucos países a implementaram em grande escala e menos ainda fizeram as mudanças institucionais recomendadas, como o foco na educação tendo a saúde como um parceiro potencial deste processo (OPAS, 2022). A OMS “recomenda a implantação e manutenção de sistemas de vigilância de fatores de risco à saúde dirigidos aos estudantes” (Köptcke, 2023, p. 91).

Por serem instituições voltadas à saúde, à cultura, à educação e à infância, possuem maior aproximação com a saúde escolar, daí a iniciativa de articularem as EPS, modelo que serviu de inspiração ao PSE. Estas instituições vão ocupando os espaços criados pelo gerencialismo, expandindo seu poder e seus interesses, ao mesmo tempo que, às quantidades de atendimento não se conseguem dados sobre a qualidade desse atendimento e sua repercussão no âmbito dos objetivos centrais do PSE, pois esses não são colhidos.

Em 2018, a OMS e a UNESCO anunciaram uma iniciativa para “Transformar cada escola em uma Escola Promotora de Saúde”, a qual incluía o compromisso em

desenvolver padrões e indicadores globais de EPS e apoiar sua implementação. Os padrões e os indicadores globais têm como objetivo fornecer orientações à equipe de governo e aos formuladores de políticas de todos os setores, às lideranças escolares e aos parceiros de desenvolvimento na implementação de abordagens sustentáveis de toda a escola visando a saúde na educação. Os padrões e indicadores globais são projetados para serem usados por todas as partes interessadas em todos os setores envolvidos na identificação, planejamento, financiamento, implementação, monitoramento e avaliação da abordagem EPS em escolas desde o nível local ao global (OPAS, 2022).

Além das EPS, a pandemia de Covid-19, resultou em uma série de produções, orientações e recomendações da OMS, UNICEF e UNESCO sobre a saúde escolar, especialmente em protocolos de cuidado com estratégias para reduzir o impacto do fechamento das escolas no desenvolvimento dos estudantes, principalmente nos países em desenvolvimento.

No que se refere ao PSE, não é possível estabelecer relações diretas entre seus princípios e objetivos com a proposta de saúde escolar do GBM, mas indiretamente ambos interagem ao preverem a saúde escolar como uma importante estratégia para reduzir o absenteísmo e o cuidado com a saúde do estudante, o que se espera que resulte em menor custo com a saúde do adulto, embora, isto não esteja explícito nos documentos normativos do Programa. É a influência da economia capitalista, uma vez que, a questão está nos custos e não na saúde em si dos sujeitos envolvidos.

É possível identificar maior aproximação entre o PSE e as EPS, devido às inspirações na promoção e prevenção à saúde presentes na Carta de Ottawa, em que a escola é um importante parceiro no cuidado com a saúde e na ideia de que cuidar da saúde não é responsabilidade única e exclusiva do setor saúde.

Entretanto, é necessário “ter cuidado” para que o professor não se desvie de sua essência de profissional de educação e realize funções específicas de profissionais de saúde como as recomendadas pelo GBM (2004, 2012, 2016) e por Bundy *et al.*, (2006) e Bundy (2011); mas também, a escola e os professores, não devem ser subservientes ao serviço de saúde, deixando a saúde escolar e em especial o PSE, somente sob os cuidados dos serviços de saúde, sem explorar o potencial pedagógico presente na parceria e nas ações do Programa.

Especificamente sobre o PSE, em 2018 o Ministério da Saúde e a UNESCO firmaram um projeto de cooperação técnica internacional intitulado: “Inovação para o fortalecimento da intersetorialidade entre educação e saúde para a promoção da saúde dos escolares” que teve por objetivo: “identificar potencialidades e barreiras na implementação do Programa Saúde na Escola” com vigência até julho de 2023 (após prorrogação devido a pandemia de Covid-19) (UNESCO; Ministério da Saúde, 2018, 2020)⁶. De acordo com o Ministério da Educação, o PSE é reconhecido pela UNESCO e UNICEF como um dos maiores programas modelo do mundo na prática da saúde escolar⁷.

Uma das fragilidades que o projeto de cooperação busca sanar é a dificuldade do PSE em apontar de forma sistematizada e com evidências científicas a efetividade de suas ações quanto a: I) articulação entre saúde e educação no território; II) melhoria das condições de saúde dos estudantes; III) redução da evasão escolar por motivo de saúde ou por gravidez na adolescência; e IV) formação de capacidades técnicas locais para a gestão do PSE (UNESCO; Ministério da Saúde, 2018).

O projeto de cooperação técnica traz ainda a necessidade de uma avaliação nacional sobre o PSE, quanto aos seus processos de gestão, monitoramento e produção de informações, considerados como insuficientes, como apresentado no próprio projeto:

Apesar da grande capilaridade nacional do Programa Saúde na Escola, da sua força de carrear outros programas para os espaços da saúde e da escola e do longo período já em curso (desde 2007), **ainda não é possível apontar, de forma sistematizada e com evidências científicas, a efetividade do PSE nas suas principais frentes:**

1. Articulação entre saúde e educação no território;
2. Melhoria das condições de saúde dos educandos;
3. Redução da evasão escolar por motivo de saúde ou por gravidez na adolescência; e
4. Formação de capacidades técnicas locais para gestão do PSE (UNESCO; Ministério da Saúde, 2018, p. 14 grifos do autor).

Embora o PSE ainda não apresente evidências científicas de seus benefícios em âmbito nacional, para o GBM, ações de saúde escolar aumentaram em até 50%

⁶ Conforme informações recebidas por e-mail em 08 de maio de 2023 de MB – Oficial de Programas da UNESCO Brasil, os resultados desta cooperação técnica ainda não estão disponíveis pois: “está passando por revisão temporal, deve ser estendido por mais um ano”.

⁷ Conforme informações recebidas do Ministério da Educação pela plataforma Fala.Br, via Lei de Acesso à Informação em 01 de março de 2023.

a presença de estudantes em algumas regiões da África, o enfrentamento a desparasitação e malária reduziram o absenteísmo e melhoraram o rendimento acadêmico de estudantes na Jamaica, Quênia e Sri Lanka, além de reduzirem problemas de diarreia na idade escolar e infecções parasitárias como lombriga e esquistossomose até a idade adulta (WBG, 2012).

A lacuna na avaliação da efetividade do PSE e do diagnóstico das potencialidades e barreiras da implementação do Programa, ocorre devido à complexidade para avaliar uma estratégia intersetorial presente em quase 99% dos municípios brasileiros. Assim, até o momento, a Cooperação Técnica resultou em uma edição especial da Revista Saúde em Debate em comemoração aos 15 anos do PSE (Saúde em Debate, 2022), apresentando 18 artigos científicos inéditos sobre a intersetorialidade e gestão do Programa. Os demais objetivos do Projeto de Cooperação Técnica estão em processo de execução, visto o atraso ocasionado pela crise sanitária da Covid-19 (UNESCO; Ministério da Saúde, 2020).

Além dos recursos investidos pelo Ministério da Saúde no Projeto de Cooperação Técnica com a UNESCO em 2018 e revisado em 2020 no valor total de R\$ 8.614.717,21 (oito milhões, seiscentos e quatorze mil, setecentos e dezessete reais e vinte e um centavos), em 2021 o Ministério da Saúde lançou o edital CNPq/DEPROS/SAPS/MS nº 20/2021 – para a “Avaliação nacional da efetividade da gestão intersetorial e das ações do Programa Saúde na Escola”, a proposta aceita, no valor de R\$ 2.713.200,00 (dois milhões, setecentos e treze mil e duzentos reais), pretende publicar seus resultados em 2024⁸.

Embora esta pesquisa não almeje ser uma avaliação nacional do PSE, mesmo com a ausência de investigações em âmbito nacional do Programa (Pinto, 2023), a representatividade de membros dos GTI-E e GTI-M de todas as regiões do país, irá corroborar a compreensão do estado atual do Programa.

Observa-se ainda que a cooperação técnica entre UNESCO e Ministério da Saúde reforça o distanciamento do Ministério da Educação (MEC) do PSE, pois o Ministério da Educação não está incluído no projeto, seja no financiamento, sua elaboração, execução e acompanhamento, responsabilidade que cabe somente a UNESCO e a Comissão Intergestores Tripartite da Atenção Básica composta pelo próprio Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

⁸ Conforme informações recebidas do Ministério da Saúde pela plataforma Fala.Br via Lei de Acesso à Informação em 23 de fevereiro de 2023.

e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o que reforça a atuação periférica da educação na gestão do PSE.

O distanciamento do MEC de uma ação realizada pela UNESCO, mesmo que financiada somente pelo Ministério da Saúde, corrobora para afastar a educação do PSE, gerando efeito em cascata, observado até as práticas do Programa nas escolas. A ausência do MEC no projeto de cooperação técnica que pretende verificar o quanto o PSE é efetivo e causa impacto social na vida e na saúde dos estudantes e comunidades, apenas enfraquece as já fragilizadas relações intersetoriais entre as duas áreas, reduzindo o potencial de ação do Programa.

3.2. A saúde escolar nas conferências internacionais e nacionais de saúde e de educação

O cuidado com a saúde como uma responsabilidade de diversos setores da sociedade e não apenas dos campos específicos das ciências da saúde, é apresentado por organismos internacionais como OPAS, OMS, UNESCO e UNICEF, por exemplo, como estratégia imprescindível para o pleno cuidado com a prevenção e a promoção à saúde das pessoas. Minimizar os efeitos das mudanças climáticas, oferecer condições dignas de moradia, trabalho, emprego, lazer, saneamento básico e educação, são algumas das muitas formas de proporcionar cuidado com a saúde das comunidades.

A educação e o ambiente escolar são historicamente vistos como importantes espaços para as ações promovidas pelos profissionais e serviços de saúde, seja em tempos históricos em que o paradigma predominante era higienista e até eugenista, em alguns momentos, ou nos atuais paradigmas da saúde coletiva com foco na promoção e prevenção à saúde dos estudantes (Santos; Adinolfi, 2021).

De maneira explícita em alguns casos ou não, quando são citados diversos setores da sociedade, a educação e o ambiente escolar estão presentes nas Cartas e orientações finais de diversas Conferências Internacionais de Promoção à Saúde, como observado no Quadro 3 a seguir:

Quadro 3 Referência à saúde escolar nas Conferências Internacionais de Promoção à Saúde

Conferência ⁹	Ano	Educação como parceira/estratégia nas ações de promoção à saúde
Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde – Declaração de Alma-Ata – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas	1978	A Declaração de Alma-Ata reafirmou enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde era a mais importante meta social mundial, cuja realização necessitava a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.
Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Carta de Ottawa – Canadá	1986	Com a intenção de atingir a Saúde para Todos no ano 2000, a Carta de Ottawa, cita a educação como um recurso fundamental para a saúde. A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. Neste sentido, é essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Tarefa que deve ser realizada nas escolas , nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem ser realizadas por intermédio de organizações educacionais , profissionais, comerciais e voluntárias, e pelas instituições governamentais.
Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde – Declaração de Adelaide – Austrália	1988	As instituições educacionais precisam responder às necessidades emergentes da nova saúde pública , reorientando os currículos existentes, no sentido de melhorar as habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública.
Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde – Declaração de Sundsvall – Suécia	1991	A Conferência reconhece que a solução dos grandes problemas de saúde está além de um sistema tradicional. [...]. As ações devem envolver, predominantemente, setores como educação , transporte, habilitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura. A Conferência identificou quatro estratégias fundamentais para a ação em saúde pública, dentre elas: Capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão. A Conferência reconhece, ainda, que a educação é um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos.
Conferência Internacional de Promoção da Saúde – Declaração de Santafé de Bogotá – Colômbia	1992	Esta Conferência tratou da promoção da saúde na América Latina e afirmou a busca pela criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento, para isso é necessário fortalecer a capacidade convocatória do setor saúde para mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e seus efeitos sobre a saúde.

⁹ Durante a elaboração desta Tese, não foram localizadas a Declaração final da VII Conferência Internacional de Promoção à Saúde realizada em Nairóbi – Quênia em 2009, da IX Conferência Internacional de Promoção à Saúde realizada em Xangai – China em 2015 e da 10ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde para o Bem-estar, Equidade e Desenvolvimento Sustentável organizada pela Organização Mundial da Saúde com o apoio da Finlândia e dos Emirados Árabes Unidos, agências das Nações Unidas e parceiros em formato virtual em 2021.

Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde – Declaração de Jacarta – Indonésia	1997	Está Conferência estabeleceu como prioridades para a promoção da saúde no século XXI a necessidade de promover a responsabilidade social para com a saúde e aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo, recomendando o aumento da sensibilização sobre as mudanças dos determinantes da saúde. Para isso é necessário o apoio à criação de atividades de colaboração e de redes com todos os setores da sociedade para o desenvolvimento sanitário.
Quinta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde – Declaração do México	2000	Está Conferência reconheceu que a promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade. Constatou a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade. Assumindo um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde.
VI Conferência Global sobre Promoção da Saúde, Declaração de Bangkok – Tailândia	2005	A saúde é influenciada por mudanças sociais econômicas e demográficas que muitas vezes de maneiras adversas afetam as condições de trabalho, ambientes de aprendizagem , padrões familiares, culturais e o tecido social das comunidades, sendo necessário dar prioridade aos investimentos em saúde, dentro e fora do setor da saúde.
8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde – Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas – Finlândia	2013	Abordar as consequências para a saúde não é apenas uma responsabilidade do setor saúde, é uma questão política mais ampla. É uma questão comercial. É uma questão de política externa. Combater isso requer vontade política para envolver todo o governo em saúde. <i>Saúde em Todas as Políticas</i> é uma abordagem para as políticas públicas em todos os setores.

Fonte: Ministério da Saúde, 2002; Bangkok, 2005; Akerman, 2013 (grifos do autor).

Observa-se que, desde a Conferência de Alma-Ata (na então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), em 1978, a responsabilização pela promoção à saúde deixa de ser considerada responsabilidade exclusiva do setor saúde e passa a ser compartilhada com outros setores da sociedade, estando a educação entre eles, citada de maneira explícita ou não. Em 1986, a Carta de Ottawa (Canadá), um importante marco para a promoção à saúde, defende o ambiente educacional como essencial no cuidado com a saúde da população – estratégia reforçada em 1988 pela Declaração de Adelaide (Austrália) que previa a alteração dos currículos escolares para a formação dos estudantes em temas de saúde pública. A Declaração de Sundsvall (Suécia), de 1991, reconhece, ainda, que a educação é um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos.

As conferências internacionais de promoção à saúde que ocorreram após 1991, embora não explicitem o papel da educação no cuidado à saúde, a englobam quando compartilham com todos os setores da sociedade esta responsabilidade.

Além das conferências internacionais, o Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas da OPAS e OMS, discutido na 66ª Sessão do Comitê Regional para as Américas, ocorrida em 2014, também destaca a importância de promover e integrar a saúde em todos os setores da sociedade, como agricultura, educação, trabalho, meio ambiente, habitação e transporte, afirmando que a cobertura universal de saúde requer uma abordagem multisetorial (OPAS; OMS, 2014).

Em 2019, a Estratégia e Plano de Ação para a Promoção da Saúde no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2019-2030, na 71ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, reforça o papel da escola como um dos principais espaços para fortalecer a saúde, e traz como meta o acesso da população das Américas às EPS, proporcionando maior envolvimento da sociedade civil nas questões de saúde (OPAS; OMS, 2019).

Com menor impacto e expressão em relação às conferências internacionais de promoção à saúde, o cuidado com a saúde realizado no ambiente educacional, é identificado na Declaração Mundial sobre Educação para Todos, fruto da Conferência de Jomtien, Tailândia realizada em 1990, indicando que cada país considerasse a ampliação dos serviços de educação básica e capacitação em outras habilidades essenciais necessárias aos jovens e adultos, avaliando a eficácia dos

programas em função de mudanças de comportamento e impactos na saúde, emprego e produtividade da sociedade. Nesta Conferência, a saúde é lembrada como um dos setores importantes em uma abordagem multisetorial de desenvolvimento da educação básica (Jomtien, 1990).

Passados 10 anos, o Fórum Mundial de Educação – Educação Para Todos – realizado em Dakar, Senegal, no ano 2000, trouxe uma importante referência à implantação de programas e ações educacionais para o combate a pandemia de HIV/AIDS e a deficiência em saúde. No que se refere ao HIV/AIDS, os programas para o controle e a redução do vírus, devem fazer o máximo uso do potencial da educação, inclusive adaptações curriculares como estratégia para prevenção e mudança de comportamentos (UNESCO, 2001).

No Fórum do Dakar foi lançado o modelo de saúde escolar denominado Focando Recursos com Eficácia na Saúde Escolar (FRESH), desenvolvido por UNESCO, UNICEF, OMS e o GBM, como ponto de partida para o desenvolvimento de um programa efetivo de saúde escolar, higiene e nutrição, que resultasse em uma escola mais amigável para as crianças e que promovesse saúde (Ebenezer; Nannyonjo, 2012; WBG, 2012).

No modelo FRESH, mesmo as escolas com maiores dificuldades financeiras devem disponibilizar aos seus estudantes e comunidade, quatro componentes principais:

1. Políticas escolares relacionadas com a saúde que, por exemplo, não excluam estudantes grávidas, que encorajem estilos de vida saudáveis incluindo não fumar, e que ajudem a manter o sistema educativo na frente de combate a AIDS;
2. Provisão de água limpa e saneamento básico adequados que proporcionem um ambiente de aprendizagem saudável, que estimulem comportamentos higiênicos e permitam privacidade no sentido de promover a participação das estudantes adolescentes na educação;
3. Educação sobre saúde, higiene e nutrição, com base nas competências existentes, que se centre no desenvolvimento dos conhecimentos, atitudes, valores e preparação para a vida, necessários ao estabelecimento de práticas de higiene duradouras e à redução da vulnerabilidade à AIDS por parte dos jovens e dos professores;
4. Serviços de saúde e nutrição baseados nas escolas, que sejam simples, seguros e familiares, e que abordem problemas comuns e reconhecidos como importantes pelas comunidades, incluindo a disponibilização de aconselhamento para o combate à AIDS (WBG, 2004, p. 4).

A implementação deste modelo apresentado no Fórum do Dakar, conforme indicado antes, implica na realização de parcerias intersetoriais, especialmente entre

os serviços de saúde e da educação do território, parcerias com toda a comunidade escolar, além de envolver ativamente os estudantes das escolas inseridas no programa (WBG, 2004).

Após as referências que registram a importância da educação no cuidado com a saúde presentes nas Declarações de Jomtien e de Dakar; em 2015, na Declaração de Incheon, resultado do Fórum Mundial de Educação, realizado na Coreia do Sul, com o tema: Educação 2030 – rumo a uma educação de qualidade inclusiva e equitativa e à educação ao longo da vida para todos – não apresenta nenhuma referência para o cuidado à saúde que possa ser proporcionado e/ou realizado nos serviços de educação (UNESCO, 2015).

Ao se observar as declarações resultantes das conferências internacionais sobre promoção à saúde e sobre educação, verifica-se que a educação está presente nas conferências de saúde como importante espaço para a promoção à saúde, especialmente na Carta de Ottawa e nas Declarações de Adelaide e de Sundsvall, enquanto que a Conferência de Jomtien ressalta a importância da educação como estratégia de mudança e impacto na saúde das pessoas, o enfrentamento ao HIV/AIDS e o lançamento do modelo FRESH na Declaração de Dakar e o silenciamento da educação em relação à saúde na Declaração de Incheon.

No Brasil, as conferências nacionais de educação e de saúde são realizadas, desde 1927 e 1941, respectivamente, estando a saúde escolar presente em algumas de suas edições, seja inicialmente por uma abordagem higienista até os preceitos da saúde coletiva com o PSE.

Para Penteado, Chun e Silva (2005), as ações educativas em saúde, de base higienista no Brasil, são marcadas por perspectivas preconceituosas, hierárquicas, individualistas e autoritárias, de foco cognitivista e comportamental. Esse tipo de abordagem é observado desde as primeiras ações de médicos em escolas do Rio de Janeiro em 1850 (Lima, 1985) e foi se fazendo presente através da higiene escolar dos séculos XIX e XX. Neste período, além da abordagem de saúde individualista e autoritária que culpabiliza exclusivamente o indivíduo por sua condição de saúde, tinha nas práticas de educação física, a intenção de “moldar” o corpo dos estudantes, para que o mesmo fosse sadio ao mercado de trabalho (Lima, 1985). A mesma lógica de preparar o estudante com conhecimento e corpo sadio o

suficiente para a lógica do capital. Esse cenário se repetia em grande parte dos programas de saúde escolar na América Latina e Caribe, em práticas higienistas de prevenção de doenças transmissíveis, tratamento de doenças e exames de triagem (Köptcke, 2023).

Já, a abordagem de saúde coletiva fruto do Movimento da Reforma Sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), influenciado pelas conferências internacionais de promoção à saúde, se refere a um conjunto de práticas relacionadas à questão da saúde, diante da necessidade de outros saberes, além dos da medicina, para a compreensão do processo saúde-doença e da convivência cotidiana entre diferentes profissionais (Matumoto; Mishima; Pinto, 2001). Nesta perspectiva, a saúde é muito mais que a ausência de doença, valorizando a abordagem biopsicossocial, espiritual e os aspectos ambientais que se conectam com a saúde, o cuidado e o bem-estar do indivíduo. Valoriza e respeita o conhecimento de equipes multiprofissionais, além dos saberes tradicionais e ancestrais de comunidades de povos originários, quilombolas, ribeirinhos, etc.

Ao pensar o PSE na perspectiva da abordagem higienista ou da saúde coletiva, identificam-se as duas. De saúde coletiva, quando o PSE é estruturado em uma lógica intersetorial e multiprofissional, quando almeja cuidado integral e redução das vulnerabilidades dos estudantes e envolve a comunidade escolar em suas ações; entretanto, é higienista quando autoritário em suas ações obrigatórias em todo o país, quando da execução do poder simbólico da saúde sobre a educação que define e executa as ações de maneira individual e isolada com os estudantes, sem envolver a equipe docente, tampouco a comunidade.

No Quadro 4 a seguir, é observada a presença, ou não, da saúde escolar e do PSE nas discussões e proposições das Conferências Nacionais de Saúde (CNS).

Quadro 4 Saúde escolar nas Conferências Nacionais de Saúde

Conferência Nacional de Saúde	Ano	Educação como parceira/estratégia nas ações de promoção à saúde
1ª CNS	1941	Nenhuma referência à saúde escolar ou a higiene escolar.
3ª CNS	1963	
4ª CNS	1967	
5ª CNS	1975	Necessidade de realização de atividades em escolas para a conscientização quanto aos problemas de saúde.
6ª CNS	1977	
7ª CNS	1980	Apresenta a ideia de que junto ao processo educacional dos estudantes, é necessário abordar noções básicas de saúde como prevenção e promoção à saúde, de maneira que as práticas de cuidado, higiene e prevenção de doenças se estendam a família e a comunidade dos estudantes.
8ª CNS	1986	Nenhuma referência à saúde escolar ou a higiene escolar.
9ª CNS	1992	Implantação de programas de educação em saúde em todas as escolas de 1º e 2º graus, contemplando os aspectos de origem da doença, sua prevenção e primeiros socorros, como uma das propostas de ação para a implementação do SUS.
10ª CNS	1998	Temas de educação em saúde para a cidadania devem estar presentes nos currículos de todos os níveis escolares, com a adequada revisão dos currículos respeitando as particularidades regionais; inclusão de temas de saúde e do funcionamento do SUS na formação dos professores; Realização de uma Conferência Nacional de Saúde e Educação; Implantação de um Programa de Educação em Saúde em toda a rede de ensino.
11ª CNS	2000	Proposição de processos formativos do SUS para a escola básica.
12ª CNS	2003	<p>Propõe introduzir e implementar como um tema transversal nos currículos escolares e em todos os níveis de formação profissional, a partir de um comprometimento dos órgãos de educação nas três esferas de governo, os conteúdos que auxiliem a compreensão:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. da saúde como um atributo fundamental para o desenvolvimento humano; II. do processo de construção da política pública de saúde no Brasil – organização e funcionamento do SUS; III. do papel estratégico da atenção básica à saúde, visando principalmente à promoção da saúde, abrangendo a prevenção de doenças e agravos e a proteção e recuperação da saúde; V. dos direitos sexuais, dos cuidados e responsabilidades relativos à vida sexual e da diversidade de orientação sexual; VII. dos riscos relativos ao uso e abuso de drogas. <p>Formular, implementar e articular a implantação de uma política de saúde nas escolas, envolvendo os setores de educação, saúde e outros afins, nas três esferas de governo, para a prevenção e promoção da saúde no ambiente escolar, desenvolvendo uma política de educação popular e saúde nas escolas, transformando-as em “escolas saudáveis e promotoras de saúde”, abordando temas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. acidentes e violências; II. educação alimentar e nutricional; III. drogas lícitas e ilícitas; IV. uso racional de medicamentos; V. promoção e prevenção em saúde bucal;

		<p>VII. direito à saúde;</p> <p>IX. saúde da comunicação (audição, linguagem, fala, voz);</p> <p>X. doenças de veiculação hídrica;</p> <p>XI. prevenção de queimaduras;</p> <p>XII. prevenção de acidentes domésticos;</p> <p>XVIII. educação sexual, prevenção da gravidez precoce;</p> <p>XIX. prevenção de DST, incluindo HIV/AIDS, hepatites virais, anemia falciforme e outras doenças de interesse da saúde pública, tais como as doenças oftalmológicas, auditivas, infecciosas e não-transmissíveis;</p> <p>Garantir a incorporação, nos currículos escolares em todos os níveis de ensino, de conteúdos didáticos que garantam o conhecimento sobre o SUS, a seguridade social, a educação em saúde, alimentação e nutrição, a prevenção de acidentes de trânsito, a sexualidade, o acesso e uso de preservativos e os direitos reprodutivos, a educação ambiental, a saúde individual e coletiva, das populações indígenas, dos grupos étnicos e raciais, as terapias naturais complementares e os demais temas relativos à saúde da população.</p>
13ª CNS	2007	<p>Consolidação da Saúde bucal escolar, campanha da Influenza nas escolas e a inserção do controle social do SUS nos currículos escolares;</p> <p>Obrigatoriedade da carteira de vacinação atualizada na matrícula escolar;</p> <p>Implantar escolas promotoras de saúde e promover debate sobre direito à saúde nas escolas brasileiras, incorporando a temática da educação em saúde nos currículos do ensino de nível médio e fundamental, com o objetivo de promover mudanças nas práticas e nos valores sobre saúde.</p>
14ª CNS	2011	<p>[...] implementar educação em saúde, com temas como cidadania e participação, nas escolas e instituições de ensino, visando à promoção da autonomia e a identificação e formação de lideranças afins com as especificidades do setor Saúde.</p> <p>Instituir, por meio de parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, nas disciplinas apropriadas, conteúdos curriculares relacionados com as políticas públicas, SUS, cidadania, participação da comunidade, controle social, educação em saúde, entre outros, nos currículos escolares do ensino fundamental e médio e na grade curricular dos cursos de graduação de universidades públicas e privadas.</p>
15ª CNS	2015	<p>Efetivar as ações de educação em saúde na atenção primária, estabelecendo maior intersetorialidade entre a educação e saúde, por meio de parceria com as redes de ensino, articulando com o Ministério da Educação a implantação, de forma transversal, de disciplina de educação em saúde nas escolas, garantindo o fortalecimento do Programa Saúde na Escola, enfatizando a prevenção do uso abusivo do álcool e outras drogas, bem como gravidez na adolescência.</p> <p>Reformular o material educativo utilizado nas ações do Programa Saúde na Escola, assim como disponibilizá-los em maior quantidade para a população-alvo, de modo a ampliar o acesso a informações sobre o Sistema Único de Saúde.</p>
16ª CNS	2019	<p>Garantir o acesso em todos os serviços de saúde e políticas públicas, em todos os âmbitos e abrangências para os portadores de Transtornos Espectro Autista e pessoas com deficiência, garantindo oferta de recursos humanos especializados e multidisciplinares no PSE, para efetiva promoção de saúde, visando a aplicabilidade da universalidade, equidade e integralidade do SUS.</p> <p>Inserção das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde [...] no PSE e articular e fazer o <i>advocacy</i> junto ao MEC e Secretarias de Educação para que os conteúdos sobre saúde pública, promoção da saúde, primeiros socorros e funcionamento do SUS estejam presentes nas bases curriculares do ensino básico ao superior.</p>
17ª CNS	2023	Reformular e retomar o Programa Saúde na Escola com retorno da articulação intersetorial e envolvimento de setores além

		da saúde, educação e assistência social. Destaque para o cuidado com a saúde mental. Participação do movimento LGBTIAPN+ no Programa. Apoio do PSE no enfrentamento a pobreza menstrual.
--	--	--

Fonte: Ministério da Saúde, 1967, 1980, 1992, 1998, 2002a, 2002b, 2004, 2008, 2012, 2016, 2019, 2023.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde realizada pelo então Ministério da Educação e Saúde em 1941 (Ministério da Educação e Saúde, 1941) não apresentava nenhuma proposta ou qualquer aproximação das ações de saúde com as escolas brasileiras, embora o tema tenha sido amplamente discutido no ano seguinte, em razão da realização do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar (CNSE), em 1942, no estado de São Paulo.

Mesmo o tema estando ausente na 1ª CNS, a saúde escolar em sua vertente higienista representava uma ideologia do Estado Brasileiro no início da década de 1940, como observado no discurso de encerramento do 1º CNSE proferido pelo então Interventor Federal em São Paulo, Doutor Adhemar Pereira de Barros:

Cumpro, ainda, o grato dever de confessar-vos que, se a adesão dos Estados da República foi, para nós, um estímulo, o alto patrocínio que à nossa ideia dispensou o Governo da União foi por sua vez, uma consagração e um prêmio. [...] Continuam a repercutir em nossos ouvidos, Senhores Congressistas, as palavras que o Senhor Presidente Getúlio Vargas nos dirigiu, em novembro de 39, na sessão inaugural da Conferência de Interventores: “Ao Estado Novo cabe enfrentar, quanto antes, os problemas da educação e do ensino e orientá-los pelos seus postulados, de forma a dar às gerações novas o preparo indispensável para participarem ativamente da grande obra de reconstrução nacional iniciada”. E isso porque os cuidados de que necessitam as gerações novas, no tocante aos problemas da educação e do ensino, abrangem, a um tempo só, a saúde do corpo e a saúde do espírito (São Paulo, 1942, p. 65).

Continuando seu discurso, o Interventor conclui deixando claro que o papel da escola não é “apenas” alfabetizar as crianças:

São em verdades demasiadamente complexo os assuntos que se agrupam sob a designação genérica da “saúde escolar”. A escola teria, com efeito, falhado ao seu objetivo, se cuidasse tão somente de alfabetizar. [...] A visita médica regular e obrigatória tem um importante papel a desempenhar na escola pública. A assistência dentária, idem. Precisamos habituar o cidadão do futuro a combater, desde a infância, os inimigos do bem estar (São Paulo, 1942, p. 65–66).

A 2ª CNS, com o tema “Legislação referente à Higiene e à Segurança do Trabalho”, foi realizada em 1950, entretanto, não foram localizados registros sobre esta Conferência.

Na 3ª CNS, embora haja um destaque para a alta taxa de analfabetismo do país e seu impacto no cuidado com a saúde, não há propostas para ações de saúde no ambiente escolar, tal aproximação surge na 4ª CNS em 1967.

É na 7ª CNS, em 1980 que as áreas de educação e de saúde se aproximam na conferência proferida pelo então Ministro da Educação Eduardo de Mattos Portella. O então Ministro trouxe a ideia de que

[...] no caso da educação da saúde, não apenas temos de convergir as iniciativas como, mais do que uma integração teórica e formal, urge uma participação solidária, objetiva e concreta na participação social do homem brasileiro. Participação solidária que deverá se fazer tanto na etapa de planejamento quanto na fase de execução, acompanhamento e avaliação das atividades, que no âmbito federal, regional, estadual e municipal e, se estendendo do nível pré-escolar ao pós-graduado (Ministério da Saúde, 1980, p. 32).

A 8ª CNS realizada em 1986, é considerada a mais importante de todas por ser a primeira conferência a ocorrer após o término da Ditadura Militar e também a primeira CNS a ter participação popular, inclusive com etapas regionais e estaduais antes da conferência nacional. Foi na 8ª CNS que se fortaleceu o movimento por um Sistema Único de Saúde, consolidado dois anos depois com a Constituição Federal de 1988, entretanto, sem nenhuma referência saúde escolar.

A 10ª CNS em 1998 vai apresentar uma aproximação maior com a educação, sugerindo a inclusão direta de temas de saúde e o funcionamento do SUS em todas as séries do hoje equivalente ao ensino fundamental e médio, sugerindo inclusive a alteração dos currículos escolares e a inclusão dos temas na formação dos professores. Observa-se, nesta Conferência, o fortalecimento da Educação em Saúde, seja na educação básica, seja para os próprios serviços de saúde, profissionais e comunidade.

Mesmo com um olhar muito direcionado para ações educativas em escolas, sugerindo inclusive a mudança em currículos e a inclusão do tema na formação dos professores, a 10ª CNS não considerou o envolvimento do MEC ou das secretarias estaduais e municipais de educação na implementação destas propostas (Ministério da Saúde, 1998).

Na 12ª CNS, realizada em 2003, estão as possíveis bases de criação do PSE, ao serem propostas a aproximação de temas de saúde com o currículo escolar

em todos os níveis de ensino e com o envolvimento do ministério e secretarias de educação de todos os entes federados (Ministério da Saúde, 2004).

Pouco antes da publicação do decreto de criação do PSE, a 13ª CNS reforça os conceitos presentes na criação do Programa ao propor a implantação de escolas promotoras de saúde (Ministério da Saúde, 2008). Entretanto, a 14ª CNS, a primeira após a publicação do decreto de criação do PSE, não traz nenhuma referência explícita ao Programa, o que só vai ocorrer na 15ª CNS.

Na 16ª CNS, há destaque para os atendimentos aos estudantes com deficiência e autistas nas ações do PSE e das práticas complementares em saúde, bem como o reforço de que temas do SUS estejam presentes no currículo escolar desde a educação básica até o ensino superior. E na 17ª CNS, realizada em 2023, seu relatório preliminar apresenta propostas como a participação do movimento LGBTIAPN+ no Programa, bem como o enfrentamento a pobreza menstrual.

Em menor quantidade e frequência do que os serviços de saúde, a educação também realiza suas Conferências Nacionais de Educação (CNE e CONAE) promovidas pelo MEC para discutir os rumos da educação brasileira, e a saúde escolar, também se faz presente em meio as propostas de melhoria da educação pública, como observado no Quadro 5.

Quadro 5 Saúde escolar nas Conferências Nacionais de Educação

Conferência	Ano	Educação como parceira/estratégia nas ações de promoção à saúde
1º CNE (Realizada pela Associação Brasileira de Educação)	1927	Apresenta uma tese de Belisário Penna que defende a importância capital da educação higiênica e eugênica popular, começada desde a escola primária, a fim de, por esse ensino fundamental, formar a "consciência sanitária nacional". Impõe-se, portanto, a primazia da educação higiênica e eugênica na escola e no lar, como medida fundamental para a formação de uma mentalidade coletiva equilibrada e de uma consciência sanitária.
1º CNE (Realizada pelo Ministério da Educação e Saúde)	1941	No campo da Assistência escolar, são realizados questionamentos aos estados brasileiros, tais como: "Há no estado serviço de assistência médica e dentária para os escolares? Ou existe simplesmente inspeção médica escolar?" ¹⁰
Conferência Nacional de Educação Básica	2008	Não há referências à parceria com a saúde no atendimento dos estudantes ou em ações de promoção e prevenção à saúde no ambiente escolar.
1ª CONAE	2010	O Sistema Nacional de Educação deve prover serviços de apoio e orientação aos estudantes - com o fortalecimento de políticas intersetoriais de saúde, assistência e outros, para que, de forma articulada, assegurem à comunidade escolar direitos e serviços da rede de proteção.
2ª CONAE	2014	Universalizar o atendimento aos estudantes da rede escolar pública de educação básica por meio de ações articuladas de prevenção, promoção e atenção à saúde. Realizar em parceria com a área da saúde diagnóstico sobre a saúde dos estudantes, de modo a identificar problemas que afetam o processo de ensino e aprendizagem. Estabelecer ações especificamente voltadas para a promoção, prevenção, atenção e atendimento à saúde e integridade física, mental e emocional dos profissionais da educação, como condição para a melhoria da qualidade educacional.
3ª CONAE	2018	Articulação das políticas e ações intersetoriais previstos no Programa Saúde na Escola, dos Ministérios da Saúde e Educação. O Sistema Nacional de Educação deve, pois, articular-se com o SUS, por meio de planejamento e ações intersetoriais, de promoção, e atenção a educação compartilhadas que visam a saúde integral dos estudantes e profissionais da educação. Dentre as ações compartilhadas encontram-se: nutrição, visão, audição, crescimento, dificuldade de aprendizagem e aquelas relacionadas às necessidades especiais e educação sexual.

Fonte: Ministério da Educação e Saúde, 1941; Costa; Shena; Schmidt, 1997; MEC, 2008, 2010, 2014, 2018.

¹⁰ Não foram localizadas as respostas dos Estados aos questionamentos do Ministério da Educação e Saúde.

A 1ª CNE, realizada em 1927, pela Associação Brasileira de Educação, enfatizava a importância da higiene e da eugenia escolar desde a escola primária em todo o país (Costa; Shena; Schmidt, 1997). Assunto presente na 1ª CNE realizada pelo então Ministério da Educação e Saúde, em 1941, que antes do evento, enviou aos estados, prefeitura do Distrito Federal e ao território do Acre um questionário que tratava de temas desde a organização do sistema de ensino, recursos, estrutura, professorado e modalidades de ensino, até a assistência escolar de paradigma higienista que predominava à época (Ministério da Educação e Saúde, 1941).

A 1ª e 2ª CONAE não fazem referência explícita ao PSE, mas apresentam a importância da educação para o pleno acesso e garantia da saúde, além de propostas com interface direta com os estudantes na promoção à saúde. É na 3ª CONAE, em 2018, que o PSE surge na Conferência.

A presença da saúde escolar ou da higiene escolar, paradigma de saúde presente nas primeiras décadas do século XX, se faz mais presente nos eventos de saúde do que nos de educação. Embora a saúde escolar possa ser um tema mais próximo do setor saúde e executado por profissionais de saúde, vale lembrar que as ações de saúde escolar são executadas dentro do ambiente escolar, ambiente de especialidade e especificidades do profissional de educação, com o público do serviço de educação. A ausência da discussão em profundidade sobre a saúde escolar nas conferências de educação, deixa este campo que deveria ser de parceria mútua, para ser discutido e executado majoritariamente, senão em sua totalidade, pelo setor saúde, restando à educação uma postura passiva diante das ações propostas pelas conferências internacionais ou nacionais de saúde.

3.3. Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola surge a partir do Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, no rastro de uma série de políticas associadas como o Mais Saúde e o Mais Educação, tendo sido influenciado diretamente pelo setor saúde a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), pela criação do SUS (1990), do Programa Agentes Comunitários de Saúde (1991) e do Programa Saúde da Família (1994). A Educação influenciou o PSE a partir da Conferência Mundial Educação

para Todos (1990), da elaboração do Plano Decenal de Educação para Todos (1993), e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) (Köptcke, 2023).

Com todas estas referências que antecedem e influenciam a criação do PSE, o Programa surge como uma estratégia para integração e articulação permanente entre as políticas e ações dos serviços de educação e de saúde, uma importante política social que tem como objetivo:

- 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;
- VII - Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (Brasil, 2007).

Para Köptcke (2023), o PSE também visa o desenvolvimento integral e a redução das vulnerabilidades dos estudantes, a intra e a intersetorialidade relacionadas à reorientação dos sistemas e serviços de saúde, à promoção da equidade por meio do acesso a direitos, à criação de ambientes saudáveis, à construção do conhecimento e o compartilhamento de informações, à melhoria da qualidade de vida, à participação comunitária e o vínculo com o território, à detecção oportuna de doenças ou agravos à saúde, à promoção da cultura de paz e de atividades físicas, à prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis e à ampliação do acesso de crianças e jovens aos serviços de saúde.

Inicialmente, para ser implantado, os municípios aderiam ao Programa e o planejamento de suas ações considerava o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa do sistema de saúde local, o que permitiu que 2.495 municípios estivessem aptos a aderir ao PSE até 2012. A partir de 2013, todos os municípios se tornaram aptos a aderir ao Programa (Brasil, 2013a). Para o ciclo 2023/2024, 98,8% (5.506) dos municípios brasileiros realizaram

a adesão ao PSE, pactuando ações para 25.206.180 estudantes em 102.199 escolas¹¹. Para efetivar a adesão, o município deve inserir como requisito obrigatório no sistema e-Gestor, a identificação dos servidores das Secretarias Municipais de Educação (SME) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) que irão compor o GTI-M.

Em cada município, os GTI-M definem quais escolas e unidades de saúde serão cadastradas ao programa. De acordo com o Caderno do Gestor do PSE (Ministério da Saúde, 2022), todos os municípios devem pactuar pelo menos uma creche e algumas escolas são consideradas prioritárias, como as creches públicas e conveniadas do município; as escolas rurais; as escolas com estudantes em cumprimento de medidas socioeducativas; e escolas que tenham, pelo menos, 50% dos estudantes matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

A partir de 2013 o PSE foi ampliado e todos os municípios estavam aptos à adesão ao Programa, e os critérios foram modificados para 50% das escolas de um grupo de escolas com perfil vulnerável, até os dias atuais, sendo creches e pré-escolas, escolas localizadas em área rural, escolas com alunos em medida socioeducativas, e permanecendo escolas em quem pelo menos 50% dos alunos matriculados pertencem às famílias beneficiárias do Programa Auxílio Brasil [Programa Bolsa Família].

A justificativa para a adesão de creches e pré-escolas se refere ao fato que historicamente as escolas do ensino fundamental são mais selecionadas no ato da adesão, assim, torna-se uma medida de garantir uma maior cobertura de todos os níveis da educação básica. As escolas localizadas em área rural são priorizadas pela maior vulnerabilidade social, indicado pelo menor IDEB [Índice de Desenvolvimento da Educação Básica] se comparado às escolas urbanas, além disso, é nesse grupo de escolas que são incluídas escolas em terras indígenas e/ou quilombolas, um público que pode enfrentar dificuldade de acesso à direitos. Já as escolas com alunos em medida socioeducativas são priorizadas como medida de garantir o desenvolvimento integral dos estudantes, prevenindo as exclusões vivenciadas por esses sujeitos, uma vez que ações governamentais direcionadas a esse público buscam reintegrar o indivíduo à sociedade¹².

Inicialmente, as ações em saúde realizadas no âmbito do PSE, eram realizadas conforme o artigo 4º do Decreto nº 6.286/2007 listadas a seguir:

- I - avaliação clínica;
- II - avaliação nutricional;

¹¹ Conforme informações recebidas do Ministério da Saúde pela plataforma Fala.Br via Lei de Acesso à Informação em 30 de junho de 2023.

¹² Conforme informações da NOTA TÉCNICA Nº 60/2022-DEPROS/SAPS/MS do Ministério da Saúde em resposta a pedido de informação realizado na Plataforma Fala.BR via Lei de Acesso à Informação em 22 de agosto de 2022.

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 (Brasil, 2007).

Em 2013, as ações em saúde apresentadas pelo decreto de 2007, são alteradas pelo Manual Instrutivo do PSE (Brasil, 2013b) dividindo as ações em 3 componentes, a saber: I) Avaliação das Condições de Saúde; II) Prevenção às Doenças e Agravos, e Promoção da Saúde; III) Formação. O objetivo de cada um dos componentes é apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 Objetivos dos três componentes do PSE

Componente	Objetivo
I – Avaliação das Condições de Saúde	Avaliar a saúde dos educandos e possibilitar que aqueles que apresentam alguma alteração possam ser encaminhados para atendimento e acompanhamento.
II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos	Garantir oportunidade a todos os educandos para que realizem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde.
III – Formação	Realizar momentos formais como cursos, oficinas, congressos e outros momentos de formação proporcionados pelas equipes dos Grupos de Trabalho Intersetoriais Federal, Estaduais e Municipais para profissionais de educação e saúde.

Fonte: Brasil, 2013b.

Em 2017, em nova alteração nas ações do Programa, os 3 componentes são substituídos por 12 ações conforme apresentado na Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017:

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;
- XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (Brasil, 2017).
- XIII. Prevenção à Covid-19 nas Escolas¹³.

A execução destas ações deve continuar considerando o contexto escolar e social, o diagnóstico local de saúde e a capacidade operativa das equipes das escolas e da Atenção Básica, sendo que, as ações realizadas pela equipe de saúde na escola deverão estar alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral (Brasil, 2017).

Recomenda-se que este contexto escolar e social, esteja contemplado no Projeto Municipal do PSE que corresponde a uma

[...] leitura técnica da situação municipal, elaborada para iniciar o processo de construção coletiva para a ação, visando à implementação do PSE. Documento desenvolvido a partir da articulação de informações de diversas fontes, acessíveis nas bases de dados dos órgãos federais, estaduais e municipais, o Projeto identifica as prioridades e aspectos que precisam ser redimensionados e/ou qualificados no âmbito das ações de educação e saúde no território municipal. Em uma espécie de “recorte” da área de atuação, o Projeto Municipal delimita os territórios de responsabilidade, definidos segundo a área de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e define o conjunto de escolas integrantes de cada território (Severo, 2010, p. 9).

O Projeto Municipal do PSE deve contemplar questões quanto aos determinantes sociais de saúde e o cenário epidemiológico do território, mapear a Rede SUS local, definir prioridades e a identificação de responsáveis nos serviços de saúde e de educação pelas ações do PSE em cada território e a identificação de um professor responsável pelas ações de prevenção e promoção à saúde nas escolas (Severo, 2010).

Além do Projeto Municipal do PSE, recomenda-se também que o Programa tenha a Agenda de Educação e Saúde que é uma importante estratégia na implementação das ações articuladas realizadas nos territórios municipais. Na Agenda de Educação e Saúde estará a definição das propostas comunitárias para os territórios onde as escolas estiverem inseridas, refletindo assim as expectativas da comunidade em relação à interface da educação com a saúde (Severo, 2010).

¹³ Ação acrescentada ao rol de atividades do PSE pela Portaria SAPS/MS nº 564, de 8 de julho de 2020.

A Agenda também irá considerar no âmbito da escola, as atividades de planejamento e gestão do coletivo, formulação dos inventários detalhados e condução de processos participativos integrados aos estudos e ao Projeto Político Pedagógico (PPP), por representar uma oportunidade ímpar para os exercícios de cidadania. A Agenda Educação e Saúde visa estimular o diálogo entre comunidade escolar e as equipes de saúde estabelecendo interlocuções com programas/políticas já em desenvolvimento na escola e em parceiros locais (Severo, 2010).

Depois que as ações do PSE são realizadas com os estudantes, elas devem ser registradas no sistema e-SUS pelos profissionais de saúde. O Ministério da Educação só tem acesso aos dados de monitoramento do Programa quando são divulgados pelo Ministério da Saúde¹⁴.

Mesmo sendo um programa Interministerial, os recursos financeiros para a implantação e manutenção do PSE, são oriundos somente do Ministério da Saúde (Brasil, 2013b) e o registro de resultados e metas dos indicadores de avaliação são registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica pelos profissionais de saúde (Brasil, 2017) o que explica o poder de decisão (das unidades de saúde) que se observa na organização das ações realizadas (Santos; Adinolfi, 2021, 2022b).

Este financiamento exclusivo pelo Ministério da Saúde para as SMS vai na contramão da própria ideia de intersectorialidade defendida pelo Programa, que repercute na organização e cotidiano do PSE até as ações realizadas nas escolas. Sendo o recurso financeiro e as metas e indicadores gerenciados pela saúde, fica a educação em uma postura passiva e submissa.

3.4. Adesão ao Programa Saúde na Escola

Por tratar de uma política pública que demonstra uma perspectiva de fortalecimento do federalismo cooperativo, a adesão facultativa ao PSE fortalece o pacto federativo e o regime de colaboração preconizado na Constituição Federal de 1988, evocados no âmbito dos ministérios e secretarias estaduais, distrital e municipais, da educação e da saúde.

No contexto da adesão, o Caderno do Gestor do PSE (Ministério da Saúde, 2022) estabelece a forma de colaboração entre os entes federados, uma vez que,

¹⁴ Conforme informações recebidas do Ministério da Educação via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão do Governo Federal. Protocolo: 23480013970202077 de 26/06/2020.

inicialmente, o interesse pode estar vinculado ao financiamento e descentralização de recursos, mas o que estabelece um regime de colaboração é o processo de tomada de decisões em conjunto, assim como a execução.

Nesse sentido, educação e saúde, federal, estadual, distrital e municipal, regulamentam competências comuns e específicas para o desenvolvimento da política por meios legais, tais como, leis, decretos e portarias intersetoriais, para a gestão do PSE.

Desde 2013, quando todos os municípios brasileiros estão aptos à aderir ao Programa, respeitando a autonomia e decisão de cada cidade, o percentual de adesão passou de 87,2% no Ciclo 2013 para 98,8% no Ciclo 2023/2024, conforme observado na Tabela 1.

Tabela 1 Adesão ao PSE do Ciclo 2013 a 2023/2024.

Ciclo de adesão	Total de municípios aderidos ¹⁵	Cobertura
2013	4858	87,2%
2014/2015	4785	85,9%
2017/2018	5040	90,4%
2019/2020	5289	94,9%
2021/2022	5422	97,3%
2023/2024	5506	98,8%

Fonte: o autor¹⁶.

Quando se observa a adesão ao PSE estratificados por estados, nota-se que Alagoas, Amapá, Ceará, o Distrito Federal, Maranhão e Rio Grande do Norte, tiveram todos os seus municípios aderidos em todos os ciclos de 2013 a 2023/2024. Por outro lado, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul e São Paulo, não tiveram 100% de adesão em nenhum dos Ciclos, conforme observado no Quadro 7. No mesmo Quadro, também é possível identificar que o menor percentual de adesão foi registrado no Ciclo 2014/2015 pelo Rio Grande do Sul com somente 52,7%. No atual Ciclo 2023/2024, a menor taxa de adesão é do Estado de São Paulo, com 99,1% dos municípios aderidos.

¹⁵ Para efeitos de adesão ao PSE, o Ministério da Saúde considera Brasília e o território de Fernando de Noronha como municípios.

¹⁶ Conforme informações de adesão ao PSE recebidas do Ministério da Saúde pela Plataforma Fala.Br via Lei de Acesso à Informação em 16 de agosto de 2022 e 30 de junho de 2023.

Quadro 7 Percentual e total de municípios que aderiram ao Programa Saúde na Escola desde o Ciclo 2013

UF (total de municípios)	2013		2014-2015		2017-2018		2019-2020		2021-2022		2023-2024	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Acre (22)	100	22	90,9	20	95,4	21	95,4	21	100	22	100	22
Alagoas (102)	100	102	100	102	100	102	100	102	100	102	100	102
Amapá (16)	100	16	100	16	100	16	100	16	100	16	100	16
Amazonas (62)	100	62	88,7	55	100	62	100	62	100	62	100	62
Bahia (417)	96,6	413	95,6	399	100	417	100	417	100	417	100	417
Ceará (184)	100	184	100	184	100	184	100	184	100	184	100	184
Distrito Federal (1)	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1
Espírito Santo (78)	78,2	61	66,6	52	67,9	53	89,7	70	92,3	72	100	78
Goiás (246)	94,7	233	97,9	241	100	246	100	246	100	246	100	246
Maranhão (217)	100	217	100	217	100	217	100	217	100	217	100	217
Mato Grosso (141)	97,8	138	93,6	132	96,4	136	98,5	139	100	141	100	141
Mato Grosso do Sul (79)	84,8	67	81	6	70,8	56	82,2	65	89,8	71	100	79
Minas Gerais (853)	85,1	726	81,2	693	94,1	803	98,7	842	99,2	847	99,7	851
Pará (144)	92,3	133	97,9	141	96,5	139	100	144	100	144	100	144
Paraíba (223)	98,6	220	99,5	222	99,1	221	99,5	222	100	223	100	223
Paraná (399)	86,7	346	90,2	369	84,7	338	93,2	372	98,2	392	99,2	396
Pernambuco (185)	98,3	182	97,8	181	100	185	100	185	100	185	100	185
Piauí (224)	95,5	214	97,3	218	99,1	222	100	224	100	224	100	224
Rio de Janeiro (92)	88	81	93,4	86	94,5	87	100	92	100	92	100	92
Rio Grande do Norte (167)	100	167	100	167	100	167	100	167	100	167	100	167
Rio Grande do Sul (497)	70	348	52,7	262	70,4	350	87,5	435	98,1	488	99,5	495
Rondônia (52)	55,7	29	67,3	35	100	52	100	52	100	52	100	52
Roraima (15)	100	15	100	15	99,3	14	100	15	100	15	100	15
São Paulo (645)	67,1	433	70,2	453	67,9	438	75	484	82,6	533	99,1	588
Santa Catarina (295)	85	251	88,4	261	98,6	291	99,6	294	99,6	294	100	295
Sergipe (75)	97,3	73	100	75	100	75	100	75	100	75	100	75
Tocantins (139)	96,4	134	95,6	133	99,2	138	100	139	100	139	100	139

Fonte: o autor.

Os dados apresentados no Quadro 7, evidenciam a importância da atuação e articulação dos GTI-E com apoio técnico junto aos GTI-M, inclusive, no que diz respeito à inclusão das escolas estaduais no Programa.

Considerando o último ciclo de adesão em que quase 99% dos municípios brasileiros aderiram ao PSE, observa-se que somente 64 cidades não aderiram ao Programa, sendo duas de Minas Gerais, três do Paraná, duas no Rio Grande do Sul e 57 no Estado de São Paulo. Destas, 12 municípios nunca aderiram ao Programa, três aderiram somente em 2013 e três aderiram ao PSE de 2013 a 2021/2022, mas não o fizeram em 2023/2024, conforme observado Quadro 8.

Quadro 8 Municípios que NÃO aderiram ao PSE no Ciclo 2023/2024

	UF	Município	2013	2014-2015	2017-2018	2019-2020	2021-2022	2023-2024
1	MG	Itamonte	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
2	MG	Matozinhos	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
3	PR	Arapuã	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
4	PR	Guairaçá	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
5	PR	Itaúna do Sul	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
6	RS	Capela de Santana	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
7	RS	Estrela Velha	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
8	SP	Águas da Prata	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
9	SP	Águas de Santa Bárbara	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
10	SP	Alumínio	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
11	SP	Americana	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
12	SP	Barra Bonita	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
13	SP	Bocaina	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
14	SP	Brotas	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
15	SP	Buritizal	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
16	SP	Cananéia	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
17	SP	Capela do Alto	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
18	SP	Cesário Lange	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
19	SP	Cotia	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
20	SP	Cravinhos	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
21	SP	Cristais Paulista	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO
22	SP	Dirce Reis	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
23	SP	Dolcinópolis	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
24	SP	Duartina	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
25	SP	Espírito Santo do Pinhal	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
26	SP	Guararema	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

27	SP	Guareí	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
28	SP	Hortolândia	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
29	SP	Ibaté	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
30	SP	Ibiúna	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
31	SP	Igaraçu do Tietê	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
32	SP	Iporanga	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
33	SP	Itaí	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO
34	SP	Itapecerica da Serra	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
35	SP	Itapevi	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
36	SP	Itápolis	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
37	SP	Jaú	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
38	SP	Luís Antônio	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
39	SP	Mirassol	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
40	SP	Neves Paulista	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
41	SP	Óleo	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
42	SP	Orlândia	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
43	SP	Paranapanema	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
44	SP	Patrocínio Paulista	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
45	SP	Paulínia	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
46	SP	Pedregulho	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO
47	SP	Piacatu	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
48	SP	Pirapora do Bom Jesus	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
49	SP	Pontalinda	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
50	SP	Redenção da Serra	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
51	SP	Ribeirão Corrente	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
52	SP	Rifaina	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
53	SP	Salto de Pirapora	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
54	SP	Santa Rita do Passa Quatro	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
55	SP	São João da Boa Vista	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
56	SP	São Joaquim da Barra	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
57	SP	São Lourenço da Serra	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
58	SP	Socorro	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
59	SP	Taboão da Serra	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
60	SP	Tejupá	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
61	SP	Urânia	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
62	SP	Vargem Grande do Sul	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
63	SP	Vargem Grande Paulista	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
64	SP	Vitória Brasil	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
		Municípios que nunca aderiram ao PSE.						
		Municípios que aderiram ao PSE SOMENTE em 2013.						
		Municípios que SEMPRE aderiram ao PSE, mas não fizeram em 2023/2024.						

Fonte: o autor.

Embora uma nova pesquisa seja necessária para identificar os motivos da não adesão dos municípios apresentados no Quadro 8, para além do respeito à autonomia federativa, levanta-se como hipóteses a possível perda no prazo da adesão dos municípios, mudanças na gestão municipal, recursos humanos e financeiros insuficientes para a realização das ações do Programa, desconhecimento do PSE pela gestão municipal, falta de equipe técnica para realização da adesão e até, divergências políticas da gestão municipal com a gestão federal.

Ainda, a adesão ao PSE no Ciclo 2023/2024, chama a atenção para um grupo com 27 cidades que não aderiram ao Programa no período de 2013 a 2021/2022, mas o fizeram no Ciclo 2023/2024, como observado no Quadro 9. As razões para essa mudança de posicionamento ainda não são conhecidas, mas uma hipótese para tal é apresentada na página 72.

Quadro 9 Municípios que aderiram ao PSE somente no Ciclo 2023/2024

	UF	Município	2013	2014-2015	2017-2018	2019-2020	2021-2022	2023-2024
1	ES	Governador Lindenberg	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
2	MS	Anaurilândia	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
3	MS	Paraíso das Águas	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
4	PR	São Jorge do Ivaí	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
5	RS	Dois Irmãos	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
6	RS	Estância Velha	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
7	RS	Igrejinha	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
8	RS	Ivoti	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
9	RS	Linha Nova	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
10	RS	Nova Roma do Sul	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
11	RS	Presidente Lucena	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
12	SP	Analândia	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
13	SP	Bofete	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
14	SP	Conchal	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
15	SP	Jardinópolis	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
16	SP	Magda	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
17	SP	Mariápolis	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
18	SP	Monte Mor	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
19	SP	Nhandeara	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
20	SP	Novo Horizonte	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
21	SP	Pilar do Sul	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

22	SP	Pindorama	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
23	SP	Presidente Alves	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
24	SP	Santo Antônio do Pinhal	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
25	SP	São Bento do Sapucaí	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
26	SP	São João das Duas Pontes	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
27	SP	Votorantim	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

Fonte: o autor.

3.5. Grupo de Trabalho Intersectorial do Programa Saúde na Escola

Os GTI presentes nas esferas federal, distrital, estaduais e municipais tem como funções fomentar o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações do Programa respeitadas as competências e exigências legais a cada ente federativo. Na instância federal, o GTI-F é composto por equipes do Ministério da Educação e da Saúde, além da instituição da Comissão Intersectorial de Educação e Saúde, que tem por competência:

- I – Propor diretrizes para a política nacional de saúde na escola;
- II – Apresentar referenciais conceituais de saúde necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais de Educação na esfera da educação básica;
- III – Apresentar referenciais conceituais de educação necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais da Saúde;
- IV – Propor estratégias de integração e articulação entre as áreas de Saúde e de Educação nas três esferas do governo;
- V – Acompanhar a execução do Programa Saúde na Escola (PSE), especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do programa (Brasil, 2015, p. 15).

É de responsabilidade do 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, no planejamento e na 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;

VI. Definir as prioridades e metas para realização das ações do PSE (Ministério da Saúde, 2022, p. 23).

Entre as entidades e conselhos representativos dos secretários estaduais e municipais de saúde e de educação citados no item V acima, destacamos o CONASS, CONASEMS, Conselho Nacional de Secretários de Educação (CONSED) e União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (UNDIME).

O envolvimento do CONASS e do COMASEMS em relação ao PSE se referem à participação no fórum tripartite formado pelas duas instituições e a Secretaria de Atenção Primária à Saúde que são consultados na ocasião da elaboração dos documentos que norteiam o Programa, como por exemplo, as portarias para a adesão, estipulação de metas e o monitoramento das ações realizadas pelos municípios¹⁷. Embora o fórum tripartite discuta o PSE em sua totalidade, não há envolvimento de representantes do Ministério da Educação ou das entidades representativas da educação, como CONSED e UNDIME, o que contradiz o processo intersetorial do PSE determinado no Decreto nº 6.286/2007 e a Portaria Interministerial nº 1.055/2017.

Quanto à UNDIME, a participação da entidade tem se restringido, nos últimos anos, a divulgação das ações do Programa, quando necessário¹⁸. Está participação da UNDIME é confirmada pelo MEC e pelo Ministério da Saúde, que exemplifica a participação, também do CONSED na divulgação de informes referentes à adesão, monitoramento, prazos e demais pautas e ações do PSE¹⁹.

Além do CONASS, CONASEMS, CONSED e UNDIME, organismos internacionais como a OPAS, UNESCO e UNICEF, também discutem ações ligadas ao Programa no Coletivo Técnico do PSE onde são realizados encontros e a construção de materiais técnicos, de forma intersetorial, com a finalidade de apoiar e aprimorar a gestão federal do Programa. Quanto aos itens V e VI, apresentado entre as responsabilidades do GTI-F, os instrumentos e indicadores de avaliação, bem como as prioridades e metas do Programa, são revisados e estabelecidos a cada novo ciclo de adesão.

¹⁷ Conforme informações colhidas via contato telefônico com a Assessoria Técnica do CONASS (Assessora MJOE em 29 de agosto de 2022) e via reunião online com a Assessoria Técnica do CONASEMS (Assessora MA em 15 de setembro de 2022).

¹⁸ Conforme informações recebidas em 08 de setembro de 2022 por e-mail da Secretária Executiva da UNIDIME VK.

¹⁹ Conforme informações recebidas do MEC e Ministério da Saúde pela Plataforma Fala.Br via Lei de Acesso à Informação em 19 e 20 de setembro de 2022 respectivamente.

Embora a pactuação do PSE seja realizada pelas SME e SMS, os governos estaduais também devem constituir o GTI-E para ofertar apoio institucional e colaborar na mobilização dos municípios. Assim, cabe ao 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 e a rede de educação pública básica para gestão do cuidado dos estudantes com necessidades de assistência em saúde identificados pelas ações do PSE;
- III. Subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais da saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;
- IV. Apoiar os gestores municipais na articulação, no planejamento e na implementação das ações do PSE;
- V. Subsidiar o processo de assinatura do Termo de Compromisso do PSE;
- VI. Contribuir com os Ministérios da Saúde e da Educação no monitoramento e avaliação do PSE;
- VII. Identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os municípios aderidos ao PSE, em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação (Ministério da Saúde, 2022, p. 23).

A articulação do GTI-E com os GTI-M, também é fundamental para a inserção das escolas estaduais no Programa, uma vez que a escolha das unidades escolares é competência do GTI-M, bem como a execução das ações do PSE realizadas pelos serviços de saúde da atenção básica, gerenciado pelas SMS.

No GTI-M, além das SME e SMS, é sugerido que também façam parte do Grupo representantes de outras secretarias municipais, dos docentes, das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos estudantes e da comunidade local. Mesmo com esta recomendação, os GTI-M são formados em sua maioria somente por representantes das SME e SMS (Ferreira *et al.*, 2014). São responsabilidades GTI-M, além de elaborar o Projeto Municipal do PSE:

- I. Apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, no monitoramento, na execução, na avaliação e na gestão dos recursos financeiros;
- II. Articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nas propostas pedagógicas das escolas;
- III. Definir as escolas públicas federais, estaduais (em articulação com o estado) e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE;
- IV. Possibilitar a integração e o planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de Atenção Primária à Saúde;
- V. Subsidiar o processo de assinatura do Termo de Compromisso do PSE;
- VI. Participar do planejamento integrado da formação dos profissionais de saúde e de educação 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 estudantes no âmbito municipal (Ministério da Saúde, 2022, p. 24).

A presença facultativa de outras secretarias e setores no GTI-M, inclusive de estudantes, fragiliza o discurso de intersetorialidade defendido pelo próprio PSE, uma vez que, os documentos normativos do programa não sinalizam como estes outros setores fariam parte do Grupo, se por vontade dos próprios interessados, decisão do GTI-M ou da gestão municipal.

Espera-se que as escolas beneficiadas pelas ações do PSE, realizem ampla discussão entre docentes, estudantes e profissionais de saúde, que incluam as ações no PPP das instituições de ensino, sempre que necessário, com o apoio e orientações do GTI-M.

Embora pareça muito claro a atribuição do GTI de cada ente federativo, Sousa, Espiridião e Medina (2017), identificaram com membros do GTI-M de um município da Bahia, pactuado ao PSE desde 2008, que o Grupo não tinha autonomia na gestão dos recursos financeiros, bem como não havia recebido os materiais didáticos e clínicos pelo MEC. Ainda, no GTI-M não havia representantes de outros secretarias além da educação e da saúde, embora todos achassem importante a inclusão da Secretaria de Assistência Social no Grupo.

3.6. Financiamento e monitoramento do Programa Saúde na Escola

O financiamento do SUS é regulamentado principalmente pela Constituição Federal, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000 e Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Com esta base legal, a efetivação das políticas de saúde se dá por portarias e decretos do governo federal, sendo complementadas e suplementadas pelos estados e municípios, se necessário.

O gasto público em saúde no Brasil, sempre foi majoritariamente realizado pelo Governo Federal, com a criação do SUS, a descentralização e a municipalização, os serviços de saúde passaram a receber investimentos estaduais e municipais, mas a função centralizadora do sistema permanece com a União, o principal financiador do SUS (Mendes; Marques, 2014).

Os gastos mínimos com saúde realizados por cada ente federativo são definidos pela Lei Complementar nº 141/2012, determinando que, para a União o gasto mínimo em saúde deve ser o valor gasto no ano anterior, acrescido de, no mínimo, a variação nominal do Produto Interno Bruto do mesmo ano. Aos estados e distrito federal o percentual mínimo de 12% e aos municípios, o mínimo de 15% de suas receitas.

O financiamento da saúde pelo Governo Federal é feito pelo pagamento direto aos prestadores de serviços (internações hospitalares e atendimento ambulatorial) e transferências aos estados e municípios por meio do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde, sistema conhecido como “fundo a fundo”. Os recursos são destinados para Atenção Básica e para Alta e Média Complexidade. Na Atenção Básica, é por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável.

Este modelo de financiamento da Atenção Básica, foi definido na Norma Operacional Básica do SUS nº 96, com o objetivo de promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal na gestão da saúde dos habitantes, com responsabilidades próprias da união, estados, distrito federal e municípios (Castro; Machado; Lima, 2018). O PAB fixo é um valor definido pelo governo federal e repassado aos municípios, levando em consideração a quantidade de habitantes de cada cidade.

O PAB variável depende da adesão dos municípios e do Distrito Federal aos programas do Ministério da Saúde, como por exemplo, Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, Consultório de Rua, Saúde da Família Ribeirinha, Saúde da Família Fluvial, PSE, entre outros, sendo transferidos fundo a fundo.

Inicialmente, entre 2008 e 2012, o repasse referente ao PSE correspondia a uma parcela extra do incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família (Köptcke, 2023). Em 2013, a Portaria Interministerial nº 1413, redefine os valores de repasse considerando a quantidade de estudantes pactuados, sendo R\$ 3.000,00 (três mil reais) para 1 a 599 estudantes pactuados acrescidos de R\$ 1.000,00 (um mil reais) para cada 1 a 199 estudantes que excederem os 599.

Atualmente, o repasse de recursos financeiros do PSE é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.055/2017 normatizando os valores repassados pelo Ministério da Saúde para as SMS e Secretaria de Saúde do Distrito Federal via PAB

Variável no valor de R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais), para 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos. A este valor é acrescido R\$1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 (um) e 800 (oitocentos) educandos inscritos que superarem o número de 600 (seiscentos). Cabe ao Ministério da Saúde, a qualquer tempo, acrescentar recursos financeiros ao PSE, observando as demandas sanitárias e epidemiológicas do país e indicadores de saúde do Distrito Federal e municípios que possam colocá-los em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2017). O valor máximo de recursos financeiros obtidos fará jus a quantidade de estudantes pactuados. Pesquisa realizada por Sousa, Espiridião e Medina (2017), com membros do GTI e Secretários de Educação e de Saúde em um município de uma região metropolitana do Nordeste que adere ao PSE desde 2008, indicam que os recursos financeiros são considerados insuficientes, além da falta de materiais o que dificulta a realização de algumas atividades do Programa.

Durante o período de vigência da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)²⁰ em razão da pandemia de Covid-19, com base na Portaria nº 1.857/2020 o Ministério da Saúde enviou a todos os municípios brasileiros, o incentivo financeiro no valor total de R\$ 454.331.202,00 (quatrocentos e cinquenta e quatro milhões, trezentos e trinta e um mil duzentos e dois reais) destinados a todas as escolas da rede básica pública de ensino, municipais, estaduais ou federais, contemplando desde a educação infantil ao ensino médio e a educação de jovens e adultos, independente de terem aderidos ao atual ciclo de vigência do PSE, considerando na base de cálculo a metade dos alunos matriculados no Censo Escolar 2017 do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

O incentivo financeiro de que a Portaria nº 1.857/2020 trata foi destinado à compra de materiais que garantissem a segurança sanitária dos estudantes e profissionais de educação como produtos de higienização; material de limpeza; álcool em gel ou líquido 70%; máscaras; termômetros infravermelho, adesivos de marcação para distanciamento social, materiais educativos para a realização das ações de promoção da saúde e prevenção à Covid-19, entre outros.

O repasse regular dos incentivos financeiros de custeio das ações do Programa ocorre via fundo a fundo no PAB Variável, anualmente e em parcela

²⁰ A ESPIN foi declarada pela Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 e revogada pela Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril de 2022 que decreta o fim da situação de emergência.

única, com valor calculado a partir do número de educandos pactuados, e recalculado no segundo ano do ciclo pelo mesmo fator (Ministério da Saúde, 2022). Caso as metas pactuadas não sejam atingidas, o município deverá devolver ao Ministério da Saúde os recursos recebidos e não executados (Brasil, 2017).

Para o Ciclo 2023/2024, a Portaria GM/MS nº 1.004/2023 determina que todos os municípios aderidos estão habilitados a receber 100% do valor pactuado conforme Portaria Interministerial nº 1.055/2017, e considerando às necessidades de saúde e educação dos estudantes da educação básica, os valores repassados aos municípios e ao Distrito Federal serão acrescidos de R\$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 e 800 estudantes das escolas prioritárias. Também será atribuído à soma dos estudantes das escolas prioritárias um Índice de Vulnerabilidade do PSE que considera fatores como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 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.

Os recursos adicionais de que tratam a Portaria GM/MS nº 1.004/2023, talvez seja, uma das explicações para que o PSE atingisse a marca de 98,8% de adesão dos municípios ao Ciclo 2023/2024, pois alguns municípios mais que dobraram o valor a ser repassado, se se considerasse apenas a Portaria Interministerial nº 1.055/2017. Também, este repasse extra pode ser a explicação para a adesão de 27 cidades que nunca aderiram ao PSE, mas o fizeram no Ciclo 2023/2024, conforme apresentado no Quadro 9 (ver página 65).

Ao todo, já foram repassados aos municípios R\$ 725 milhões de reais em recursos ordinários do PSE no período de 2008 a 2021 (Fernandes *et al.*, 2022). Para o Ciclo 2023/2024, podem ser acrescidos até R\$ 90.392.356,00 se considerado o repasse total (Köptcke, 2023). Köptcke (2023), também identificou que embora o repasse tenha aumentado ao longo dos anos com o aumento da adesão de mais municípios, escolas e estudantes, o valor investido *per capita* por estudante, tem diminuído.

As ações do PSE referentes às metas pactuadas no momento da adesão dos municípios são acompanhadas e validadas pelo Ministério da Saúde por meio do registro, envio e validação das informações das atividades pelos profissionais de

saúde no e-SUS – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (Ministério da Saúde, 2022).

O financiamento e/ou fornecimento de material didático-pedagógico e clínico²¹ será realizado pelo Ministério da Educação ao Distrito Federal e a todos os municípios aderidos após a assinatura do Termo de Compromisso pelos Secretários Municipais de Educação e de Saúde (Brasil, 2015). É importante destacar que o “recurso do PSE é um incentivo que deve ser empenhado para efetivar as ações do programa: a gestão de seu uso deve ser intersetorial de responsabilidade do GTI-M” (Brasil, 2015, p. 11).

Sendo um Programa interministerial é conflitante que os recursos financeiros para a execução das ações do PSE sejam ofertados somente pelo Ministério da Saúde, o Ministério da Educação aporta o Programa somente com recursos materiais que não são explicitados nas portarias que o regulamentam (Ferreira *et al.*, 2012).

Questionado quanto ao aporte ao Programa, o MEC informou que o PSE está contemplado na abordagem sobre saúde presente nos Temas Contemporâneos Transversais (TCT) da Base Nacional Comum Curricular (BNCC)²². Embora a temática da saúde esteja contemplada nos TCT (Ministério da Educação, 2019) e na própria BNCC (Santos; Adinolfi, 2022b), em ambos os documentos não há indicação explícita ao PSE. Somente no período de 2008 a 2011, quando o PSE ainda não estava disponível para todos os municípios, o MEC disponibilizou materiais pedagógicos ou clínicos as cidades aderidas²³. Nos anos de 2015 e 2016, o MEC em parceria com o Ministério da Saúde elaborou os Cadernos Temáticos do PSE²⁴, atualizados em 2022²⁵.

Entretanto, cabe destacar que, de acordo com o decreto de criação do PSE “caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações

²¹ São exemplos destes materiais: balanças, estadiômetros, kit para saúde bucal, trena antropométrica, manual de orientação para triagem de acuidade visual, álbuns seriados, entre outros.

²² Conforme informações recebidas do Ministério da Educação pela plataforma Fala.Br via Lei de Acesso à Informação em 09 de setembro de 2022.

²³ Conforme informações recebidas do Ministério da Educação pela plataforma Fala.Br via Lei de Acesso à Informação em 19 de setembro de 2022.

²⁴ Cadernos Temáticos do PSE sobre Saúde e Educação Ambiental; Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer; Segurança Alimentar e Nutricional e Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Verificação da Situação Vacinal; Promoção da Saúde Bucal; Saúde Ocular e Direitos Humanos.

²⁵ Os Cadernos Temáticos do PSE atualizados em 2022 estão disponíveis em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index/MQ==/Mq==> Acesso em: 09 abr. 2023.

do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias” (Brasil, 2007).

De maneira geral, deve-se considerar que, conforme a Portaria nº 1.055/2017, o repasse financeiro pelo PAB Variável do segundo ano do ciclo do PSE, é realizado conforme a realização das ações pactuadas e monitoradas pela gestão federal. Este monitoramento é realizado por meio do registro das ações realizadas pelos profissionais de saúde no SISAB.

É importante destacar que os recursos financeiros do PSE repassados aos municípios não são “carimbados” para a contratação de equipes específicas para a realização de ações do Programa, necessidade identificada por Gomes e Viegas (2019), ao constatar que as equipes de saúde da família não tem tempo reservado na agenda de atendimentos para a realização das ações, além da necessidade de capacitação para profissionais de educação e de saúde.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde²⁶, os recursos do PSE são destinados ao custeio das atividades desenvolvidas durante o ciclo de adesão. Dessa forma, não é permitido a contratação permanente de recursos humanos, exceto a contratação de serviços e recursos humanos relacionados às atividades, pontualmente. É permitida compra de material de consumo ou de uso específico para atividades escolares. Da mesma forma, contratação de serviços e aluguel de equipamentos que sejam necessários para a execução de ações do Programa também são permitidos.

Assim, os recursos do PSE devem ser utilizados para a realização das atividades, mas sendo o recurso recebido e gerido pela saúde, a interlocução entre os atores locais das unidades de saúde e das escolas, precisam estar alinhados para identificarem essa necessidade material para terem os recursos necessários para suas ações. Cabe aos GTI-M, acompanharem e se apropriarem destes recursos para que os mesmos cheguem, de fato, as ações do PSE, seja na forma de recursos materiais ou na contratação de serviços. Entretanto, se recursos materiais e serviços não estão chegando as ações do PSE, qual destino estariam dando as SMS aos recursos do Programa?

Por isso, a necessidade e urgência da atuação dos GTI junto aos recursos financeiros do PSE para identificar se estes valores estão sendo destinados para

²⁶ Conforme informações recebidas do Ministério da Saúde pela plataforma Fala.Br via Lei de Acesso à Informação em 28 de julho de 2023.

outros fins como recursos materiais e/ou serviços de outras áreas da SMS local, pagamentos de servidores e/ou fornecedores, ou até mesmo fins ilícitos. Cabe, também, ao Ministério da Saúde este acompanhamento, para que os recursos do PSE cheguem de fato aos estudantes que devem ser beneficiados com as ações do Programa.

O monitoramento, avaliação, indicadores e metas das ações desenvolvidas no PSE são revisados e atualizados a cada novo ciclo. No Ciclo 2023-2024 as ações realizadas pelos profissionais de saúde ou de educação no âmbito do PSE devem ser registradas na Ficha de Atividade Coletiva apresentadas nas Figura 2 e Figura 3 no mesmo dia em que a atividade for realizada, por um profissional de saúde ou de educação.

Figura 2 Ficha de Atividade Coletiva (frente)

e-SUS Atenção Básica		FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

DATA DE ATIVIDADE*	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO
/ /	:	:		
Nº INEP (ESCOLA / CRECHE)	PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES			
LOCAL DE ATIVIDADES:				

ATIVIDADE (Opção Única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)*	
01	Reunião de Equipe	01	Questões Administrativas / Funcionamento
02	Reunião com outras Equipes de Saúde	02	Processos de Trabalho
03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
		04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
		05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
		06	Educação Permanente
		07	Outros

ATIVIDADE (Opção Única)*	
04	Educação em saúde
05	Atendimento em Grupo
06	Avaliação / Procedimento Coletivo
07	Mobilização Social

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)*		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)*	
01	Comunidade em geral	01	Alimentação Saudável
02	Criança 0 a 3 anos	02	Aplicação tópica de flúor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Saúde Ocular
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas
05	Adolescente	05	Cidadania e Direitos Humanos
06	Mulher	06	Saúde do Trabalhador
07	Gestante	07	Dependência Química (Tabaco, Álcool e Outras drogas)
08	Homem	08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)
09	Familiares	09	Escovação Dental Supervisionada
10	Idoso	10	Plantas Medicinais / Fitoterapia
11	Pessoas com Doenças Crônicas	11	Práticas Corporais / Atividade Física
12	Usuário de Tabaco	12	Práticas Corporais e Mentais em PIC
13	Usuário de Álcool	13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz
14	Usuário de Outras Drogas	14	Saúde Ambiental
15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	15	Saúde Bucal
16	Profissional de Educação	16	Saúde Mental
17	Outros	17	Saúde Sexual e Reprodutiva
18		18	Semana Saúde na Escola
		19	Agravos Negligenciados
		20	Antropometria
		21	Outros
		22	Saúde Auditiva
		23	Desenvolvimento da Linguagem
		24	Verificação da Situação Vacinal
		25	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 1
		26	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 2
		27	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 3
		28	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 4

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Figura 3 Ficha de Atividade Coletiva (verso)

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

FAC/e-SUS AB v1.3.00

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Após o preenchimento da ficha, a mesma deve ser cadastrada por um profissional de saúde no SISAB. O SISAB foi definido com o objetivo de simplificar o processo de registro; garantir que todas as ações do PSE sejam registradas no banco do sistema nacional para monitoramento da Atenção Primária à Saúde (APS); e para permitir o acompanhamento dos encaminhamentos, diminuindo as chances de não acompanhamento do estudante atendido pelo PSE (Ministério da Saúde, 2022).

Todas as informações lançadas no SISAB devem ser monitoradas pelos gestores do PSE no âmbito municipal, estadual e federal. Para que as ações do PSE sejam devidamente contabilizadas, é necessário a inserção do número INEP das escolas onde as ações foram realizadas (Ministério da Saúde, 2022).

Quando cadastradas no SISAB, as 13 ações do PSE devem ser acompanhadas de um “tipo de atividade”, de maneira a exemplificar melhor como a ação foi desenvolvida na unidade escolar. Para o Ciclo 2023-2024, as ações foram organizadas em quatro tipos de atividades, conforme apresentado no Quadro 10.

Quadro 10 Tipos de atividades do Programa Saúde na Escola

Tipo de atividade	Definição
Educação em Saúde	Indica uma ação de educação ou ensino ou instrução em saúde, como encenações teatrais sobre algum tema em saúde, rodas de conversa com temas da saúde, campanhas pontuais ou sazonais de saúde, etc.
Atendimento em grupo	Realização de grupos terapêuticos, grupos operativos, oficinas, grupos temáticos por ciclo de vida ou condição de saúde, grupos de atividade física, terapia comunitária, entre outros.
Avaliação/procedimento coletivo	Realização de avaliações ou procedimentos realizados em um grupo, como avaliação antropométrica, testes de acuidade visual, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor, entre outros.
Mobilização social	Ações de promoção de mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade.

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

O monitoramento anual realizado pelas SME e SMS, com apoio das secretarias estaduais para implementação do PSE no município, devem constar as atividades, o público-alvo, os profissionais envolvidos, os insumos necessários, o cronograma e as metas municipais e locais para execução das ações (Ministério da Saúde, 2022).

Entretanto, embora sejam preconizadas ações de monitoramento e avaliação a partir do registro de dados, a qualidade desse registro é de baixa qualidade para aferir resultados imediatos que levem à avaliação de efetividade do PSE (Köptcke, 2023).

Para que as ações do PSE possam ser devidamente monitoradas e acompanhadas, é necessário que o GTI-M esteja fortalecido com representação ativa das SME e SMS, além de outros setores a depender de cada localidade, potencializando o uso dos recursos financeiros enviados via PAB Variável e dos materiais eventualmente enviados pelo MEC aos municípios.

3.7. A saúde escolar e o Programa Saúde na Escola nos planos estaduais e municipais de educação e de saúde

Sendo as Conferências, um momento em que a sociedade civil e o Estado se reúnem para discutir os rumos da sociedade brasileira, neste caso da educação e da saúde²⁷, nem todas as propostas apresentadas e referendadas nas Conferências, se tornam políticas públicas, muitas são inviabilizadas por razões técnicas, operacionais, políticas, financeiras e/ou outras razões. No entanto, são as propostas resultantes das Conferências que irão corroborar a elaboração dos planos nacional, estaduais e municipais de educação e de saúde.

No que se refere ao Plano Nacional de Educação e Planos Estaduais de Educação 2014-2024 (2015-2025 em alguns estados) não há nenhuma referência ao PSE ou a saúde escolar no documento nacional e nos planos de 24 estados e do Distrito Federal. A parceria com o PSE está presente somente nos planos dos estados do Amapá e Rondônia, como observado no Quadro 11 e na Figura 4.

Quadro 11 PSE no Plano Estadual de Educação

Amapá (2015-2025)	Rondônia (2014-2024)
Garantir aos educandos da rede pública estadual os serviços de promoção e prevenção à saúde nas áreas: psicológica, odontológica e oftalmológica, por meio do Programa Saúde na Escola e em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, e órgãos afins, com o intuito de proporcionar bem-estar ao aluno e à aluna para sua integração e socialização no âmbito escolar e na sociedade.	Assegurar, a partir da aprovação do Plano Estadual de Educação, a instituição de recursos financeiros, humanos e logísticos no Plano Plurianual do Estado e dos municípios para a operacionalização do PSE.

Fonte: Amapá, 2015; Rondônia, 2014.

²⁷ Cabe destacar que a participação da sociedade civil nas CNS ocorre somente a partir de 1986 e que não houve participação popular na 1ª CNE de 1941.

Figura 4 Estados com a presença do PSE nos Planos Estaduais de Educação



Fonte: o autor.

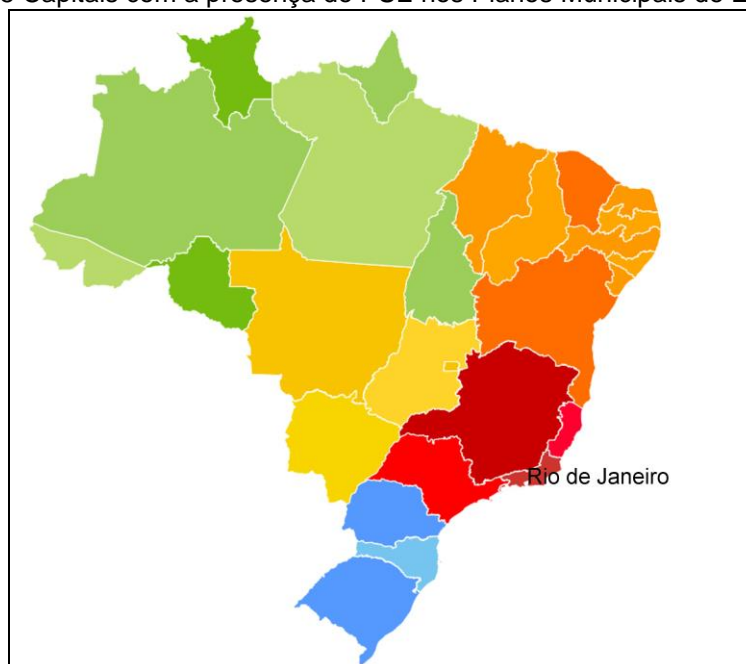
Nos planos elaborados pelas SME das capitais estaduais, para o período 2015-2025 ou 2016-2026, a referência ao PSE está presente somente no Plano Municipal da cidade do Rio de Janeiro, como observado no Quadro 12 e na Figura 5.

Quadro 12 PSE no Plano Municipal de Educação do Rio de Janeiro

Fortalecer o acompanhamento e o monitoramento do acesso à escola e ao atendimento educacional especializado, bem como da permanência e do desenvolvimento escolar dos alunos com deficiência, Transtorno do Espectro Autista e altas habilidades ou superdotação beneficiários de programas de transferência de renda, juntamente com o combate às situações de discriminação, preconceito e violência, com vistas ao estabelecimento de condições adequadas para o sucesso educacional, por meio do Programa Saúde na Escola.
Articular e viabilizar parcerias para atendimento ao estudante da educação de jovens e adultos por meio de programas suplementares de transporte, alimentação e saúde, inclusive saúde bucal e atendimento oftalmológico, com fornecimento gratuito de óculos. Inclusive assegurando a adequação do Programa Saúde na Escola – PSE Carioca às especificidades das escolas e dos educandos jovens e adultos.

Fonte: Rio de Janeiro, 2018.

Figura 5 Capitais com a presença do PSE nos Planos Municipais de Educação



Fonte: o autor.

No Plano Nacional de Saúde, o PSE é apenas citado na estratégia de APS como um dos programas voltados para a promoção da saúde, produção do cuidado e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

No que se refere aos Planos Estaduais de Saúde 2020-2023, o Quadro 13 sintetiza a maneira como o PSE é apresentado em cada Plano. Os estados ausentes não apresentam nenhuma menção ao Programa nos planos estaduais, conforme apresentado na Figura 6.

Quadro 13 PSE nos Planos Estaduais de Saúde 2020-2023

Estado	Referência ao PSE no Plano Estadual de Saúde
Acre	Ações de educação em saúde no âmbito do PSE sobre sexualidade e prevenção à gravidez na adolescência.
Amapá	Apresenta o PSE, suas ações e o apoio do Estado na capilaridade do Programa.
Distrito Federal	PSE como estratégia para auxiliar no enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
Espírito Santo	PSE presente nas estratégias de intersetorialidade da Atenção Básica.
Goiás	PSE presente nas estratégias de intersetorialidade da Atenção Básica.
Maranhão	Integração dos programas de combate ao tabagismo nas ações do PSE.
Minas Gerais	PSE como uma das estratégias da Política Estadual de Promoção da Saúde.
Paraíba	PSE como prioridade da Atenção Básica na adequação do ambiente escolar para estudantes com deficiência.
Paraná	Qualificação do cuidado à criança e ao adolescente, ampliando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da integralidade e intersetorialidade das ações.
Pernambuco	PSE na abordagem de Saúde do Adolescente, tendo como eixos prioritários: Saúde Sexual e Reprodutiva; Redução da morbimortalidade por Causas Externas e Uso abusivo de álcool e outras drogas.

Rio de Janeiro	Desafio da gestão estadual de colaborar no fortalecimento dos GTI-M e na continuidade das ações do PSE nos municípios aderidos.
Rio Grande do Norte	Apresenta um histórico da adesão ao PSE no estado e dados de monitoramento do Programa. Apresenta uma possível deficiência no cadastro das ações realizadas e a necessidade de qualificação das equipes do PSE, especialmente as que realizam a inserção das ações realizadas no SISAB, como uma das estratégias para aumentar a quantidade de ações realizadas.
Rio Grande do Sul	Realizar a interface do PSE ao Programa RS Seguro de prevenção ao HIV/AIDS em 21 municípios que concentram 70% dos casos de contaminação. Além do HIV, o Programa RS Seguro se apoia no PSE quanto a saúde reprodutiva, uso de álcool e outras drogas, diversidade, estigma e discriminação, violência e bullying.
Santa Catarina	Integração do PSE com a estratégia NutriSUS e Programa Crescer Saudável.

Fonte: O autor, com base nos Planos Estaduais de Saúde.

Figura 6 Estados com a presença do PSE nos Planos Estaduais de Saúde



Fonte: o autor.

Como a adesão e a execução das atividades do PSE é feita pelos municípios, e sendo o papel do Estado de apoiar e subsidiar as cidades, se observa uma abordagem mais genérica do PSE enquanto instrumento de fortalecimento da Atenção Básica e estratégia de promoção e prevenção à saúde, alguns estados destacam ainda a quantidade de municípios que aderiram ao Programa no ciclo atual enquanto o documento era elaborado.

Ainda, segundo o Plano do Estado do Rio de Janeiro, “crises econômicas pelas quais passam a União, o estado e os municípios, com descontinuidade de atividades importantes conduzidas pelos municípios, dificuldade de utilização dos recursos destinados ao PSE pelo Ministério da Saúde e falta de envio de materiais

pelo MEC” (Rio de Janeiro, 2020, p. 81), tem dificultado o suporte do estado aos municípios pactuados ao Programa.

No que se refere aos Planos Municipais de Saúde 2018-2021 ou 2022-2025, observa-se em sua maioria, o estabelecimento de metas de ampliação de escolas e estudantes atendidos pelo PSE. Uma síntese da presença do PSE nos Planos, está presente no Quadro 14. As capitais ausentes, não fazem referência ao PSE no Plano Municipal de Saúde, conforme apresentado na Figura 7.

Quadro 14 PSE nos Planos Municipais de Saúde

Capital	PSE no Plano Municipal de Saúde
Aracaju – SE	Ampliação na quantidade de escolas aderidas, sensibilizar e capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família que realizam as ações do PSE.
Belém – PA	Implantação do PSE em 92 escolas cadastradas.
Belo Horizonte – MG	O PSE como estratégia de promoção à saúde no atendimento aos estudantes de 6 a 14 anos em avaliações oftalmológicas, saúde bucal, estado nutricional, imunização, crescimento e desenvolvimento, prevenção de doenças e agravos à saúde, avaliação auditiva e mental.
Campo Grande – MS	PSE na estratégia de redução da incidência de gravidez na adolescência, bem como nas ações de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.
Cuiabá – MT	Ampliação na quantidade de escolas pactuadas.
Curitiba – PR	Sistematizar os grupos de promoção de qualidade de vida baseados na metodologia de autocuidado apoiado e trabalhar promoção e prevenção da saúde, com as diretrizes do PSE, nas escolas municipais e estaduais para estudantes, seus familiares e profissionais da escola, formando parcerias para este crescimento, por meio de igrejas, associações e projetos existentes na comunidade.
Fortaleza – CE	Ampliação na quantidade de estudantes pactuados ao PSE.
Goiânia – GO	Fortalecer programas de promoção da saúde no ambiente escolar, como o PSE e que se leve em consideração os determinantes de saúde (aspectos políticos, condição socioeconômica, ambiente, relações familiares etc.) e não apenas os determinantes proximais do comportamento individual.
João Pessoa – PB	Ampliação na realização de ações educativas sobre tabagismo no âmbito do PSE e atividades sobre vida saudável.
Maceió – AL	Integrar as áreas da saúde e educação no enfrentamento de vulnerabilidades, ampliando as ações de saúde para estudantes da rede pública de educação básica e apoiando o processo formativo dos profissionais de saúde e educação, de forma permanente e continuada.
Manaus – AM	Ampliação da cobertura do PSE nas escolas públicas.
Natal – RN	Implantar as ações do PSE em 100% das escolas pactuadas.
Porto Alegre – RS	Manutenção e ampliação das ações desenvolvidas pelo PSE, reconhecendo as características de cada território e atuando nas situações de saúde mais prevalentes de cada região.
Recife – PE	Expandir o total de Equipes da Atenção Básica vinculadas ao Programa Saúde na Escola.
Rio de Janeiro – RJ	Município do Rio de Janeiro renovou seu processo de adesão ao PSE do Governo Federal e, para tanto, compromete-se a realizar as 12 ações sinalizadas como essenciais pelo programa.
Salvador – BA	Integração entre saúde e educação para o desenvolvimento da promoção da saúde por meio do PSE.
São Luís – MA	Ampliar a quantidade de alunos pactuados no período de 2022 a 2025.
São Paulo – SP	Ampliar em 60% atendimento em saúde bucal de crianças de 0 a 6 anos; Realizar 80% das atividades programadas do PSE em parceria com o Núcleo de Prevenção à Violência e equipes de saúde mental.
Teresina – PI	Qualificar o Programa Saúde na Escola.
Vitória – ES	Realizar no mínimo três ações temáticas obrigatórias do PSE em todas as escolas pactuadas.

Fonte: O autor com base no Planos Municipais de Saúde.

Figura 7 Capitais com a presença do PSE nos Planos Municipais de Saúde



Fonte: o autor.

Embora o PSE não esteja presente em todos os planos estaduais e municipais de saúde, ainda assim, sua presença é mais expressiva em relação aos planos estaduais e municipais de educação. Essa presença do PSE nos planos de saúde, é semelhante a presença da saúde escolar nas conferências internacionais e nacionais de saúde. Com isso, é possível pensar que os organismos internacionais funcionam como indutores de políticas públicas aos países, ainda que haja diferenças de interpretação e propostas em cada território nacional, regional e local.

A ausência da saúde escolar nas conferências de educação, sejam internacionais ou nacionais, bem como nos planos estaduais e municipais de educação, no caso do PSE, ajuda a compreender a atuação periférica da educação no Programa, ao não ocupar o espaço previsto na intersectorialidade como preconiza o decreto de criação do Programa e todos os seus marcos legais, em que se observa que os serviços de educação perdem cada vez mais autonomia em relação às propostas e à sua execução, resultando no protagonismo do profissional de saúde e atuação ainda mais periférica do profissional de educação no PSE.

4 O QUE DIZEM OS MEMBROS DOS GRUPOS DE TRABALHO INTERSETORIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Esta seção apresenta os resultados obtidos nesta pesquisa com relação direta ao contexto da prática/contexto dos resultados ou efeitos da Abordagem do Ciclo de Políticas (ACP), que se referem aos locais onde as políticas públicas produzem seus efeitos e consequências. Os resultados aqui apresentados, representam a maneira como os Grupos de Trabalho Intersectorial (GTI)-E e GTI-M representados são operacionalizados, ou seja, pela perspectiva dos GTI, como a política pública do Programa Saúde na Escola (PSE) é executada.

A apresentação dos resultados será iniciada com as respostas dos pedidos de informação quanto a composição dos GTI-E e GTI-M via Sistema Eletrônico de Informação ao Cidadão (e-SIC) das secretarias estaduais e municipais de educação e de saúde, seguido da apresentação das respostas dos questionários respondidos pelos membros dos GTI.

4.1. Identificação dos membros dos Grupos de Trabalho Intersectorial do Programa Saúde na Escola

A consulta as secretarias estaduais e municipais de educação e de saúde foi realizada no período de maio a julho de 2022. Das secretarias estaduais de educação, 22 enviaram nomes de ao menos um servidor que compõem o GTI-E do PSE. O estado de Tocantins não enviou o nome de um servidor, mas o nome e contato de um setor, Espírito Santo e Paraíba informaram que o PSE não é de competência da educação, por isso, não tinham representantes e o Piauí, informou não saber qual servidor era membro do GTI. Em Santa Catarina, além da secretaria de educação, também há representação do Instituto Estadual de Educação. O estado do Acre, enviou o mesmo nome como representante da educação e da saúde, entretanto, no questionário da pesquisa a representante do Acre, se identificou como servidora da secretaria estadual de saúde.

Quanto às secretarias estaduais de saúde, 24 secretarias enviaram nomes e contatos de no mínimo um servidor no GTI-E, somente Minas Gerais enviou o nome

de um setor na representação e o estado da Paraíba, não enviou o contato de nenhum representante.

Em Minas Gerais, a Resolução conjunta SES-MG/SEE-MG nº187/2015 determina que o GTI-E, seja composto por um representante e respectivo suplente da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria do Trabalho, Secretaria de Desenvolvimento e Integração, Secretaria de Defesa Social, Secretaria de Esporte e Lazer, do Conselho de Segurança Alimentar, Conselho de Secretários Municipais de Saúde, da Escola de Saúde Pública, do Sindicato dos Trabalhadores em Educação, da Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Superintendência de Redes de Atenção à Saúde e da Superintendência de Atenção Primária à Saúde. Entretanto, ao entrar em contato com cada uma destas instituições, somente a secretaria de educação enviou a identificação de um servidor e a secretaria da saúde indicou um setor responsável, as demais instituições alegaram desconhecer sua participação na composição do GTI-E ou sequer conhecer o PSE.

O Distrito Federal indicou representantes da educação e da saúde no GTI-E.

Quanto às SME, 24 enviaram nomes de servidores membros do GTI-M, com destaque para Vitória, Florianópolis e Recife com sete, seis e cinco servidores, respectivamente. A cidade de Belém indicou um setor responsável e não houve respostas da cidade de Macapá.

Quanto às SMS, 22 enviaram nomes de representantes, com destaque para São Paulo, João Pessoa e Vitória com 14, 13 e nove representantes, respectivamente, no GTI-M. A cidade de Belém indicou um setor, Goiânia indicou dois setores como responsáveis pelo PSE, Natal informou não haver representação no Programa e não houve retorno da cidade de Cuiabá.

Além das SME e SMS, as cidades do Rio de Janeiro e Vitória, indicaram que a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) também possuem representação no GTI-M, em Florianópolis há participação da SMAS e do Conselho Tutelar, em João Pessoa da 1ª Regional de Educação Estadual e a cidade de Boa Vista, indicou um representante do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, entretanto este mesmo representante, indicou não ser membro do GTI-M ao responder o questionário.

Mesmo com a participação de outros setores no GTI-M conforme apresentado por cinco capitais, se reforça o que Ferreira *et al.*, (2014), identificaram, de que a composição majoritária dos GTI-M é de representantes das SME e SMS, o que também ocorre com os GTI-E.

Nos GTI-E, foram identificados 31 servidores da educação e 32 da saúde, no GTI-M, são 48 da educação, 63 da saúde, nove da SMAS e três do Conselho Tutelar, totalizando 186 membros de GTI identificados e convidados a responderem ao questionário.

4.2. O PSE na ótica dos membros dos GTI-E e GTI-M

O questionário esteve aberto para recebimento de respostas no período de novembro de 2022 a maio de 2023. Neste período, após o envio de seis convites para participação na pesquisa, foram recebidas 105 respostas, das quais 15 foram excluídas, sendo três respondidas por não membros de GTI, cinco duplicadas, neste caso, foram mantidos a primeira resposta dada ao questionário e sete respostas de municípios não capitais. Desta maneira, foram validadas 90 respostas de membros de GTI-E e GTI-M das capitais estaduais.

Entre as 90 respostas, 38 representam 23 estados e o Distrito Federal (sendo 18 participantes da educação e 20 da saúde), e 52 respostas, representam 22 capitais estaduais (sendo 29 participantes da educação, 20 da saúde e três da assistência social). Não foram recebidas respostas que representem os estados de Roraima, Mato Grosso e Paraíba e das capitais Rio Branco, Manaus, São Luís e Fortaleza. As Figura 8 e Figura 9 a seguir indicam a participação das secretarias estaduais e municipais de educação e de saúde na amostra.

Figura 8 Secretarias estaduais de educação e de saúde representadas na amostra



Fonte: o autor.

Figura 9 Secretarias municipais de educação e de saúde representadas na amostra



Fonte: o autor.

Embora não haja respostas de todos os estados e capitais estaduais, a amostra contempla secretarias estaduais e municipais de educação e de saúde de todas as regiões do país.

A análise dos dados mostra que a composição dos GTI é realizada majoritariamente por mulheres, com regime de contratação de servidores públicos, são pós-graduados em sua maioria, menos da metade destes GTI tem sua composição publicada em Diário Oficial, com encontros que ocorrem mensalmente em metade da amostra, conforme observado na Tabela 2.

Tabela 2 Categorização dos participantes e GTI da amostra

Categorias	n	%
Gênero		
Feminino	81	90
Masculino	9	10
Regime de contratação		
Servidor público	74	82
Cargo comissionado	10	11
Outros	6	7
Formação acadêmica		
Ensino técnico	1	1,1
Graduação	9	10
Pós-graduação	56	62
Mestrado	19	21
Doutorado	5	5,9
Composição do GTI em Diário Oficial		
Sim	40	44,5
Não	35	39
Não sei informar	15	16,5
Frequência das reuniões do GTI		
Quinzenal	2	2,2
Mensal	44	48,8
Bimestral	14	15,5
Semestral	8	9
Outra frequência	22	24,5

Fonte: o autor.

A opção de “outra frequência”, quanto a periodicidade dos encontros entre os membros dos GTI, teve como respostas de que a frequência das reuniões tem se alterado especialmente após a pandemia, ocorrendo conforme a necessidade, quando há alguma pauta a ser discutida, e a não definição de cronograma devido a término/início do Ciclo do PSE e mudanças na gestão estadual e municipal devido à realização das eleições de 2022. Também há encontros trimestrais, quadrimestrais e um GTI-E informou não estar em funcionamento.

Majoritariamente, o questionário da pesquisa foi respondido por representantes de secretarias da educação e de saúde, exceto pela participação de

três servidores da SMAS no GTI-M de Vitória – ES. Entretanto, quando questionados sobre quais secretarias compõem o GTI, alguns participantes citaram outras secretarias e setores além de educação e saúde, conforme observado no Quadro 15.

Quadro 15 Relação de secretarias ou setores nos GTI-E e GTI-M²⁸

GTI	Secretarias e/ou setores presentes nos GTI-E e GTI-M
GTI-E Bahia	Educação, Saúde, Direitos Humanos, Conselho Estadual da Educação, Conselho Estadual da Juventude, UNDIME/BA, COSEMS/BA.
GTI-E Ceará	Saúde, Educação, Ação Social, Vigilância, Política da Atenção Primária, Programas TB, IST.
GTI-E Distrito Federal	Educação e Saúde, OPAS, FIOCRUZ.
GTI-E Espírito Santo	Educação, Assistência Social e Direitos Humanos.
GTI-E Maranhão	Sociedade Civil.
GTI-E Minas Gerais	Secretaria de Estado de Saúde, Superintendência de Redes de Atenção à Saúde, Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Superintendência de Vigilância Sanitária, Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais/SEE-MG, Superintendência de Políticas Pedagógicas, Superintendência de Aquisições, Patrimônio e Alimentação Escolar, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais - COSEMS-MG.
GTI-E Pará	Saúde, Educação, UNICEF, ONG.
GTI-E Paraná	Secretaria de Estado da Educação e Esporte e Fundepar.
GTI-E Rio Grande do Norte	Educação, Saúde e Assistência Social.
GTI-M Belo Horizonte	Secretaria Municipal de Educação – SMED, Secretaria Municipal de Saúde – SMSA, Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania – SMASAC/Subsecretaria de Segurança Alimentar e Nutricional – SUSAN, Secretaria Municipal de Esportes e Lazer – SMEL, Secretaria Municipal de Obras e Infraestrutura - SMOBI/Subsecretaria de Proteção e Defesa Civil, Secretaria Municipal de Segurança e Prevenção - SMSP/Guarda Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Cultura – SMC, Fundação Municipal de Cultura – FMC.
GTI-M Campo Grande	SEMED, SED, SESA, CRAB, UFMS.
GTI-M Florianópolis	Educação, Saúde e Assistência Social.
GTI-M Macapá	Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação (Municipal e estadual), junto de parcerias realizadas com outras pastas do departamento, Secretaria do Meio Ambiente, Coordenadoria Municipal de Esporte e Lazer, Departamento de Alimentação e Nutrição/Coordenação de Doenças Crônicas e Tabagismo, Coordenação Saúde Mental, Secretaria Municipal de Assistência Social, Coordenação de População Vulnerável, Equipes de Saúde da Família, Central de Imunização, Ciclos de Vida, Coordenadoria Municipal de Políticas de Diversidade, Departamento de Equidade, Coordenação Saúde Bucal, dentre outras.
GTI-M Porto Velho	SEMUSA/SEMED/SEMASF/CMS/CME/CMDCA/UNIR/CRE-SEDUC/ FÓRUM-DCA
GTI-M Rio de Janeiro	Educação, Saúde e Assistência Social.
GTI-M São Paulo	Educação, Saúde, Assistência Social, PAVS, Ministério Público, Conselho

²⁸ As siglas apresentadas no Quadro 15 foram mantidas conforme citadas pelos participantes no questionário da pesquisa.

	Tutelar, Faculdade e outros.
GTI-M Vitória	Educação, Saúde, Assistência Social, Conselho Tutelar, Municípios, Centros Comunitários, Instituições públicas e privadas.

Fonte: o autor.

Ao serem questionados sobre o poder de decisão que a secretaria que representam tem no GTI, em uma escala de 0 a 10, onde 0 representa nenhum poder e 10 poder total, a pontuação média entre os representantes das secretarias estaduais de educação nos GTI-E foi de 5,8 e 8,0 entre os representantes da saúde. O Quadro 16 apresenta os registros dos participantes quanto aos valores atribuídos.

Quadro 16 Registros quanto à pontuação atribuída sobre o poder de decisão da secretaria que representa no GTI-E

GTI-E	Pontuação atribuída	Registros de alguns participantes quanto ao valor atribuído para a pergunta
GTI-E Educação	6	Como representante da Secretaria Executiva de Desenvolvimento da Educação minha função é levar as proposições, mediar, mobilizar e planejar para que as ações sejam promovidas.
	5	Algumas deliberações são decididas no âmbito da Coordenação (SEC e SESAB) e a maioria em discussões com as instituições que compõem o GTI-E.
	3	Normalmente a saúde possui mais forças por portar os recursos.
	1	Minha secretária não veste a camisa do Programa.
	0	No meu setor, não há um poder de decisão, há busca de parceria dos municípios, conscientização para adesão dos municípios e inserção de escolas do estado no Programa com a Rede.
	0	O GTI não está em funcionamento.
GTI-E Saúde	9	As deliberações e articulações são mais frequentes por parte da SESA, onde as questões do PSE estão mais visíveis.
	8	Principalmente para discutir diretrizes, planejar, avaliar e divulgar.
	5	O poder é igual não deve existir diferenças.
	8	Antes de qualquer decisão, sempre recorro aos meus superiores hierarquicamente, ou seja, não tenho total poder de decisão.
	5,6	Me sinto limitado quando a questão de hierarquia

Fonte: o autor.

Observa-se nas respostas atribuídas pelos representantes da Educação no GTI-E o poder decisão da saúde quanto ao aporte de recursos, (embora os recursos estejam com a secretaria municipal e não a estadual de saúde), e a importância da existência do GTI-E com a participação da educação (mesmo atribuindo pontuação 0), uma vez que a escolha das escolas, inclusive as estaduais, pactuadas ao PSE são de decisão dos GTI-M.

Quanto aos participantes da saúde no GTI-E que registraram comentários para a pontuação atribuída, inicialmente se observa uma pontuação maior do que a atribuída pelos representantes da educação, onde se vê o maior poder de decisão

da saúde nas deliberações e articulações, como o observado em: “Principalmente para discutir diretrizes, planejar, avaliar e divulgar” em um GTI-E do nordeste. E mesmo nos comentários onde o membro do GTI-E se sente “limitado” em sua estrutura hierárquica, esta estrutura é da saúde, o que indica seu maior poder de decisão nas ações do Programa.

Quanto aos GTI-M, que possuem a atribuição de “apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, no monitoramento, na execução, na avaliação e na gestão dos recursos financeiros” (Ministério da Saúde, 2022, p. 24), a média da pontuação atribuída pelos representantes da educação foi de 7,5 na escala de 0 a 10, semelhante a média dos representantes da saúde de 7,8. Entre os representantes da SMAS a média da pontuação atribuída foi de 6,5. O Quadro 17, apresenta os registros de alguns participantes de GTI-M quanto a pontuação atribuída.

Quadro 17 Registros quanto à pontuação atribuída sobre o poder de decisão da secretaria que representa no GTI-M

GTI-M	Pontuação atribuída	Registros de alguns participantes quanto ao valor atribuído para a pergunta
GTI-M Educação	5	Nós da Educação avaliamos que a Saúde tem o poder de decisão.
	8	O poder decisão é sempre do colegiado. Não acho que um poder de uma secretária se sobreponha a outra.
	9	É a Secretaria Municipal de Educação toma as iniciativas para as reuniões, elabora os formulários, ativa as decisões. A saúde é parceira, mas geralmente, é a educação quem dá o start para que as equipes façam o PSE acontecer. As equipes das escolas se queixam da pouca participação da saúde, mas ao final, a maioria das ações acontecem. As equipes de saúde se esforçam para fazer, pelo menos, 3 ações. A mostra do PSE, no final do ano, quando expomos as experiências exitosas, mostra o esforço coletivo. O PSE deveria ter algum recurso, pelo menos para pagar um banner.
	8	A SMS é protagonista no GTI-M, engaja e provoca para os prazos e atuação efetiva das partes, organiza dados e solicita dos outros setores envolvidos, o que nem sempre há o retorno necessário.
	5	Não sei até onde vai o poder de decisão da secretaria que represento.
	0	No GT as demandas são decididas pelo coletivo que compõe o GT.
	6	Nestes anos todas as escolas foram escolhidas pela SESAU. Porém, a ideia de um planejamento das ações entre saúde e educação, foi solicitação da educação, e funciona bem.
GTI-M Saúde	9	As decisões são de decisão compartilhada com o grupo.
	6	A atuação conjunta das pastas saúde e educação, vão além de ofertar os serviços em uma única macro área. A ideia dos conjuntos de ações e planejamento, não é somente alcançar nossas metas, mas, principalmente elencar os 13 eixos das ações para serem executadas. Sendo a saúde representada pela (Estratégia Saúde da Família – ESF) e a educação como a (equipe pedagógica) trazendo também os pais para composição desta tríade, para que juntos possamos conhecer a dimensão a ser inserida o programa na sua totalidade.
	6	A secretaria de saúde tem uma estrutura muito grande, a Coordenação de

		Saúde Escolar, está dentro da Superintendência de Promoção da Saúde (SPS) que está na Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV).
	5	Conhecemos a realidade dos setores em que as escolas estão inseridas e isso facilita no quesito "opinião" de temas a serem trabalhados, por exemplo, aproveitando o RH que temos dentro da própria atenção primária nos setores específicos de arboviroses, hanseníase, saúde da criança, etc.

Fonte: o autor.

Entre os comentários de membros da educação no GTI-M, se observa o relato de que a “saúde tem o poder de decisão”, em uma capital da região centro-oeste que se queixa da falta de verba para as ações do Programa, o protagonismo e a decisão das escolas a serem pactuadas são por parte da saúde.

Quanto aos membros da saúde no GTI-M, se observa a iniciativa em uma capital na região norte em formar uma tríade entre saúde, educação e comunidade na execução das 13 ações do PSE, o que vai ao encontro com as recomendações do Ministério da Saúde de inserir a comunidade na gestão do Programa (Ministério da Saúde, 2022). Na mesma região, em outra capital, a respondente que afirma que conhece a região, por isso facilita “no quesito opinião”, vale destacar que este “conhecimento”, não é “privilegio” dos profissionais de saúde, uma vez que, os profissionais de educação também conhecem os locais e a comunidade atendida pelas escolas, ou seja, ambos conhecem a clientela que atendem, até porque, é a mesma. A criança atendida pela Unidade Básica de Saúde (UBS) é a mesma que estuda na escola do bairro, ou seja, ambos os serviços atendem ao mesmo público local, por isso, as parcerias e ações conjuntas se fazem tão importantes para que o programa atinja com plenitude seus objetivos.

Embora a gestão dos recursos financeiros do PSE seja realizada via fundo nacional de saúde ao fundo municipal de saúde, e que esteja entre as atribuições do GTI-M acompanhar a gestão destes recursos (Ministério da Saúde, 2022), o questionamento quanto a autonomia do GTI sobre os recursos financeiros foi realizado também aos membros do GTI-E, na intenção de identificar alguma possível fonte de recursos do Governo Estadual ao Programa. No questionário, os membros dos GTI responderem a seguinte pergunta: “Em uma escala de 0 a 10 (onde 0 nenhum poder e 10 total poder), qual é o poder de decisão do GTI sobre os recursos financeiros do PSE oriundos do Ministério da Saúde?”.

Entre os membros dos GTI-E, a média dos representantes da educação foi de 1,9 e de 2,0 com os da saúde. Alguns comentários que foram registrados pelos participantes são apresentados no Quadro 18.

Quadro 18 Registros quanto à pontuação atribuída sobre a autonomia financeira da secretaria que representa no GTI-E

GTI-E	Pontuação atribuída	Registros de alguns participantes quanto ao valor atribuído para a pergunta
GTI-E Educação	0	A gestão fica a cargo das secretarias de saúde.
	0	A execução do recurso cabe ao poder público municipal por meio da secretaria de saúde. Assim, não temos governança sobre.
	5	Normalmente o uso do dinheiro não é muito discutido.
	0	Adesão e gestão financeira são responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.
	0	O MS passa anualmente aos municípios e ao DF um incentivo financeiro para execução das ações do PSE a serem desenvolvidas no contexto escolar.
	0	O GTI não está em funcionamento.
GTI-E Saúde	0	Não temos acesso nos recursos junto a SESA.
	6	O GTIE tem apenas conhecimento através das portarias e divulga para todos os municípios e esses municípios muitas vezes tem ingerência sobre os recursos.
	0	Os recursos são executados pela gestão municipal.
	0	O GTI-M que decide sobre o recurso.
	0	Recursos são repassados diretamente aos municípios.
	0	O estado não recebe recursos do PSE, logo não existe poder de decisão para recurso.
	0	Como o recurso vai direto para o Fundo Municipal de Saúde, não temos nenhuma governabilidade sobre esse recurso.
	0	As secretarias estaduais não recebem nenhum repasse financeiro para as ações do PSE. O repasse é apenas para a esfera municipal.
	0	O poder de decisão sobre o recurso é do GTI Municipal, mas auxiliamos no planejamento das ações, quando solicitado pelo município.
	0	O incentivo financeiro vai diretamente para os Fundos Municipais de Saúde, o que o GTI faz são recomendações de como e com o que o recurso pode ser executado.
	10	O custeio é repassado para o fundo municipal.

Fonte: o autor.

Fica claro tanto com os membros da educação quanto da saúde no GTI-E que a autonomia dos recursos financeiros cabe ao GTI-M, e não foi identificado nenhum aporte financeiro estadual. Neste quesito, observa-se o comprimento das atribuições do GTI-E em um estado da região sul ao afirmar que “auxiliamos no planejamento das ações, quando solicitado pelo município”, e de um GTI-E na região nordeste ao afirmar que “o GTI faz são recomendações de como e com o quê o recurso pode ser executado”, ofertando assim, aos municípios o suporte necessário para a execução das ações do Programa (Ministério da Saúde, 2022).

Nos GTI-M, a autonomia sobre os recursos financeiros do Programa recebeu pontuação 2.0 dos membros da educação, 5,6 pelos membros da saúde e 6,6 dos representantes da SMAS no colegiado. O Quadro 19 apresenta os comentários para pontuações atribuídas.

Quadro 19 Registros quanto à pontuação atribuída sobre a autonomia financeira da secretaria que representa no GTI-M

GTI-M	Pontuação atribuída	Registros de alguns participantes quanto ao valor atribuído para a pergunta
GTI-M Educação	7	Em relação ao recurso financeiro, a saúde está em primeiro lugar para a tomada de decisão.
	7	A Educação não tem esse dado relacionado ao valor.
	0	Não sei responder a pergunta.
	0	A verba vem para a saúde, mas nem mesmo eles sabem com acessá-la. Nós, da educação, sabemos que há verba e as escolas também, mas fica "confiscada" pela saúde e, me parece que não há prestação de contas. Se precisarmos de algo, não temos verba, nem para um banner. Se tivermos que imprimir um cartaz, temos que fazer "vaquinha". Apesar dos inúmeros ofícios e atas elaborados para o uso da verba, não tivemos respostas. Precisamos de um sistema mais transparente para utilizar a verba do PSE.
	0	As verbas destinadas ao PSE não são utilizadas pelo GTI-M. Ficam perdidas na burocracia da SMS, e não chegam às escolas.
	5	Não sei até onde vai o poder de decisão da secretaria que represento sobre os recursos financeiros.
	4	Não tenho acesso à destinação dos recursos.
	0	Na verdade, não sei informar.
	6	Conheço pouco a respeito.
	0	Não sei informar.
	6	Depende da verba (recurso financeiro) e para qual ação será destinada.
	5	Nossa dificuldade hoje é acompanhar esse recurso, pois somente a secretaria de saúde tem esse repasse direto. Sentimos que não dão tanta importância em usar esse recurso.
	10	Esse poder é muito relativo. Quando coloco "10" significa que o GTIM tem autonomia de orientar o planejamento das ações que as escolas junto com as UBS pleiteiam realizar, para àquele período letivo. Daí a necessidade de materiais e insumos que ajudarão na otimização das ações. De posse dessas demandas, o GTIM organiza memória de cálculo para compra de materiais e serviços e encaminha para o setor da SMS. Na maioria das vezes essa demanda não é acatada por falta de "Rubrica" para tal fim. Esse é um gargalo enfrentado pelo GTIM.
	4	Conversei com a representante da saúde e ela narrou que essa verba vem e fica junto à Atenção Básica da saúde no município, e que por enquanto, ainda tem limites burocráticos para acessar o recurso.
GTI-M Saúde	0	A definição do uso dos recursos financeiros fica a cargo da secretaria municipal de saúde, gerencia de atenção à saúde.
	5	Estamos em execução de processo.
	0	Os recursos são Fundo a Fundo.
	5	O recurso do PSE foi vinculado ao GTI apenas após a publicação da portaria em Outubro.
	0	É um recurso que sabemos que vem, porém não temos acesso a este repasse financeiro, uma vez que fica sob domínio do setor de finanças da secretaria municipal de saúde.
	5	Não avançamos o suficiente para gerir o recurso financeiro.

Fonte: o autor.

Observa-se a falta conhecimento e de autonomia da educação na gestão dos recursos financeiros do Programa, que conforme seus relatos até ficam “perdidas na burocracia da SMS [Secretaria Municipal de Saúde]” e a necessidade de se realizar “vaquinhas” expõe a falta de transparência na utilização destes recursos, conforme os membros do GTI-M da educação de uma capital na região centro-oeste. Em uma capital do nordeste, a dificuldade é a falta de “rubrica” para que o GTI-M possa fazer uso dos recursos.

Cabe lembrar aqui a resposta recebida do Ministério da Saúde quanto ao uso do repasse financeiro do Programa, que é destinado para custeio de atividades desenvolvidas durante o ciclo de adesão, como a contratação de serviços e recursos humanos relacionados às atividades pontualmente, compra de material de consumo ou de uso específico para as atividades, contratação de serviços e aluguel de equipamentos que sejam necessários para a execução de ações do Programa.

Entre os registros de membros do GTI-M da saúde, também se evidencia a falta de autonomia na utilização destes recursos, o que sugere que fica a cargo de outros setores da SMS e que são utilizados sem a consulta ao GTI-M, que deveria, conforme determinações do Programa, acompanhar sua gestão financeira (Ministério da Saúde, 2022).

Evidencia-se, assim, a necessidade de se deixar claro nas legislações e orientações do Programa, o tipo de uso a ser feito com os recursos para que os membros do GTI-M estejam cientes destas possibilidades e envolvidos diretamente em sua aplicação.

Quanto à maneira como é realizada a alocação dos recursos financeiros do Programa, entre os membros do GTI-E, alguns não sabiam responder sobre o repasse, outros responderam sobre o repasse “fundo a fundo” confirmando a gestão municipal dos recursos, não tendo, assim, o GTI-E nenhuma governabilidade sobre o repasse financeiro do PSE.

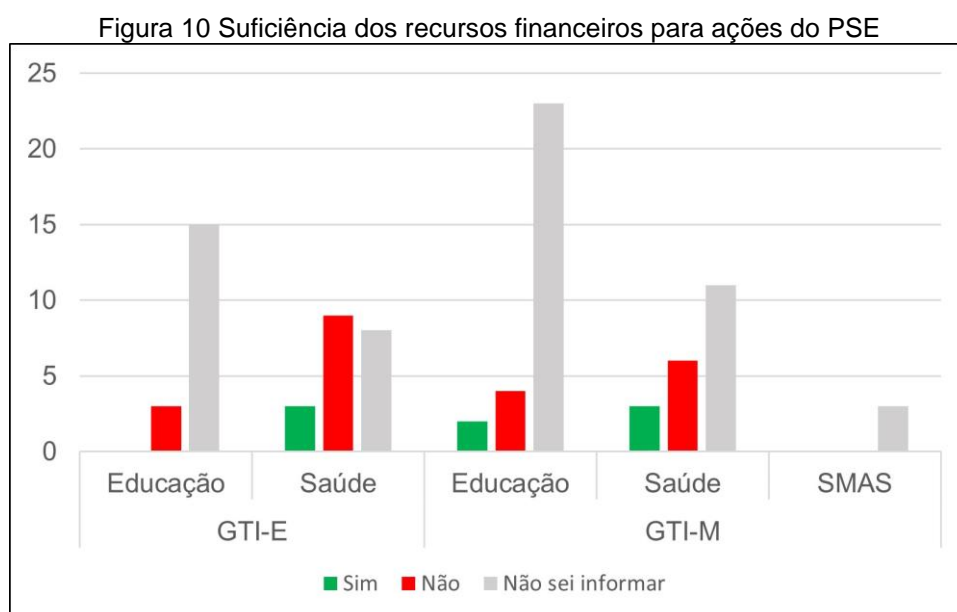
No GTI-M, entre os representantes da educação alguns não sabem informar, outros informaram que a alocação dos recursos do PSE é de “responsabilidade dos gestores”, “ausência desta informação por ser servidor da educação”, de que é “responsabilidade da saúde do município”, “não há registros nem prestação de contas”, “apesar dos planejamentos e solicitações oficiais para o uso do recurso, a SMS não consegue organizar e dispor a verba para destino correto – PSE”, “a

alocação dos recursos não são definidas e discutidas no GTI”, “não temos o repasse financeiro”.

Entre os membros da saúde no GTI-M alguns “não sabem informar”, “são feitos levantamentos dos insumos e bens e feito abertura dos processos”, “os recursos entram para a execução das ações das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), estão no planejamento das equipes”, “aquisição de óculos, materiais gráficos do Programa, ferramentas para hortas escolares”.

Ao mesmo tempo em que se observa a falta de conhecimento sobre a aplicação dos recursos do PSE tanto por servidores da educação quanto da saúde, é claro o direcionamento dos servidores da educação e da saúde de que a aplicação dos recursos cabe a SMS, inclusive, sem consulta ao GTI-M, conforme relatado por um membro de GTI-M da educação de uma capital na região sudeste.

Em seguida, os participantes foram questionados se: “Os recursos financeiros recebidos via PAB (Piso da Atenção Básica) Variável são considerados suficientes para a execução das ações do Programa?”. Nesta questão, fica evidente o quanto os membros dos GTI não têm conhecimento sobre a utilização destes recursos, especialmente os da educação, conforme observado na Figura 10.



Fonte: o autor.

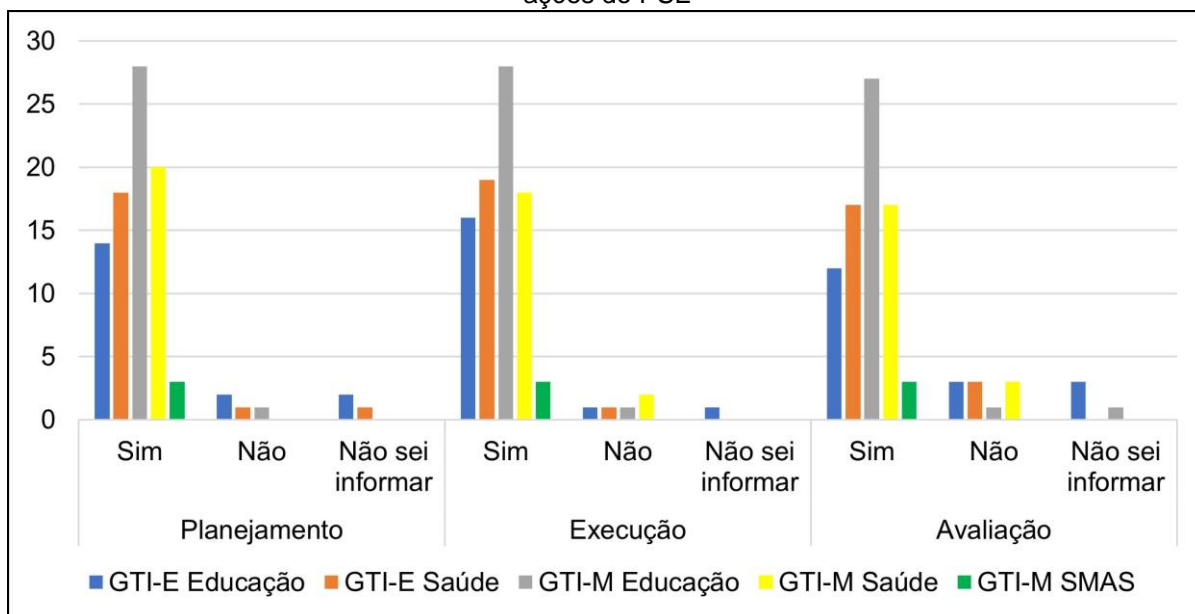
Entre os membros da educação no GTI-E, 15 não souberam informar se estes recursos são suficientes, o que representa a falta de discussão deste assunto junto aos GTI-M, que, em tese, deveriam acompanhar a utilização destes recursos.

O representante da saúde no GTI-E de um estado no nordeste, afirma que: “Considero que sim, mais diante da situação precária dos nossos estados recursos nunca é demais. Acredito que falta Planejamento e apoio de gestores”. Na região centro-oeste a representante cita a complementação dos recursos ao repasse federal: “Normalmente a saúde e/ou a educação usam outros recursos próprios para realização das ações”. Em um estado da região norte, a representante lembra que ações de promoção e prevenção à saúde nas escolas já fazem parte da rotina das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF): “A principal reclamação que escuto dos municípios para realizarem a adesão ao PSE é que o recurso é muito pouco. Em partes eu concordo, porém sempre explico a eles que as ações de promoção e prevenção de saúde que devem ser executadas no âmbito escolar pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) são ações que já deveriam fazer parte de seu plano de ação, visto que a ESF deve contemplar uma determinada área de abrangência e tudo que estiver nela, principalmente as escolas”.

Entre os membros dos GTI-M tanto da educação, da saúde e da SMAS, prevalece a opção “não sei informar”, o que indica que a aplicação dos recursos financeiros do Programa não é discutida neste colegiado, que os membros desconhecem as necessidades do Programa a fundo, bem como a própria política pública da qual fazem parte. Ainda, para uma representante da saúde de uma capital da região norte, para quem os recursos do PSE são insuficientes, afirma que: “precisamos de um investimento principalmente para capacitar nossos profissionais e para compras de bens permanentes para adesão de um carro”.

Considerando as responsabilidades dos membros do GTI-E de “definir as estratégias específicas de cooperação entre estado e municípios para o planejamento e a implementação das ações no âmbito municipal, [...] apoiar os gestores municipais na articulação, no planejamento e na implementação das ações do PSE e de contribuir com os Ministérios da Saúde e da Educação no monitoramento e avaliação do PSE” (Ministério da Saúde, 2022, p. 23) e a responsabilidade do GTI-M de “apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, no monitoramento, na execução, na avaliação e na gestão dos recursos financeiros” (Ministério da Saúde, 2022, p. 24), a Figura 11 demonstra o envolvimento dos membros do GTI-E e GTI-M no planejamento, execução e avaliação das ações do PSE.

Figura 11 Envolvimento dos membros do GTI-E e GTI-M no planejamento, execução e avaliação das ações do PSE



Fonte: o autor.

No GTI-E, um membro da educação de um estado do nordeste registra que “elaboramos materiais orientadores para subsidiar os municípios com as ações a serem realizadas além da realização de webpalestras”. Na região sudeste, “a nível estadual buscamos parceiros para desenvolver ações do PSE. Elaboramos projetos, documentos orientadores cartilhas de atividades, campanhas”. Estes dois exemplos reforçam o apoio do GTI-E aos GTI-M conforme orientações do Ministério da Saúde. Já, um membro de GTI-E do nordeste que assinalou não acompanhar o planejamento das ações do Programa, registra que “as duas secretarias realizam ações do PSE com autonomia, diálogo e planejamento próprio. Precisamos ampliar a intersetorialidade”.

Entre os membros da saúde no GTI-E, se identifica o “apoio técnico” e “planejamento das ações do PSE a partir de orientações aos GTI-M via encontros presenciais, reuniões virtuais, grupos de WhatsApp, telefonemas e email” no nordeste, que “colabora quando solicitado a resolver dúvidas” e “por meio de divulgação de materiais de apoio e orientações técnicas e operacionais”. No sul, “o GTI-E faz cursos e orientações técnicas para as regionais orientarem seus municípios”. Na região norte, o membro do GTI-E registra que “sempre me coloco a disposição, inclusive, antes mesmo da adesão sugiro que sejam feitas reuniões com a participação de importantes atores para execução das ações do PSE. Sugiro que antes da adesão seja feita uma conversa com as escolas para saber se existe

interesse das mesmas em serem contempladas com as ações, pois em muitos anos anteriores, escolas eram aderidas sem nem saber e muitas nem tinham interesse. Isso dificultava a entrada nas escolas e consequentemente o alcance das metas”.

No GTI-M, os membros da educação registram em sua maioria que participam do planejamento das ações, como registrado por uma capital na região centro-oeste “Sim. O tempo todo. Só não tem acesso à verba” outro membro continua “para o planejamento das ações, há participação das secretarias envolvidas”.

Os membros da saúde no GTI-M foram unânimes ao afirmar que participam do planejamento das ações. Em capitais da região norte, há o registro de que “discutimos sobre a elaboração do cronograma das ações a serem executadas nas escolas, conforme, faixa etária e turmas”, “tentamos em equipe levar ações de acordo a realidade e necessidade de cada unidade escolar, dentro dos temas aplicados pelo Ministério” e “disponibilizando capacitações, treinamentos e boa parte dos demais materiais necessários para as intervenções em campo”. Na região centro-oeste “o GTI elaborou o instrumento de planejamento das ações e as unidades de saúde utilizaram-no para pactuar junto às escolas as ações que ambas iriam desenvolver no biênio”.

Quanto ao monitoramento das ações do Programa, também de responsabilidade dos GTI-E e GTI-M, quase todos os membros de GTI-E de educação afirmam que colaboram no monitoramento das ações.

Entre os membros da saúde no GTI-E, quase todos afirmam monitorar as ações, no sudeste “a gestão estadual do PSE elabora periodicamente os relatórios de monitoramento sobre as ações executadas pelos municípios pactuados com base nas informações extraídas do SISAB [Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica]”, na região centro-oeste “foi repassado para as regionais como fazer o monitoramento no e-GESTOR e é discutido as ações lançadas. E tem uma planilha no drive, onde são lançadas as ações mais detalhadas”. No nordeste, “essa colaboração acontece também por meio de orientações aos GTI-M via encontros presenciais, reuniões virtuais, grupos de WhatsApp, telefonemas e email”. Na região norte, um membro do GTI-E registra que “confesso que, muitas vezes, esse monitoramento nem é o adequado pelo fato de ser EUQUIPE. Como desde 2007 (momento da primeira adesão ao PSE) eu fazia parte da Secretaria Estadual de

Educação e a partir de 2019 eu ter migrado para a Secretaria de Estado de Saúde, acabei sempre respondendo sozinha pelo GTI Estadual. Sempre houve, formalmente, um nome representando as duas secretarias, porém efetivamente sempre fui eu que estive a frente das duas secretarias”. Na região sudeste, um estado afirma não monitorar as ações do Programa.

No GTI-M, somente um membro da educação de uma capital na região norte afirmou não monitorar as ações do PSE. Na região sudeste, há o registro de “parcialmente, quando os parceiros do território fazem parte do GTI, isso acontece. Do contrário não”. Em duas capitais da região centro-oeste há o registro de “fizemos um drive do google para que as unidades educacionais postem as atividades e o número de alunos que fizeram as ações. Assim, conseguimos monitorar quem fez e quem não fez. É muito bom, porque, ao final do ano, fazemos uma análise da % de ações mais executadas. As mais executadas são Covid-19, combate ao *Aedes*, Alimentação Saudável, práticas corporais. As menos executadas são: direitos sexuais, prevenção ao uso de álcool e outras drogas, saúde auditiva / Organizamos um documento virtual para que cada umas das 190 instituições pactuadas, bem como as demais municipais não pactuadas fizessem o registro simultâneo das ações. Essa planilha é encaminhada para a SMS. A ferramenta facilitou para melhoria nas análises dos dados para fins estatísticos, pedagógicos e científicos”. “Temos um drive com todas as ações, datas e solicitações para controle, cronograma das escolas”. No sul, uma membro de GTI-M da educação afirma que “coloquei sim, porque há ações que são monitoradas, entretanto, há outras sendo executadas que não há monitoramento, mas ciência de sua execução”.

No GTI-M com os membros da saúde, quase todos afirmaram que realizam o monitoramento das ações. Na região norte “o monitoramento (visitas) são realizados presencialmente, os documentos com relatórios de atividades e com registros fotográficos são os portfólio de todas as ações documentados e enviado para a coordenação do PSE e, através de comunicado para as secretarias. e a inserção em planilhas de monitoramento com todas as escolas municipais e estaduais, vacinas de sarampo, influenza e Lei Lucas” e “cada unidade de saúde constrói um cronograma com as ações que serão desenvolvidas no decorrer do semestre, com datas e temas e são repassadas para as duas secretarias através de

compartilhamento no drive”. Na região sudeste as ações são “monitoradas pelo SISAB”.

Entre os membros da saúde no GTI-M, chama a atenção de que em uma capital do sudeste e outra da região norte, houveram respostas “sim” e “não” quanto ao monitoramento das ações do PSE, o que indica falta de comunicação para as ações dentro da mesma secretaria.

Quanto a avaliação das ações desenvolvidas no PSE, tanto os representantes da educação como os da saúde no GTI-E, afirmam, em sua maioria que avaliam o Programa. Um membro da saúde de um estado na região nordeste registra que “essa colaboração acontece também por meio de orientações aos GTI-M via encontros presenciais, reuniões virtuais, grupos de WhatsApp, telefonemas e emails”. E na região norte, “na medida do possível, sempre tentamos avaliar as ações e detectar o que precisa ser melhorado!”.

Nos GTI-M, a avaliação das ações do PSE é realizada por quase todos os seus membros, entre os da educação há o registro de que “sim, nas reuniões e nas discussões/reflexões sempre surgem novas ideias e ações para melhorar o estreitamento com as Unidades e eficácia do PSE” na região sudeste. “Avaliamos o número de ações executadas pela educação e comparamos com a PeNSE/ [Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar] IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística] e estudos já publicados, bem como com o ano anterior. Já os dados da saúde, não sabemos se foram muitos ou poucos. Não sabemos se há crianças com sobrepeso e com problemas de visão. Mas os dados, assim como a verba, se perdem na SMS. / É pelo GTI-M que é possível avaliar as atuações de cada ator que realiza o PSE, espaço para exposição das dificuldades, sugerir melhorias para ambos os setor envolvidos”. “Na medida do possível estamos sempre tentando realizar avaliação do que deu certo e onde estamos falhos” – região centro-oeste. Na região sul, “há muitas ações que não são avaliadas, aquelas que são monitoradas, são avaliadas constantemente e readaptadas conforme as necessidades”.

Entre os membros da saúde, há o registro de “cobramos resultados positivos” em uma capital da região norte e de que o “GTI avalia as ações por meio dos feedbacks dos professores às secretarias de educação e também dos

profissionais de saúde/distritos de saúde à coordenadoria da atenção básica” na região centro-oeste.

4.3. A especificidade dos GTI-M

Os questionamentos a seguir foram respondidos somente pelos membros dos GTI-M, que somam 52 participantes, sendo 29 da educação, 20 da saúde e três da SMAS, por se relacionarem diretamente com a prática do PSE nos municípios.

Questionados se o município possuiu equipes específicas para a realização das ações do PSE, 17 responderam que sim, 23 que não e 12 não souberam responder. Entre as respostas, observa-se quatro situações de conflito em que representantes da mesma cidade, responderam “sim” e “não”, sendo 3 situações no sudeste e uma na região centro-oeste, o que novamente sinaliza problemas na comunicação interna e articulação entre os próprios membros do GTI-M.

Entre os registros, sobre quem são os profissionais que compõem as equipes específicas do PSE, as respostas sinalizam os mesmos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (agentes comunitários de saúde, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos), além da equipe de saúde bucal ou membros da equipe multidisciplinar, como nutricionistas e fisioterapeutas, que também compõem os recursos humanos das unidade de saúde. Assim, entende-se que não há contratação de recursos humanos exclusivos para as ações do Programa.

Sobre os recursos materiais necessários para a realização das ações do Programa, o decreto de criação do PSE, prevê que eles sejam enviados pelo Ministério da Educação aos municípios, neste sentido, os membros do GTI-M foram questionados se “o município recebeu recursos materiais ou clínicos específicos/exclusivos para as ações do PSE?”, a maioria, 26 membros não sabiam informar, 15 responderam sim e 11 não.

Semelhante a pergunta anterior, em duas capitais da região sudeste, os membros do GTI-M se distribuíram nas três opções de respostas e em uma capital da região norte, respostas sim e não foram escolhidas.

Entre os registros daqueles que responderam sim, em uma capital da região nordeste “esses equipamentos foram recebidos apenas no início do programa, uma

vez que, [capital] estava no primeiro grupo de municípios a participar do programa”. Outra capital nordestina relata que “em 2008 o Ministério da Educação responsável pela disponibilização dos insumos para os municípios, enviou: balanças, estadiômetros, kit bocão, trena antropométrica, conjunto de fio dental, espelho bucal, limpador de língua, manual de orientação (triagem de acuidade visual e kit de vida saudável (04 volumes + álbum seriado)”. A mesma cidade, registra que atualmente “muitos desses materiais não estão mais disponíveis para as escolas novas, que foram sendo pactuadas ao longo dos anos. A partir de 2017, os repasses financeiros são destinados também para aquisição desses insumos, no nível local. Mas não ocorre de forma satisfatória”.

Também houve compras com recursos do município, em uma capital da região sudeste, uma cidade da região norte registra a compra de materiais em função da pandemia de Covid-19.

Entre os documentos normativos do PSE, existe a recomendação da elaboração da Agenda Educação e Saúde que prevê a realização de um diagnóstico situacional com as questões referentes aos determinantes sociais, cenário epidemiológico; mapeamento da Rede SUS de Atenção Básica/Saúde da Família e redes de ensino; atribuições das equipes da ESF e das escolas nas ações do PSE, bem como a relação das escolas aderidas e a definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola (Severo, 2010).

Questionados se o diagnóstico situacional previsto na Agenda Educação e Saúde é considerado no momento do planejamento das ações do PSE, 26 participantes responderam que “sim”, três afirmaram “não” e 23, afirmaram “não sei informar”. Entre os registros apontados nesta questão, observa-se o uso de dados epidemiológicos do território já produzidos e utilizados pelo serviço local de saúde, e não, necessariamente, um diagnóstico elaborado em conjunto por profissionais de educação, de saúde e a comunidade, conforme recomendado na Agenda Educação e Saúde. Este diagnóstico também cita a inserção do PSE no Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas, elaboração de cronogramas em conjunto, bem como reuniões de articulação.

A ausência deste diagnóstico conjunto, ou minimamente do compartilhamento dos dados epidemiológicos da saúde utilizados para o

planejamento das ações, é uma queixa da representante da educação no GTI-M de uma capital na região centro-oeste, como observado: “os dados coletados pela saúde não chegam ao GTI-M. Lutamos bravamente para saber em quais regiões há maiores problemas”. A rotatividade entre os membros do GTI-M da educação, foi apontado como uma das causas da ausência deste diagnóstico, por uma representante da saúde em uma capital da região norte: “todos os semestres são pessoas novas que passam a fazer parte do GTI da educação, o que dificulta esse diagnóstico situacional por parte da educação”.

Os documentos normativos do PSE, determinam que as ações do Programa estejam contempladas no PPP de todas as escolas aderidas, e é função do GTI-M acompanhar tal inclusão, neste sentido, quando questionados sobre a presença do PSE no PPP das escolas, 15 membros da educação responderam “Sim”, uma capital na região centro-oeste registra que “os apoios da educação conferem essa presença do PSE no Projeto Político Pedagógico. Há um trabalho institucional para que conste nos PPP's, contamos com apoios técnicos que acompanham as unidades educacionais, e verificam documentos e dão suporte para a atuações propostas pelo GTI-M”. Na região sudeste, uma capital registra o incentivo para está inclusão “todo início do ano, orientamos as Unidades Educacionais para que incluam no planejamento as ações coletivas de saúde que serão promovidas na escola”.

Ainda entre os representantes da educação, 11 afirmaram que não monitoram a inserção das ações do PSE no PPP das escolas e três não souberam informar.

Entre os representantes da saúde, 11 responderam que “sim”, cinco “não” e quatro “não sabem informar”. Entre as respostas “sim”, uma capital na região norte registra que “a saúde monitora todas as ações mediante portfólio, sendo que precisamos capacitar a equipe pedagógica para preenchimento da ficha de atividade coletiva, pois em momento pandêmico a escola também ficou em processo de readaptação”. Vale lembrar que os profissionais de educação também podem realizar atividades do PSE e preencherem a ficha de atividade coletiva, embora sua inserção no e-SUS é atribuição da unidade de saúde.

Para uma capital na região centro-oeste, “as representantes da educação no GTI colaboram para que essas ações sejam inseridas no PPP”. No nordeste, um GTI-M com resposta “não”, registra que “há o incentivo que as ações estejam

inseridas nos PPP, mas ainda é um desafio envolver o setor pedagógico nesse processo”, o que supostamente represente a fragilidade da representação da educação neste GTI-M.

Os documentos normativos do PSE também preveem a indicação de um profissional de referência do Programa nas escolas pactuadas e nas unidades de saúde. Tentou-se identificar a existência de representação do PSE nas escolas por meio do questionamento: “Há identificação de pelo menos, 1 profissional de educação responsável/representante do PSE nas escolas pactuadas?”. Entre os membros da educação no GTI-M, 22 responderam “sim”, três responderam “não” e quatro “não sei informar”.

Entre aqueles que responderam sim, em capitais da região sudeste há o registro de “sempre há alguém como interlocutor das ações de saúde” e “O/a diretor/a indicou um/a servidor/a por turno. Sugerimos que fosse o/a próprio/a diretor/a, ou coordenador/a de turno, ou pedagogo/a”. Na região centro-oeste “em cada escola, elegemos um coordenador do PSE”, “a unidade educacional elege um profissional que será o coordenador do PSE, essa pessoa recebe a ESF, dialoga com o apoio da SME, participa de capacitações e envia os dados das ações executadas na escola” e “no caso, algum coordenador ou diretor da escola fica responsável por atender a equipe do PSE na escola”. Na região norte “representantes capacitados pelas coordenações do PSE/saúde e educação para lançar na ficha de atividade coletiva”. E no nordeste “há o mediador do PSE nas escolas. Pode ser o gestor pedagógico ou o coordenador pedagógico”.

Entre os representantes da saúde, 19 responderam “sim” e somente um respondeu “não”, o membro do GTI-M de uma capital na região sul. Entre os que responderam sim, há o registro de que na região sudeste “os diretores são os responsáveis”, “cada território tem autonomia para decidir se trabalha com um apoiador ou com a equipe da gestão Temos 237 unidades de saúde, 47 CRAS [Centro de Referência de Assistência Social]. Pactuamos 1543 escolas municipais, 44 escolas estaduais”.

Ainda, na região norte “hoje nós já temos 1 profissional responsável pelo PSE na educação municipal – SMEC [Secretaria Municipal de Educação e Cultura] e 1 na educação estado – SEED [Secretaria Estadual de Educação]. Articulando com todas as escolas, porém, não temos, em cada escola 1 pessoa responsável para

fiscalizar e/ou acompanhar a execução das ações em cada escola sendo 53 escolas em [capital]”. Em outra capital na mesma região “estão criando o setor de projetos dentro da SME que facilitará esse intermédio/representação nas escolas”. Na região centro-oeste “geralmente o coordenador da escola é o representante” e no nordeste “há uma coordenação do PSE no nível central da educação e uma pessoa de referência das escolas, que em geral são as gestoras das escolas”.

O mesmo questionamento foi realizado quanto a referência do PSE nas unidades de saúde “Há identificação de pelo menos, 1 profissional de saúde responsável/representante do PSE nas unidades de saúde pactuadas?”. Entre os representantes da educação no GTI-M, 20 responderam “sim”, dois “não” e sete “não sei informar”. Entre os que responderam “sim”, há o registro de que “há um interlocutor que faz o alinhamento com a Unidade Educacional” de uma capital na região sudeste. Nesta mesma capital, há uma resposta “não”. Em uma capital no centro-oeste, “o profissional que planeja com a escola e se apresenta para planejar fica responsável” e na região norte, este representante é “escolhido entre os profissionais de saúde”.

Entre os representantes da saúde no GTI-M, 19 responderam “sim”, “há uma coordenação do PSE no nível central da saúde e uma pessoa de referência nas USF [Unidades de Saúde da Família], a partir da afinidade, muitas vezes é a enfermeira ou dentista da equipe” em uma capital do nordeste. No centro-oeste, “cada equipe de saúde tem o seu representante, na maioria é o enfermeiro”. Em outros casos, esta responsabilidade é compartilhada, como identificado em uma capital na região norte, “no PSE saúde temos o profissional que tem a responsabilidade em fazer a cobertura do território, sendo aquela escola da microárea ou não. Nossa responsabilidade enquanto saúde é fazer a cobertura de todas as escolas sendo ela pactuada ou não pelo PSE, nossos profissionais da Estratégia estratificam território para atender a necessidade de cada local” e também, “o coordenador de programas estratégicos é o representante das unidades de saúde pactuadas”.

O participante da região norte que respondeu que “não”, sobre o representante do PSE na UBS, registrou que a “atribuição e responsabilidade é de toda equipe de saúde”. Entre os representantes da SMAS, todos responderam “sim”.

A pergunta seguinte do questionário era: “A escolha das unidades de saúde e escolas é feita somente pelo GTI-M ou são ouvidas as escolas e unidades de

saúde antes?”, embora todos os participantes tenham respondido ao questionamento (pois era uma questão obrigatória), considerou-se posteriormente que a pergunta ficou dúbia, pois, ao responderem “sim”, “não” ou “não sei informar”, não é possível definir se a resposta se refere a escolha pelos membros dos GTI-M ou a consulta as escolas e unidades de saúde, o que ficou evidente com alguns registros, como observado em: “A pergunta ficou dúbia”, “a pergunta não está muito clara, no nosso município todos são ouvidos” e “não entendi a resposta ‘SIM OU NÃO’ para uma pergunta aberta”. Neste sentido, esta questão foi desconsiderada, o que não interferiu na análise final dos resultados apresentados.

A última questão tratou sobre o Projeto Municipal do PSE, uma recomendação da Agenda Educação e Saúde que

delimita os territórios de responsabilidade, definidos segundo a área de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e define o conjunto de escolas integrantes de cada território, apresentando informações sobre:

- O diagnóstico situacional, com as questões referentes a determinantes sociais, cenário epidemiológico e modalidades de ensino das escolas vinculadas às equipes da ESF e que atuarão no PSE;
- O mapeamento da Rede SUS de AB/SF e das Redes de Ensino (estadual e municipal)
- As atribuições das equipes da ESF e das escolas em cada um dos territórios de responsabilidade;
- Definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola (Severo, 2010, p. 9).

Entre os membros da educação no GTI-M, sete responderam “sim”, oito “não” e 14 “não sei informar”, os registros apresentados, dão a entender que os projetos de saúde escolar existentes anteriormente ao PSE, foram agrupados, e não necessariamente um Projeto do PSE, como recomendado pela Agenda Educação e Saúde. Na região sudeste, foi registrado que “na verdade, a SMS tem o PSE como um dos seus projetos” e na região centro-oeste “no passado existia um projeto, mas com o programa, todos os subprojetos de saúde foram abarcados no PSE. Com o advento do PROGRAMA, os projetos foram integrados ao mesmo e contemplados.”

Com os representantes da saúde no GTI-M, 11 responderam “sim”, sete “não” e dois “não sei informar”. Entre os registros, também se observa o agrupamento de projetos locais, e não necessariamente, o Projeto Municipal do PSE recomendado pela Agenda Educação e Saúde, como observado no registro de uma capital da região norte: “vale sonhar - prevenção de acidentes e primeiros socorros

nas escolas com a Lei Lucas 13.722/18, menarca/pubarca/ telarca/, escolas seguras e saudáveis - Covid19 com o UNICEF [Fundo das Nações Unidas para a Infância] e outros”, e em uma capital no centro-oeste, “o município tem pactuação com o PSE e segue as determinações do Ministério da Saúde, e os manuais específicos do PSE.”

Entre os representantes da SMAS, um respondeu “sim” e dois “não sei informar”.

5 O ENTRELAÇAMENTO DAS PRINCIPAIS POLÍTICAS SOCIAIS NO TERRITÓRIO: EDUCAÇÃO E SAÚDE

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado em um momento de otimismo social e político, com aumento dos investimentos públicos nas áreas sociais, uma oportunidade onde se notava o 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, como ações de promoção, prevenção e cuidado com a saúde, que comprometem o desenvolvimento integral dos educandos da rede pública de educação básica (Köptcke, 2023).

O Programa representa o entrelaçamento das duas maiores e mais capilarizadas redes de serviço/presença estatal nos territórios: a educação básica e a APS (Köptcke, 2023) e tem 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 (Brasil, 2007), garantindo a continuidade do cuidado com a saúde dos estudantes, objeto desta pesquisa, que segundo Adorno (1995, p. 182) “têm prioridade sobre qualquer definição. Definir é o mesmo que capturar – objetividade, mediante o conceito fixado, algo objetivo, não importa o que isto seja em si”.

Todo objeto pede o seu sujeito, sendo o PSE e consequentemente os Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) o objeto, os estudantes da educação básica beneficiários das ações do PSE constituem o seu sujeito, pois “é verdade que não se pode prescindir de pensá-los como separados [...]: o objeto, mediante o sujeito, e, mais ainda e de outro modo, o sujeito, mediante o objeto” (Adorno, 1995, p. 183). Assim, sujeito e objeto que devem ser pensados juntos, como ocorre com o PSE, o GTI e os estudantes.

Considerando que os atores do PSE aqui representados estão nas esferas estaduais e municipais, que por vezes são atores técnicos e/ou políticos, para Köptcke (2023), é plausível crer que tenham vivenciado e interpretado o Programa segundo perspectivas múltiplas, atreladas a seus respectivos interesses de campo profissional, do imaginário e das representações sociais sobre os estudantes a quem o PSE se destina, além das realidades socio sanitárias tão diversas dos microterritórios onde as atividades são desenvolvidas.

Em seus 17 anos de existência e presença em quase 99% das cidades brasileiras, o que incluem 100% das capitais estaduais além do Distrito Federal, o PSE, embora consolidado como a principal política pública de saúde escolar brasileira, ainda tem desafios a serem superados como a autonomia dos GTI na gestão do Programa. GTI-E e GTI-M que, na amostra representada nesta pesquisa, não possuem em sua totalidade a composição mínima exigida pelo Ministério da Saúde, tampouco, incluem outros atores, conforme recomendado. Também, não há autonomia dos GTI-M quanto à execução do financiamento do PSE, o que vai na contramão das diretrizes do Ministério da Saúde (2022).

A discussão apresentada a seguir, tem como embasamento a Abordagem do Ciclo de Políticas (ACP) de Stephen Ball e Richard Bowe, conforme apresentado na página 24.

5.1. Contexto de influência/contexto da estratégia política do Programa Saúde na Escola

A maior política pública de saúde escolar brasileira, não surgiu do “nada”, mas como uma resposta do governo brasileiro a uma demanda internacional de promoção e prevenção a saúde dos estudantes (Fernandes *et al.*, 2022), trazendo consigo as experiências das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) e do programa Saúde e Prevenção nas Escolas em um momento político de otimismo do desenvolvimento econômico, com melhoria de indicadores sociais e perspectivas de aumento gradual do investimento real público na saúde e na educação (Köptcke, 2023).

Esta influência também foi exercida por organismos internacionais multilaterais como o Grupo Banco Mundial (GBM) (Bundy *et al.*, 2006; Bundy, 2011; WBG, 2004, 2012, 2016), e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (OPAS, 2022; OPAS, OMS, 2014, 2019; Fernandes *et al.*, 2022), além do apoio brasileiro aos relatórios finais das conferências internacionais de educação e de saúde, já que em algumas delas, a saúde escolar esteve presente de maneira muito contundente, como é o caso da Carta de Ottawa (Ministério da Saúde, 2002), que afirma a importância da promoção

e prevenção à saúde, tendo o ambiente escolar como espaço importante para esta prática. Prática que se vê no PSE, a saúde se utilizando do espaço escolar para realizar suas ações, mesmo que em alguns momentos apresentem um caráter higienista, não pela intenção dos profissionais de saúde, mas sim, pela falta de articulação entre os atores envolvidos.

Ainda, as práticas do PSE, quando geridas e executadas somente pela saúde, colaboram para afirmar a ideia do poder da ciência, neste caso, das ciências da saúde sobre outros campos do saber, e especialmente sobre a escola, exercido principalmente sob a ótica do poder do jaleco branco (Santos, Adinolfi, 2022a).

Assim, considerando-se o período de realização das conferências, especialmente as internacionais, mas também as nacionais de saúde e de educação, observa-se que, desde muito antes da criação do PSE, a saúde escolar já era discutida no mundo e no Brasil, com diversas práticas que estimulavam a realização de ações de saúde, como por exemplo, prevenção a verminoses, vacinação, saúde bucal, oftalmológica e prevenção à obesidade dentro do ambiente escolar. Como uma espécie de doutrina da mudança social (Marcuse; Neumann, 1999), estes mesmos temas já discutidos em práticas higienistas, voltam ao PSE no contexto da saúde coletiva.

A doutrina da mudança social, analisa detalhadamente os fenômenos sociais, particularmente as causas de inquietação e revolução, as condições de riqueza e de poder, estabilidade e adequação às várias formas de governo, através de mecanismos de controle social e da opinião pública, além de analisar interesses sociais e políticos bem definidos. Esta teoria é estimulada por temas já discutidos anteriormente pela sociedade, mas que ganham nova roupagem e voltam ao cotidiano novamente. Também é importante destacar que nenhuma mudança social ocorre por um fator isolado (Marcuse; Neumann, 1999).

Assim, o PSE, como política pública, busca promover uma mudança social no cuidado com a saúde dos estudantes da educação básica beneficiados por suas ações e colaborando na redução de suas vulnerabilidades, também como uma nova roupagem para temas anteriormente trabalhados sob a ótica de práticas higienistas da higiene escolar e agora sob o manto, da saúde coletiva. Ainda, da mesma maneira que nenhum fator isolado é capaz de provocar uma mudança social, o PSE, sozinho também não é capaz de eliminar as vulnerabilidades dos estudantes, mas é

um meio para reduzir, caso aconteça plenamente como projeto, com atuação intersetorial e o pleno funcionamento dos GTI. Isso significa considerar os sujeitos dessas ações para além de números e dados. Afinal, são pessoas, são crianças e jovens.

Estas práticas realizadas por profissionais de saúde apresentavam, desde as primeiras décadas do século XX no Brasil, uma pressão para que também fossem realizadas por educadores, através de mudanças nos currículos de ensino que visava que:

a escola não deve ser, apenas, o centro da cultura intelectual da nossa infância. A escola não tem o direito de agasalhar corpos enfermos, rostos pálidos, organismos débeis. Cumpre-lhes transformá-los em corpos fortes, organismos robustos. A escola tem que ser o centro irradiador da saúde de nossa gente, tem que ser o núcleo revigorador da saúde da nação (Castro, 1929, apud LIMA, 1985, p. 125).

Está preocupação com o futuro trabalhador também são recomendadas nas primeiras décadas do século XXI por Bundy (2011) e GBM (WBG, 2004). “O cuidado com o corpo tinha, ingenuamente, uma finalidade social” (Adorno; Horkheimer, 1985, p. 109).

Porém, além de se preocupar com a saúde do futuro trabalhador, o PSE também busca promover uma mudança social no cuidado com a saúde dos estudantes e de sua comunidade, atuando em mecanismos de controle social e da opinião pública (Marcuse; Neumann, 1999).

A interferência dos organismos internacionais e das agências multilaterais na saúde escolar, especialmente sobre a elaboração dos documentos normativos e legislações do PSE, o que se vê na atuação da OPAS, UNESCO e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no Coletivo Técnico do Programa, busca promover um pensamento unidimensional, que de acordo com Marcuse (1973, p. 34) “é sistematicamente promovido pelos elaboradores da política e seus provisionadores de informação em massa”.

A realização das práticas de saúde no ambiente escolar não visa somente o cuidado com a saúde dos estudantes para que estes possam gozar de melhor qualidade de vida e de aprendizado, mas sim, o cuidado com a saúde do futuro trabalhador, para que este gere menos custos ao serviço de saúde e proporcione maior produtividade ao sistema capitalista.

Esta influência externa sobre o PSE, faz refletir sobre até que ponto, os membros dos GTI têm, de fato, autonomia no gerenciamento do Programa, uma vez que, o PSE, encontra-se num sistema político que, como destaca Marcuse (1975), é uma democracia de massa, que permite aos seus cidadãos escolherem seus governantes e até a participarem do governo (até certo ponto), mas que na prática, continua amplamente influenciado por uma política externa do mundo globalizado.

Além das influências externas dos organismos e agências internacionais e das conferências internacionais e nacionais de educação e saúde, a saúde escolar também foi influenciada por movimentos sociais, como por exemplo, o Movimento da Reforma Sanitária que ao longo das décadas de 1970 e 1980, lutavam pela reorganização do sistema de saúde, sendo um dos movimentos que pressionaram pela criação de um Sistema Único de Saúde. Este Movimento, contribuiu para a mudança da perspectiva do modelo higienista para a saúde coletiva, da saúde privatista para a saúde pública e gratuita fornecida pelo Estado para todos os cidadãos, tendo como “ambição a universalização do direito à saúde, compreendida como qualidade de vida e um modelo de atenção com ênfase na integralidade” (Aguilar, 2015, p. 36).

Além de não ter surgido do “nada” e considerando suas influências externas e internas, o PSE tem atuado como um catalizador para apoio a políticas associadas ao bem-estar de estudantes da educação básica, atraindo coalizões intra e intersetoriais, com o Programa Mais Educação, Plano Juventude Viva, Brasil Carinhoso, Crescer Saudável, Brasil Sorridente, Programa Bolsa Família, entre outros (Köptcke, 2023).

Esse apoio tem se dado por exemplo, por meio da necessidade de a escola estar no Programa Mais Educação para ser aderida ao PSE. Inicialmente, escolas com mais de 50% dos estudantes beneficiados pelo Programa Bolsa Família estão entre as prioritárias do PSE e as unidades de educação infantil aderidas ao Programa também passam a ser contempladas pelo Brasil Carinhoso, bem como, atuação do Brasil Sorridente, nas escolas em que não há equipes de saúde bucal nas unidades de saúde parceiras do território. Se todas essas políticas estão articuladas e atingem efetivamente seus sujeitos, o país já poderia ser outro, sobretudo, considerando o tempo de efetivação oficial delas.

5.2. Contexto da produção de texto do Programa Saúde na Escola

Publicado em 05 de dezembro de 2007, o Decreto n. 6.286 que institui o PSE, é fruto de uma construção de outras iniciativas de saúde escolar, bem como a pressão exercida em conferências internacionais e nacionais de saúde e de educação, e em especial a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 2003 (Ministério da Saúde, 2004), onde é possível visualizar claramente o PSE em suas proposições.

A legislação e documentação do PSE é elaborada em sua maior parte pelo Ministério da Saúde (Santos, 2021; Köptcke, 2023), e mesmo sendo um programa interministerial, nem sempre se identifica a presença do Ministério da Educação (MEC) em sua elaboração, como já identificado por Santos (2021), que ao analisar os documentos normativos do PSE, em alguns não havia autores profissionais de educação ou servidores representando o MEC em sua elaboração, prejudicando assim o olhar da educação ao documento.

A ausência de profissionais de educação na formulação da documentação do PSE, pode ser observada desde o âmbito federal, onde se identificou que não há participação do MEC em todos os processos envolvendo o PSE, até o nível local dos GTI-M conforme observado nas respostas desta pesquisa, refletindo na ação passiva da escola frente as ações de saúde realizadas pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos territórios.

Além do decreto de criação do PSE e das portarias que o regulamentam, o Programa também possuiu seus Cadernos Temáticos, além do Caderno do Gestor do PSE, renovado a cada novo ciclo de adesão. Embora disponíveis para qualquer cidadão através do site do PSE²⁹, sua produção é direcionada aos executores desta política pública no âmbito municipal (Santos, 2021).

Mesmo com todas as contradições identificadas, a legislação e os documentos normativos do PSE, preveem uma igualdade de condições entre os profissionais de educação e de saúde no gerenciamento do Programa, entretanto, o que se observa é o domínio do setor saúde, que mesmo em uma “sociedade livre e industrial madura continuaria depender de uma divisão do trabalho que compreende desigualdade de funções” (Marcuse, 1973, p. 59), o que se identifica no PSE.

29 Os Cadernos Temáticos do PSE estão disponíveis em: https://sisaps.saude.gov.br/pse/material_apoio. Acesso em: 07 mai. 2024.

Marcuse (1973), apresenta a ideia de que a tecnologia da sociedade industrial gera um ambiente confortável que impede/dificulta uma verdadeira mudança social. Para o autor, não existe alienação, mas identificação com a sociedade. O sujeito se identifica com a maneira, com a lógica de como a sociedade funciona, com o seu modo de pensar, assim, vai se criando um pensamento único, uma maneira única de pensar de toda a sociedade, como, por exemplo, a lógica da produtividade, de que precisamos produzir mais e ser mais proativos. A sociedade capitalista gera pessoas que pensam “igual”, um modo homogêneo de pensar e se comportar em sociedade.

Este pensamento unidimensional apresentado por Marcuse (1973), se revela no PSE, pois embora haja uma mudança política que prevê igualdade de condições e colaboração intersetorial entre educação e saúde, a tecnologia de gestão do PSE é da saúde, a tecnologia de dominação da saúde sobre outras áreas e sobre a educação permanece, o que se observa desde o financiamento às práticas do Programa nas escolas beneficiadas por suas ações.

Esta dominação da saúde, representa uma “ideologia dominante em uma sociedade, longe de serem apenas uma ‘ilusão’, fornece um padrão importante para o caráter objetivo das contradições sociais e para a direção na qual a solução deve ser buscada” (Marcuse; Neumann, 1999, p, 189).

5.3. Contexto da práticas/contexto dos resultados ou efeitos do Programa Saúde na Escola

Considerando-se que o PSE atingiu quase 99% dos municípios brasileiros no Ciclo 2023/2024, supõe-se que é uma política pública bem recebida pelas cidades, já que sua adesão é voluntária. Seja pelo repasse financeiro do Ministério da Saúde para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e/ou pela melhora observada na saúde dos estudantes beneficiados com as ações do Programa.

Observa-se que o PSE é bem aceito tanto por profissionais de saúde quanto de educação, mesmo que, em alguns momentos, o PSE seja visto como uma tarefa a mais pelos profissionais de saúde e como uma atividade que a depender do (não) planejamento, atrapalha a rotina escolar (Santos, 2021; Gonçalves; Ferreira; Rossi, 2022).

Entre as principais dificuldades encontradas pelos membros dos GTI, estão a falta de autonomia no gerenciamento das ações e no financiamento do Programa, a rotatividade dos profissionais que compõem os Grupos e a falta de materiais para a realização das 13 ações. No que se refere a rotatividade dos profissionais, esta traz uma dificuldade que é de manter o registro histórico do PSE naquele território, o que favorece a descontinuidade das ações desenvolvidas, além do próprio apagamento histórico (Adorno, 2024). Cabe destacar que, conforme estudo de avaliabilidade do PSE realizado por Köptcke (2023), nem todos os municípios aderidos, possuem GTI formalizado.

A rotatividade dos profissionais dos GTI, entre outros fatores pode estar associada ao processo eleitoral e a troca no comando do poder executivo local, o que pode influenciar na composição de diversos colegiados, entre eles, os GTI. Mesmo com 82% dos membros de GTI sendo servidores concursados e apenas 11% ocupantes de cargos comissionados, exercer ou acumular a função de membro de GTI pode se fragilizar a cada novo processo eleitoral. Assim, é possível que tal rotatividade, também interfira nas relações entre o PSE e outras políticas de atendimento aos estudantes, como o Programa Mais Educação, Brasil Carinhoso e Brasil Sorridente, por exemplo.

Também, ficou evidente o poder exercido pela saúde nas respostas dos membros dos GTI, especialmente no que se refere aos recursos financeiros do Programa. Esta dominação que o serviço de saúde exerce sobre outras áreas, especialmente a educação, já apresentado como o “poder do jaleco branco” por Santos e Adinolfi (2022a) e Santos (2021), sendo, neste sentido, o PSE um instrumento de dominação da saúde escolar.

Estas relações de poder em desequilíbrio, demonstram o quanto a gestão intersetorial apresenta falhas que resulta no comprometimento entre os setores e na relevância que o PSE terá em cada agenda. Para Fernandes *et al.*, (2022), a criação dos GTI teve como objetivo superar a fragmentação e promover a integração das ações entre os atores envolvidos, o que não ocorria antes do PSE. E ainda parece não ocorrer, ao menos em diversas localidades aqui representadas.

Embora pareça muito clara a atribuição do GTI de cada ente federativo, Souza, Espiridião e Medina (2017), identificaram com membros do GTI-M de um município da Bahia, pactuado ao PSE desde 2008, que o Grupo não tinha

autonomia na gestão dos recursos financeiros, bem como não haviam recebido os materiais didáticos e clínicos pelo Ministério da Educação. Especificamente sobre a gestão financeira do PSE, Köptcke (2023), identificou em diversos documentos normativos que o GTI-M é o gestor dos recursos financeiros, inclusive com a competência de deliberar sobre sua aplicação.

Assim, o PSE também pode ser identificado como um instrumento de dominação (Horkheimer; Adorno, 2002) da saúde, colaborando para manter o círculo de dominação sobre a educação, pois

[...] a dominação torna-se cada vez mais impessoal, objetiva, universal, e também cada vez mais racional, eficaz e produtiva. Por fim, sob o domínio do princípio de desempenho plenamente desenvolvido, a subordinação apresenta-se como que efetivada através da divisão social do próprio trabalho (Marcuse, 1975, p. 91).

É a dominação do mais forte sobre o mais fraco, de uma área sobre outra, a dominação social da saúde sobre a educação, que “tem menos a oferecer e, portanto, menos a proibir” (Marcuse, 1975, p. 96-97), ou aqui entendido como menos direitos, menos protagonismo, menos autonomia.

Mas, sendo a educação a instituição que prepara os estudantes para o capital e o PSE tendo o objetivo de reduzir as vulnerabilidades dos estudantes da educação básica e visando reduzir os gastos com a saúde do futuro trabalhador, a educação deveria ter mais espaço e protagonismo nesta parceria, já que é ela quem abastece o mercado de trabalho com mão de obra beneficiada pelas ações do Programa.

Da maneira como está estruturado o PSE opera dentro de um modelo tecnicista que vê a educação como uma área submissa e de atuação periférica nesta parceria (Santos; Adinolfi, 2022a, 2022b). Entretanto, o Programa tem potencial para adotar outros modelos de atuação que possam promover a cidadania e autonomia do cuidado com a saúde sem o controle dos corpos dos estudantes.

A dominação da saúde no PSE, pode ser observada nas próprias respostas dos membros dos GTI, onde se observou uma maior nota dos representantes da saúde, quando questionados sobre o poder de influência da secretaria que representam no PSE, o que dá aos profissionais de saúde, maior poder de decisão (Marcuse, 1973).

Quanto a identificação dos membros dos GTI-E e GTI-M, observou-se que nem todas as secretarias estaduais e municipais de educação e saúde enviaram os nomes de seus representantes nos GTI, como ocorrido em Paraíba, Macapá, Natal e Cuiabá. Ainda, houve os casos em que a secretaria não sabia quem eram os seus representantes, como na Secretaria Estadual de Educação do Piauí, ou que segundo as informações recebidas, a pasta não fazia parte do PSE, conforme relatado pela Secretaria Estadual de Educação do Espírito Santo e da Paraíba.

Ainda, pedidos de informação foram direcionados aos Gabinetes dos Governadores e dos Prefeitos na tentativa de identificar outras secretarias na composição do PSE, o que só ocorreu com as cidades de Rio de Janeiro, Vitória, Florianópolis, João Pessoa e Bela Vista que informaram ter outras secretarias ou setores na composição dos GTI-M. Entretanto, está é uma informação que se contradiz com o apresentado no Quadro 15 (ver página 91), em que participantes de nove GTI-E e oito GTI-M informaram outros participantes nos GTI para além de educação e saúde.

Está contradição pode se dar pela falta de articulação entre os setores e membros dos GTI, ausência de publicação oficial da composição do Grupo, ou pela participação pontual e esporádica de algumas secretarias e setores em reuniões, atividades e/ou eventos do PSE. Ainda assim, 68% dos participantes informaram haver esforços para integrar outras secretarias e setores ao GTI, 16,5% responderam não haver esforços e 15,5% não souberam informar. Nas três opções de respostas, alguns participantes registraram a intenção de incluir outras secretarias e representantes da sociedade civil, entretanto, a rotatividade dos membros dos GTI é um dos dificultadores para esta articulação. Esta rotatividade também interfere na manutenção do registro histórico do Programa em cada localidade.

Também, não foi identificada a participação juvenil nos GTI, nem mesmo no planejamento, execução e avaliação das ações do PSE, uma perda ao Programa na visão de Bueno e Köptcke (2022), quando compararam a participação dos estudantes no Saúde e Prevenção nas Escolas, projeto precursor do PSE, em que esta participação estava garantida nos documentos normativos do antigo projeto, mas ausentes no PSE.

Esta pesquisa atingiu uma amostra de 90 participantes e, embora não seja possível afirmar o quão representativo sejam estas 90 respostas, frente a todos os membros dos GTI-E e GTI-M das capitais estaduais ³⁰, atingiu-se uma representatividade de 23 estados e o Distrito Federal juntamente com 22 capitais estaduais.

Entre estes 90 servidores membros de GTI, observa-se nos GTI-M, uma diferença expressiva entre a quantidade de servidores da saúde em relação aos de educação, o que pode ser resultado de que é o setor saúde quem realiza a prestação de contas e recebe os recursos financeiros destinados ao PSE, além da questão do poder simbólico exercido pelos profissionais de saúde em relação aos de educação (Santos; Adinolfi, 2022a).

O poder simbólico exercido pela saúde, também é ser observado no poder de decisão que os membros dos GTI atribuíram as secretarias que representam no colegiado, tendo a secretaria de saúde estadual e municipal obtido maior pontuação em relação à secretaria de educação. O mesmo se observou no poder de decisão sobre os recursos financeiros do Programa, que segundo os membros dos GTI, é maior na secretaria da saúde.

Ainda assim, a maioria dos membros dos GTI, não sabiam informar se os recursos financeiros recebidos pelo Ministério da Saúde eram suficientes para a execução das ações do Programa, o que indica falta de conhecimento e/ou de autonomia nos processos do PSE.

Algumas cidades relataram a existência de equipes específicas para a execução das ações do Programa, mas se identificou que estes profissionais são os mesmos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da equipe multiprofissional, o que é identificado por muitos como acúmulo de trabalho, como identificado por Baroni e Silva (2022), pois não há espaço destinado na agenda exclusivamente para as ações do PSE, embora, estas ações sejam de promoção e prevenção à saúde, que fazem parte das atribuições destes profissionais.

Oliveira *et al.*, (2022), relata que na cidade de Belo Horizonte, o PSE possuiu uma equipe de saúde volante exclusivamente para identificar a necessidade de ações do Programa, que são repassadas para a ESF do território. Além disso, cada

30 O Ministério da Saúde não sabe informar a quantidade de membros dos GTI-E e GTI-M, conforme informação recebida em 06 maio de 2024, via Serviço de Acesso à Informação – Plataforma Fala.Br.

escola possuiu um assistente do PSE, contratado pela Educação para executar as ações.

O modelo adotado pela cidade de Belo Horizonte, de acordo com Oliveira *et al.*, (2022), aumenta a fragmentação ao não envolver todos os atores do PSE, as ações são pontuais, esporádicas e com metas a serem atingidas. Ainda, a presença de uma pessoa exclusiva do PSE dentro das escolas, não favorece a participação ativa dos professores nas ações, e até dos próprios profissionais de saúde.

Importante considerar que as ações do PSE devem ser planejadas, executadas e avaliadas de maneira intersetorial, para isso, Köptcke (2023), sugere a criação de comitês de gestão do Programa dentro das escolas com envolvimento direto dos estudantes, profissionais de educação, saúde e comunidade, com ações pedagógicas no território e programas de iniciação científica na educação básica voltadas a saúde na perspectiva das necessidades do território.

Estes comitês poderiam se apropriar e fortalecer os espaços colegiados como Conselho de Escola, Associação de Pais e Mestres e o Grêmio Estudantil das próprias escolas, além de outros espaços do território para ampliar o engajamento de toda a comunidade escolar na redução das vulnerabilidades dos estudantes através das ações do PSE. Há também a necessidade da participação ativa dos docentes nas ações do Programa, para além do “cuidado com os estudantes” enquanto os profissionais de saúde executam a ação educativa do Programa.

Outra dificuldade é a falta de recursos clínicos específicos para as ações do Programa, em que a maioria dos membros de GTI não sabiam informar sua existência. Köptcke (2023), identificou que somente nos anos de 2010 e 2011 houve o repasse de insumos materiais (clínicos e impressos) do MEC aos municípios pactuados.

Também, nem todos os membros de GTI representando a saúde e até mesmo a educação, monitoram se o PSE está contemplado no PPP das escolas, e sendo o Projeto Político Pedagógico (PPP) o documento norteador de toda a atividade escolar, esta ausência, que já foi identificada por Santos (2021), colabora para fragilizar o pleno envolvimento da escola no Programa, reforçando a submissão da educação e o poder da saúde no PSE.

Monitorar um programa com as dimensões do PSE é um grande desafio, mesmo que sejam apenas 13 ações, é considerar que elas ocorrem (ou deveriam

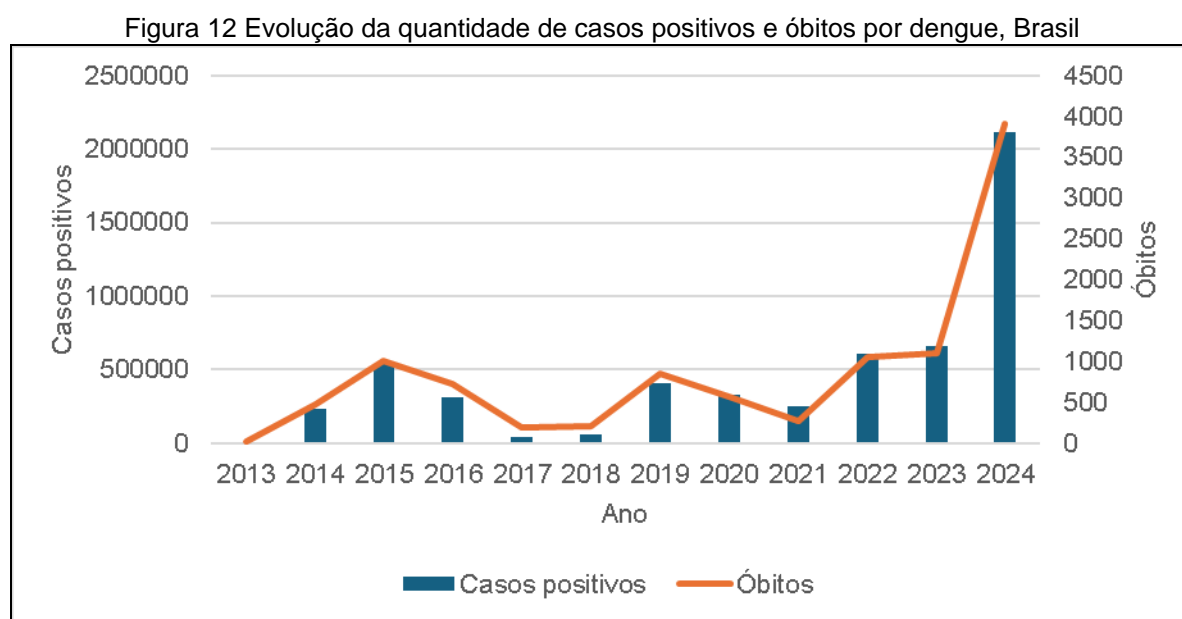
ocorrer) em cerca de 99% dos municípios brasileiros, alguns com grande infraestrutura de tecnologia e recursos humanos, outros com falta de recursos materiais, humanos e precárias conexões com a internet, por exemplo. Mesmo assim, o monitoramento e avaliação fazem parte da gestão das políticas sociais no Brasil, buscando produzir informações periódicas que permitam a identificação de como estão os processos, as ações e de quão próximo se está do alcance dos objetivos e metas propostos. A avaliação de programas de educação e saúde por si só 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 as especificidades de um país continental, diverso e desigual (Camargo *et al.*, 2023; Köptcke, 2023). Monitorar e avaliar o PSE é mais um desafio dado aos GTI-M, realizado por quase todos os membros desta amostra.

Entretanto uma das dificuldades de se avaliar o PSE, pode estar na inexistência de participação social dos estudantes e da comunidade, além da verticalidade das decisões feitas pelas SMS, o que nem sempre envolve os GTI-M.

6 A FUNÇÃO SOCIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

A partir do demonstrado até aqui, considera-se indiscutível a relevância científica do Programa Saúde na Escola (PSE) como uma política pública de saúde escolar que visa contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, reduzindo assim suas vulnerabilidades (Brasil, 2007). Mas, após 17 anos de criação, teria o PSE atingido ou estar a caminho deste objetivo?

Tendo como exemplo a ação do PSE de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, a quantidade de ações realizadas no país passou de 642 em 2013 para 197.915 no ano de 2023³¹, no mesmo período e incluindo o ano de 2024, a quantidade de casos positivos de dengue saltou de 1.827 em 2013 para 2.119.974 em 2024³², e os óbitos de 23 para 3.903³³, como observado na Figura 12.



Fonte: Ministério da Saúde, 2024a.

Considerando a quantidade de ações do PSE sobre a dengue realizadas em escolas de todo o país, com estudantes da educação infantil ao ensino médio, estaria o Programa falhando na ação de prevenção à doença transmitida pelo

31 No mesmo período, 2013 a 2023 há um acumulado de 1.351.851 atividades realizadas. Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauAtivColetiva.xhtml> Acesso em: 11 jul. 2024.

32 Dados de 2024 atualizados em 17/06/2024. Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

33 Idem.

mosquito *Aedes aegypti*? Embora o PSE não seja o único responsável pela orientação à população quanto a prevenção à dengue, o Programa tem o potencial de levar esta informação a milhares de lares brasileiros, e assim, cumprir sua função social.

Juntamente com demais atividades de prevenção à dengue realizadas pelos entes federativos, incluindo campanhas publicitárias e a atuação nas residências, realizadas por Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), a ação nas escolas, visa instruir e sensibilizar os estudantes quanto ao ciclo de vida do mosquito *Aedes aegypti*, a forma de contaminação da dengue, os principais sinais e sintomas e a importância de eliminar os focos de reprodução do mosquito, para assim, colaborar na redução da incidência da doença naquele território.

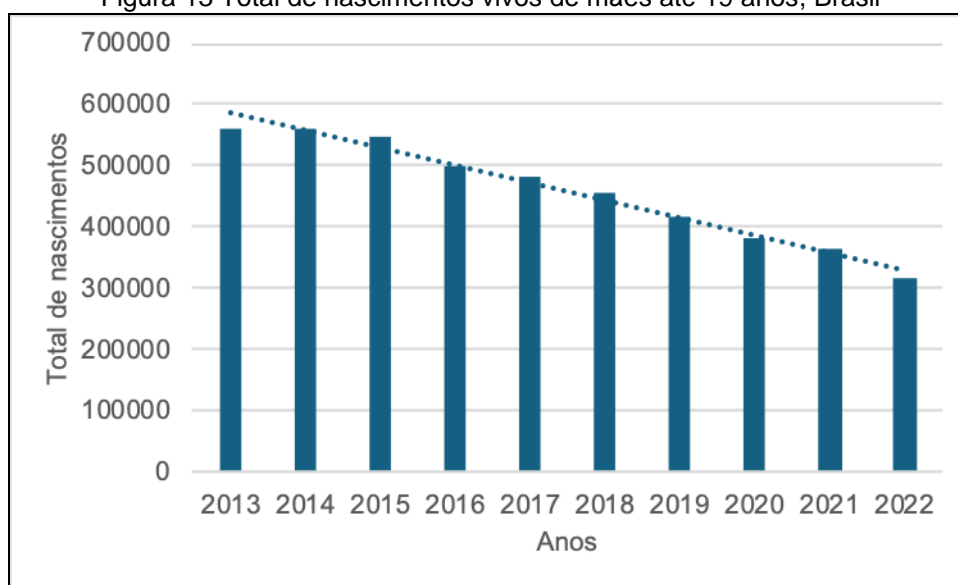
Ao instruir os estudantes, espera-se dos mesmos uma postura proativa que também se estenda às suas famílias na prevenção à dengue. Entretanto, com a alta incidência da doença nos últimos anos, e em especial em 2024, terá o poder público que rever suas estratégias, incluindo aí a atuação do PSE.

Outro exemplo importante é a ação do PSE de “saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST”, que tem como um dos seus objetivos orientar os estudantes quanto a gravidez não planejada na adolescência. Entre 2013 e 2023, a quantidade de ações do PSE neste tema saltou de 1.750 para 184.815 respectivamente³⁴.

Ao relacionar estes dados do PSE com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde, identifica-se uma queda de 43,6% no total de nascimentos de crianças com mães até 19 anos entre 2013 e 2022, como observado na Figura 13.

34 No mesmo período, 2013 a 2023 há um acumulado de 1.152.417 atividades realizadas. Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauAtivColetiva.xhtml> Acesso em: 11 jul. 2024.

Figura 13 Total de nascimentos vivos de mães até 19 anos, Brasil

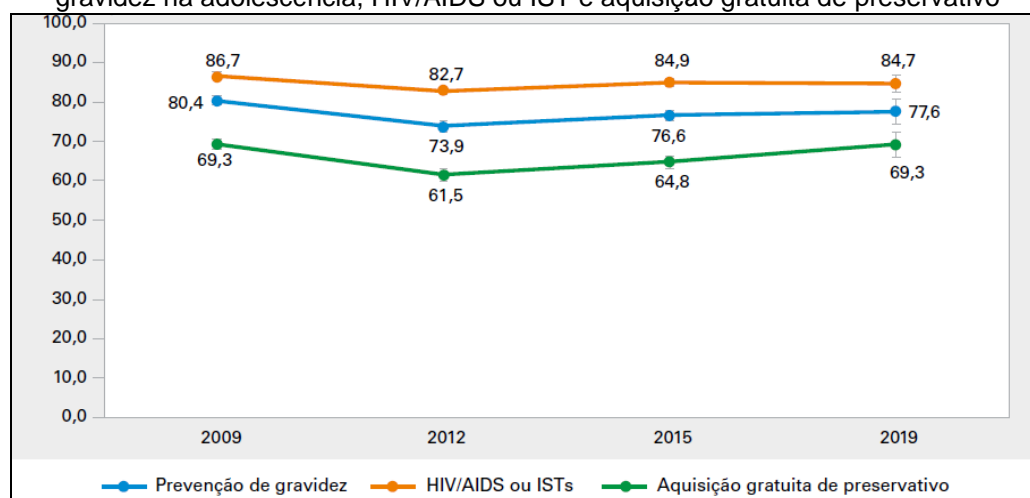


Fonte: Ministério da Saúde, 2024b.

Da mesma maneira que não é possível afirmar que há falhas nas ações do PSE sobre a Dengue, o que permitiria ajudar a explicar o aumento na quantidade de casos, também não há dados ou estudos disponíveis que possam estabelecer uma relação direta entre as ações do PSE sobre saúde sexual e reprodutiva e a queda no índice de gravidez na adolescência, entretanto, é possível supor que o PSE possa ter colaborado.

Colaboram ainda com estes dados, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PeNSE/IBGE) que mostrou que entre 2009 e 2019 se manteve estável a quantidade de estudantes que receberam orientações sobre prevenção da gravidez, HIV/AIDS ou IST e distribuição gratuita de preservativos no 9º ano do ensino fundamental (IBGE, 2022), como apresentado na Figura 14. Porém, é importante considerar que a PeNSE/IBGE é realizada com estudantes de escolas públicas e privadas em todas as capitais estaduais e no Distrito Federal. Entre as escolas públicas, a PeNSE/IBGE não diferencia escolas aderidas ou não ao PSE.

Figura 14 Percentual de estudantes do 9º do ensino fundamental que receberam orientações sobre gravidez na adolescência, HIV/AIDS ou IST e aquisição gratuita de preservativo



Fonte: IBGE, 2022, p. 144.

Diante dos dois exemplos apresentados, estaria o PSE cumprindo sua função social? Esta o PSE colaborando com a formação e reduzindo a vulnerabilidade dos estudantes ou promovendo uma semiformação?

Para Adorno (2023, p. 9), “formação nada mais é que a cultura tomada pelo lado de sua apropriação subjetiva. Porém, a cultura tem um duplo caráter: remete a sociedade e intermedeia esta e a semiformação”. Para o autor, a formação cultural dos indivíduos lhes foi negada pela burguesia, sendo destinado às camadas populares um conteúdo adaptado que possa ser absorvido, para que, assim, o indivíduo se sinta integrado a sociedade. Um conhecimento pela “metade”, mas que pareça ser sua totalidade ou apenas suficiente para a manutenção da sociedade capitalista como se apresenta, atualmente.

Considerando o PSE, a estrutura de organização e funcionamento das unidades de saúde e das escolas, trabalhar as 13 ações do Programa exige uma organização e atuação intersetorial não identificada nesta pesquisa, bem como na literatura atualmente disponível. Assim, pode-se considerar que o PSE colabora na manutenção desta semiformação dos estudantes.

A semiformação promovida pelo PSE, que “*a priori*” é fundamentada de maneira intersetorial, na prática, é executada apenas pelo serviço de saúde, como já demonstrado, deixando de se utilizar da expertise da educação nas ações realizadas, seja pela manutenção do poder do serviço de saúde sobre o Programa, seja pela adaptação e conformação da educação de receber uma proposta de

formação já definida. Uma definição de formação apriorística, voltada à adaptação e à conformação que colabora na perpetuação da dominação social (Adorno, 2023).

Esta semiformação, presente na estrutura do Programa dificulta a análise do cumprimento de sua função social, uma vez que faltam dados que permitam verificar sua efetividade no cuidado com a saúde dos estudantes, pois as informações disponibilizadas nas Notas Técnicas do Ministério da Saúde, são capazes de apresentar de maneira muito clara o alcance do Programa, como a quantidade de municípios aderidos e a quantidade de atividades realizadas para cada uma das 13 ações, mas são falhas ao não mensurar ou estabelecer relações entre as atividades desenvolvidas com os estudantes e a melhora dos indicadores de saúde desta faixa etária ou ao impacto das ações na população em geral.

A semiformação do PSE, também se apresenta pela maneira como o Ministério da Saúde define as ações prioritárias a serem realizadas, sendo as mesmas em todo o país, não respeitando as regionalidades, se o município é capital de estado, de região metropolitana, interior, região litorânea ou ribeirinha, o que não respeita as características e necessidades epidemiológicas de cada localidade. Assim, o fato de o PSE tem as mesmas metas em todo o país, se por um lado, democratiza o acesso à informação em saúde padronizada aos estudantes, por outro, se mostra autoritário, ineficiente e ineficaz em sua forma de atuação e possíveis resultados. Poderia o PSE, mesmo tendo uma quantidade de ações obrigatórias a serem realizadas, permitir que cada município, de acordo com suas características e perfil epidemiológico escolhesse quais das 13 ações deveriam ser consideradas como obrigatórias, atendendo assim, as necessidades locais de saúde dos estudantes.

Porém, a decisão monocrática do Ministério da Saúde sem considerar o perfil epidemiológico de cada território, bem como seus atores locais, deixa o PSE no limbo de uma gestão gerencialista (Lima; Gondin, 2017) e societal (Paula, 2005) ao mesmo tempo.

Gerencialista, quando se observa a imposição das ações obrigatórias pelo Ministério da Saúde a todos os municípios, uso exclusivo das verbas pela SMS, atuação quase que exclusiva dos profissionais de saúde no planejamento e execução das ações do Programa e resultados divulgados através de Notas Técnicas que priorizam uma abordagem quantitativa das ações realizadas. Societal,

quando o PSE prevê a atuação intersetorial entre os Ministérios e Secretarias de Educação e de Saúde em toda sua legislação e documentação, e especialmente, o diálogo entre os servidores de educação, de saúde e a comunidade local para o pleno desenvolvimento do Programa, além da própria atuação dos Grupos de Trabalho Intersectorial (GTI).

Assim, permite se afirmar que o Ministério da Saúde reflete uma falta de originalidade, a mesma falha presente na produção cultural de massa que gera reprodução de conteúdos que não fomentam o pensamento crítico e, por isso, também não refletem uma adesão consciente a qualquer processo. Daí, mais uma vez, se observa sua característica semiformativa e, como tal, falsa no alcance dos objetivos políticos a que se propõe (Horkheimer; Adorno, 2002).

Esta atuação do Ministério da Saúde, remete ao conceito de indústria cultural, que conforme apresentado por Horkheimer e Adorno (2002), democratizou o acesso à informação, mas submeteu os sujeitos de maneira autoritária aos mesmos conteúdos, uma indústria que busca padronizar consumidores, semelhante a atuação do PSE, ao padronizar a promoção e prevenção à saúde dos estudantes em todo o país, o que representa uma abordagem tecnicista nas práticas de saúde escolar, não respeitando as especificidades de cada território, sequer do ponto de vista epidemiológico.

Também, da mesma maneira que a indústria cultural busca reduzir o consumidor a mero material estatístico, estratificando-os e os dividindo geograficamente e em grupos (Horkheimer; Adorno, 2002), o resultado da ação do PSE é reduzido a uma prática gerencialista restrita a um conjunto de estatísticas das ações realizadas em cada localidade, sem aferir seu impacto social.

Pensar o PSE por meio do conceito de indústria cultural permite refletir sobre o quanto uma política assim proposta continuamente priva os seus destinatários daquilo que continuamente lhes promete: uma ampla formação cultural, que permita prevenir doenças e garantir o direito à vida. Pois, embora alguma coisa esteja sendo ofertada que se supõe agradar o gosto de qualquer indivíduo, este conteúdo não promove a emancipação do sujeito das amarras do capitalismo (Horkheimer; Adorno, 2002). Assim, faz o PSE ao prometer contribuir com a formação integral dos estudantes por meio de ações de prevenção e promoção à saúde, porém sem

cumprir o que promete, mesmo que para todo e qualquer estudante haja alguma ação do Programa que poderá beneficiá-lo.

Outro fator importante para se refletir sobre a função social do PSE, são os GTI. Antes, cabe lembrar que Adorno (1986, p. 66), afirma que “a existência social não gera, de modo imediato, consciência social”, ao se referir ao proletariado, de que ser um trabalhador fabril, necessariamente não dá a ele a consciência do papel social que ocupa na sociedade capitalista. Assim, o mesmo pode-se observar com os membros dos GTI, pois o fato de pertencer ao colegiado, seja representando a educação ou a saúde, necessariamente, não gera neste servidor, a consciência e a importância da função social que ocupa, para além de acompanhar (minimamente), o cumprimento das metas quantitativas do Programa para o repasse de verbas.

Os membros dos GTI, sejam eles servidores efetivos da educação, saúde ou outra pasta, ou ainda, ocupantes de cargos comissionados, acumulando ou não a função de membro do GTI com outras atribuições, precisam ter clareza e compreensão da função social que ocupam, pois, estes são os responsáveis por fazer com que se materialize nos municípios a união das duas maiores políticas sociais do país em benefício de milhares de estudantes, para isso, não basta apenas participar de reuniões quinzenais, mensais ou bimestrais, como observado nas respostas ao questionário desta pesquisa, é preciso se apropriar plenamente do Programa, desde as orientações do Ministério da Saúde até a realização das ações junto à comunidade escolar, assim como estar atento e colaborar na aferição de seus benefícios.

Faz-se necessário que os membros dos GTI, busquem verificar e se certificar que o PSE esteja cumprindo com sua função social, esteja de fato gerando impacto na vida dos estudantes beneficiados e para a comunidade escolar, bem como envolvidos em todo o processo do Programa, o que pode ser dificultado pelo acúmulo e excesso de outras atividades para realizar além do PSE, ou ainda, pela falta de consciência do seu papel político e prático como compromisso social como servidor público e/ou como agente público em algum nível. Pois, da mesma maneira que os trabalhadores são apêndices da maquinaria na sociedade capitalista (Adorno, 1986), os membros dos GTI, são os apêndices do PSE, fundamentais para o seu pleno funcionamento e cumprimento de sua função social.

Assim, considera-se que em seus 17 anos, a política pública do PSE apresenta avanços, mas também mantém questões inalteradas em meio a alguns retrocessos. Avança, quando mobiliza quase 99% dos municípios na adesão na intenção de reduzir as vulnerabilidades dos estudantes da educação básica de escolas públicas, possuiu legislação específica, fortalece o caixa das SMS e leva a discussão da promoção e prevenção à saúde para dentro das escolas públicas, com financiamento específico para isso. Retrocede na falta de dados qualitativos, na avaliação da efetividade do Programa, na deficiência na articulação intersetorial e na falta de transparência da execução dos seus recursos financeiros.

Ainda, o PSE se mantém regredido como prática social ao não contar com o pleno envolvimento das Secretarias e até do Ministério da Educação na definição e rumos desta política pública e a falta de dados e análises por parte dos Ministérios e Secretarias da Educação e da Saúde sobre o quanto o Programa tem sido capaz colaborar na redução das vulnerabilidades dos estudantes da educação básica das escolas públicas, melhorar indicadores de saúde desta faixa etária, além de reduzir os custos com a saúde dos futuros e atuais jovens trabalhadores beneficiados pelas ações do Programa, em anos anteriores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em seus 17 anos de existência, o Programa Saúde na Escola (PSE) alcançou quase 99% dos municípios brasileiros, o que demonstra a importância desta política pública desenvolvida pelas duas maiores e mais importantes áreas de políticas sociais do Estado brasileiro, a educação e a saúde. O Programa nasce se aproveitando da ampla rede de recursos de infraestrutura e humanos previamente existentes na educação básica e na Atenção Primária à Saúde (APS), se mostrando uma relação desafiadora.

Para que seja efetivada, esta política pública intersetorial demanda a criação e a manutenção dos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI)-F, GTI-E e GTI-M, entretanto, alguns dos estados e capitais estaduais aqui pesquisados não disponibilizaram informações sobre os seus GTI, o que pode sinalizar a sua inexistência ou a falta de conhecimento pelos servidores que responderam as consultas realizadas. De toda forma, indica uma fragilidade do PSE naquela localidade, o que indica, talvez, a necessidade de maior apoio dos GTI-E ou do GTI-F.

Ficou muito claro que os membros dos GTI-M não possuem qualquer autonomia quanto a execução e acompanhamento da gestão financeira do Programa, o que contradiz todos os documentos normativos que se referem ao financiamento, em que o GTI-M deve acompanhar diretamente sua execução. Deveria os GTI-M terem a autonomia de aprovar ou não, a execução financeira do repasse do PSE. Ao mesmo tempo, a legislação que rege o Programa precisa esclarecer o uso dos recursos, e permitir inclusive a possibilidade de contratação de equipes específicas para as ações do Programa, mas que envolvessem de fato profissionais de educação e de saúde, em plena articulação com os serviços existentes nos territórios.

Cabe ao Ministério da Saúde e ao GTI-F, estabelecerem meios e estratégias para que os membros dos GTI-M, possam de fato, acompanhar a execução financeira do PSE, e que a informação sobre os recursos cheguem a todos os envolvidos com o Programa na ponta de suas ações, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas escolas parceiras, para que também pressionem pelo uso adequado destes recursos nas ações do PSE.

A ação intersetorial, um dos princípios do PSE representa o seu principal potencial e ao mesmo tempo, o seu maior desafio. Potencial, por ser um Programa com as duas maiores políticas sociais brasileiras, que possuem o maior contingente de profissionais e de estabelecimentos, os maiores orçamentos em qualquer ente federativo e a capacidade de estar sob diversos aspectos, diretamente envolvidos na vida dos cidadãos, no caso do PSE, os estudantes da educação básica. Os mesmos estudantes e a mesma comunidade atendida por uma unidade educacional é a mesma comunidade atendida pela UBS do território. Ou seja, educação e saúde compartilham o mesmo público, um enorme potencial para a ação intersetorial.

Ao mesmo tempo, a ação intersetorial é um grande desafio pois, tanto a educação básica quanto a APS possuiu suas próprias agendas, seus tempos, prioridades e metas. Na educação básica, há falta de docentes, de profissionais de apoio, ausência de recursos para as práticas de promoção à saúde e a alegação por parte de alguns professores de que não se sentem confortáveis para abordar os temas da “área da saúde”, delegando esta tarefa exclusivamente aos profissionais de saúde. Já os profissionais de saúde, sofrem com a ausência de equipes completas, elevada demanda de atendimento assistencial, metas de produção, operacionalização de campanhas definidas nos âmbitos federal, estadual e municipal, o que dificulta a organização e a realização de ações de promoção e prevenção à saúde, inclusive as do PSE. Assim, o “sucesso” das ações do Programa depende, em alguns casos, exclusivamente das relações pessoais entre os gestores dos equipamentos de educação e de saúde nos microterritórios onde ocorrem.

Assim, considera-se que as hipóteses inicialmente apresentadas nesta pesquisa: H1 – Os GTI colaboram para que o PSE traga mudanças efetivas na saúde dos estudantes beneficiados por suas ações; e H2 – Os GTI colaboram para que o PSE cumpra sua função social de reduzir as vulnerabilidades dos estudantes da rede pública de ensino – não puderam ser confirmadas.

Não há elementos ou dados disponíveis no momento que comprovem que as ações do PSE estejam colaborando na melhora dos indicadores de saúde dos estudantes, fato que também não foi expresso pelos membros dos GTI que colaboraram com esta pesquisa, assim, ficam dúvidas se o PSE, enquanto política

pública de Estado esteja conseguindo cumprir sua função social e reduzir as vulnerabilidades dos estudantes.

Com algumas exceções, cenários diferentes podem ser observados nos microterritórios, onde as relações pessoais entre os profissionais de educação e de saúde, mobilizam ações intersetoriais que resultam em cuidado com a saúde dos estudantes e aprendizagem significativa. Ao contrário do viés tecnicista, observado nas ações e práticas do Programa como um todo.

Para que o PSE seja de fato um trunfo na saúde dos estudantes, Ministério da Saúde e da Educação, precisam acompanhar com maior proximidade os GTI, identificando os entes federativos que não os possuem, e normatizando e incentivando a participação juvenil e da comunidade escolar neste colegiado.

O Ministério da Educação (MEC) precisa se impor e estar envolvido em todos os tempos, espaços e decisões sobre o PSE, afinal de contas o Programa é intersetorial. Uma atuação mais direta do MEC no PSE, pode reverberar na maior participação das escolas em todo o processo, inclusive na escolha para participar do Programa ou não, decisão normalmente tomada pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), por vezes, sem consulta as escolas e aos próprios GTI-M e GTI-E.

O PSE é parte de uma luta política, uma luta que pretende eliminar as vulnerabilidades dos estudantes da educação básica, por meio de ações de promoção e prevenção à saúde, mas que ainda não apresenta indicadores de que tenha alcançado ou esteja a caminho de alcançar este objetivo. Hoje, uma luta executada pelo setor saúde. Estaria a educação disposta a enfrentar esta luta política? A função da escola de desenvolver o estudante assegurando-lhe a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e meios para progredir no mercado de trabalho e em estudos posteriores, teria espaço para o PSE neste contexto?

Assim, o PSE, esta política pública de sucesso presente em quase 99% das cidades brasileiras, incluindo 100% das capitais estaduais, pode se afirmar que atualmente é um programa da saúde e mantido pela saúde, visto a presença periférica da educação em todo o seu processo, inclusive na atuação dos GTI.

O PSE ainda não foi capaz de apresentar resultados empíricos de que, de fato, venha reduzindo as vulnerabilidades dos estudantes da educação básica, cumprindo assim sua função social, mas, ainda assim, cumpre um importante papel

no cuidado com a saúde dos estudantes. As atividades do “pessoal do postinho de saúde”, como são conhecidas nas escolas, precisam ser identificadas como as ações do Programa Saúde na Escola, uma política pública federal de saúde escolar que muito tem a contribuir com o desenvolvimento dos estudantes, caso haja o envolvimento correto dos dois setores, e melhor ainda se houver a colaboração dos estudantes e da comunidade em seu processo.

Assim, entende-se e recomenda-se que novos estudos são necessários para buscar compreender para além do quão efetivo é o PSE na saúde dos estudantes, mas também como os GTI atuam e devem atuar, para que o Programa possa se beneficiar de um arranjo que invista na operacionalização intersetorial com aportes, especialmente de recursos humanos e financeiros equânimes dos dois setores, para que o PSE não seja um “feudo” da saúde ou da educação que já possuem suas ações carimbadas. O PSE não deve ser operacionalizado em uma lógica de Educação OU Saúde, mas sim como Educação E Saúde.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, Theodor Ludwig Wiesengrund. Capitalismo tardio ou sociedade industrial. *In*: COHN, Gabriel (ORG.). **Theodor W. Adorno: sociologia**. São Paulo: Ática, 1986, p. 62-75.
- ADORNO, Theodor Ludwig Wiesengrund. **Palavras e sinais: modelos críticos 2**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- ADORNO, Theodor Ludwig Wiesengrund. Teoria da semiformação. *In*: PUCCI, Bruno; ZUIN, Antônio A. S.; LASTÓRIA, Luiz A. Calmon Nabuco (ORG.). **Teoria crítica e inconformismo: novas perspectivas de pesquisa**. Campinas: Editores Associados, 2023, p. 7-40.
- ADORNO, Theodor Ludwig Wiesengrund. **Educação e Emancipação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2024.
- ADORNO, Theodor Ludwig Wiesengrund; HORKHEIMER, Max. **Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos 1947**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS) – breve história da política de saúde no Brasil. *In*: AGUIAR, Zenaide Neto (ORG.). **SUS Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015, p. 15-40.
- AKERMAN, M. **8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde: Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas**. 2013. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/363107/mod_folder/content/0/HELSINQUE.pdf?forcedownload=1>. Acesso em: 16 set. 2022.
- AMAPÁ. **Plano Estadual de Educação do Amapá 2015/2025**. Secretaria Estadual de Educação, 2015. Disponível em: <<https://mpap.mp.br/?view=article&id=6686:lei-ap-1907-2015-anexo&catid=16>>. Acesso em: 28 set. 2022.
- BANGKOK. **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**. 2005. Disponível em: <https://www.iasaude.pt/attachments/article/66/Carta_de_BangKoK-2005.pdf>. Acesso em: 16 set. 2022.
- BARONI, Juliane Gonçallo; SILVA, Carla Cilene Baptista da. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, n. 46, Supl.3, p. 103-115, 2022.
- BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. 2007.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e

municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. 2017.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. 2013a.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Manual instrutivo do Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno do gestor do Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUENO, Denise Ribeiro. KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda. A participação juvenil no Programa Saúde na Escola (PSE): uma reflexão sobre o papel da gestão federal. **Saúde em Debate**, n. 46, Supl.3, p. 29-44, 2022.

BUNDY, Donald. *et al.*. School-Based health and nutrition programs. In: JAMISON, Dean. *et al.* (Ogs). **Disease control priorities in developing countries**. New York: World Bank Group and Oxford University Press, 2006. p. 1091–1108.

BUNDY, Donald. **Rethinking School Health: a key component of education for all**. Washington DC: The World Bank, 2011.

CAMARGO, Erika Barbosa; ELIAS, Flávia Tavares Silva; NASCIMENTO, Luciana Garritano Barone do; KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda; VIEIRA, Maria Edna Moura; OLIVEIRA, Marta Azevedo Klumb; ARAÚJO, Rimena Gláucia Dias de; ARAÚJO, Samia Kelle de; ALVES-HOPF, Simone. Efetividade de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças na escola: revisão de escopo. *In*: KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda. **Pesquisa nacional de avaliação da gestão intersectorial do Programa Saúde na Escola (PSE) 2021 - 2022: estudo de avaliabilidade**. Brasília: Fiocruz, 2023, p. 195-224.

CARVALHO, Fábio Fortunato Brasil de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1207–1227, 2015.

CASTRO, Ana Luiza Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *In*: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; *et al.* (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos práticos e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 73–93.

COSTA, Maria José Franco Ferreira da; SHENA, Denilson Roberto; SCHMIDT, Maria Auxiliadora. **I Conferência Nacional de Educação 1927**. Brasília: INEP, 1997.

EBENEZER, Roshini; NANNYNONJO, Herrie. **SABER - School Health: preliminary assessment of school health policies in the caribbean community**. Washington DC: The World Bank, 2012.

FERNANDES, Lucas Agostinho; SHIMIZU, Helena Eri; PRADO NETO, Priscila Fernandes; CAVALCANTE, Fabiana Vieira Santos Azevedo; SILVA, Juliana Rezende Melo da; PARENTE, Raphael Câmara Medeiros. Trajetória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil. **Saúde em Debate**, n. 46, Supl.3, p. 13-28, 2022.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa; *et al.* Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3385–3398, 2012.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa; *et al.* Percepções de gestores locais sobre a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação**, v. 19, n. 56, p. 61–76, 2014.

FIGUEIREDO, Ireni Marilene Zago. Os projetos financiados pelo banco mundial para o ensino fundamental no Brasil. **Educação & Sociedade**, v. 30, n. 109, p. 1123–1138, 2009.

GOMES, Andreza Lagramanti; VIEGAS, Moacir Fernando. Organização do trabalho e formação dos trabalhadores numa microárea do Programa Saúde na Escola. **HOLOS**, v. 5, n. 7136, p. 1–15, 2019.

GONÇALVES, Paloma Dantas Silva; FERREIRA, Suiane Costa; ROSSI, Thaís Regis Aranha. Uma análise do processo de trabalho dos profissionais da saúde e da educação no PSE. **Saúde em Debate**, n. 46, Supl.3, p. 87-102, 2022.

HORKHEIMER, Max; ADORNO, Theodor Ludwig Wiesengrund. A indústria cultural: o iluminismo como mistificação de massas. *In*: LIMA, Luiz Costa. **Teoria da cultura de massa**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 169-214.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: análise de indicadores comparáveis dos escolares do 9º ano do ensino fundamental municípios das capitais: 2009/2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

JOMTIEN. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos (Conferência de Jomtien – 1990): Aprovada pela Conferência Mundial sobre Educação para Todos, em Jomtien, Tailândia, de 5 a 9 de março de 1990**. UNICEF, 1990. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-mundial-sobre-educacao-para-todos-conferencia-de-jomtien-1990>>. Acesso em: 16 set. 2022.

KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda. **Pesquisa nacional de avaliação da gestão intersectorial do Programa Saúde na Escola (PSE) 2021 - 2022: estudo de avaliabilidade**. Brasília: Fiocruz, 2023.

KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda; CAIXETA, Izabela Amaral.; ROCHA, Fernando Gomes da. O olhar de cada um: elementos sobre a construção cotidiana do Programa Saúde na Escola no DF. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 213–232, 2015.

LIMA, Gerson Zanetta. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

LIMA, Iana Gomes; GANDIN, Luís Armando. Gerencialismo e dispersão de poder na relação Estado-educação: as traduções e os hibridismos do caso brasileiro. **RBPAE**, n. 3, v. 33, p. 729-749, 2017.

MAINARDES, Jefferson. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educação & Sociedade**, v. 27, n. 94, p. 47–69, 2006.

MAINARDES, Jefferson. A abordagem do ciclo de políticas: explorando alguns desafios da sua utilização no campo da política educacional. **Jornal de Políticas Educacionais**, v. 12, n. 16, p. 1–19, 2018.

MAINARDES, Jefferson; MARCONDES, Maria Inês. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. **Educação & Sociedade**, v. 30, n. 106, p. 303–318, 2009.

MARCUSE, Herbert. **A ideologia da sociedade industrial: o homem unidimensional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

MARCUSE, Herbert. **Eros e civilização: uma interpretação filosófica do pensamento de Freud**. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

MARCUSE, Herbert; NEUMANN, Franz. Teorias da mudança social. *In*: MARCUSE, Herbert. **Tecnologia, guerra e fascismo**. São Paulo: Fundação Editora UNESP, 1999, p.153-191.

MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana Martins; PINTO, Ione Carvalho. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 233–241, 2001.

MEC. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Conferência Nacional de Educação Básica 2008: documento final**. Brasília: Ministério da Educação, 2008.

MEC. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Conferência Nacional de Educação 2010**. Brasília: Ministério da Educação, 2010.

MEC. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Conferência Nacional de Educação 2014: o PNE na articulação do Sistema Nacional de Educação**. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

MEC. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Conferência Nacional de Educação 2018: Documento Base - Relatório Final**. Brasília: Ministério da Educação, 2018.

MEC. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Temas contemporâneos transversais na BNCC: contexto histórico e pressupostos pedagógicos**. Brasília: Ministério da Educação, 2019.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. A dimensão do financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no contexto do SUS. *In*: SOUSA, Maria Fátima de; FRANCO, Marcos da Silveira; MENDONÇA, Ana Valéria Machado (Org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Editora Saberes, 2014. p. 458–517.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde 1941**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **4ª Conferência Nacional de Saúde: Recursos Humanos para as Atividades de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1967.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **IX Conferência Nacional de Saúde: municipalização é o caminho**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **10ª Conferência Nacional de Saúde 1996**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado - 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **12ª Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sérgio Arouca: Saúde um direito de todos e um dever do estado. A saúde que temos, o SUS que queremos - 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento - 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro - 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **15ª Conferência Nacional de Saúde 2015: Resolução nº 507, de 16 de março de 2016**. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Reso507.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **16ª Conferência Nacional de Saúde: Democracia e Saúde 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno do Gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **17ª Conferência Nacional de Saúde**: Relatório consolidado: versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/17cns/Relatorio_Consolidado_da_17_CNSvpreliminar.pdf Acesso em: 01 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dengue - Notificações Registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Brasil**. 2024a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/denguebbr.def> Acesso em: 20 jun. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. 2024b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 20 jun. 2024.

OLIVEIRA, Fernanda Piana Santos Lima de; VARGAS, Andrea Maria Duarte; HARTZ, Zulmira; DIAS, Sônia; FERREIRA, Efigênia Ferreira 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**, n. 46, Supl.3, p. 72-86, 2022.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Transformar cada escola em uma escola promotora de saúde: padrões e indicadores globais**. Washington DC: OPAS, 2022.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **53º Conselho Diretor: 66ª Sessão do Comitê da OMS para as Américas**. OPAS. OMS, 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD53-FR-p.pdf>. Acesso em: 16 set. 2022.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **57º Conselho Diretor: 71ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas: Estratégia e plano de ação para a promoção da saúde no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2019-2030**. OPAS. OMS, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51618/CD57-10-p.pdf>. Acesso em: 16 set. 2022.

PADRÃO, Maria Regina Araújo de Vasconcelos; SILVA, Gisele de Jesus; SILVA, Douglas Fernandes da. Anexo 1: Caderno de inventário e documentos PSE. In: KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda (org). **Pesquisa nacional de avaliação da gestão intersectorial do Programa Saúde na Escola (PSE) 2021 - 2022**: estudo de avaliabilidade. Brasília: Fiocruz, 2023, p. 127-176.

PAULA, Ana Paula Paes de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **RAE**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005.

PENTEADO, Regina Zanella.; CHUN, Regina Yo Shon; SILVA, Reginalice Cera da. Do Higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal. **Distúrbios da Comunicação**, v. 17, n. 1, p. 9–17, 2005.

PINTO, Alexandro Rodrigues. O Programa Saúde na Escola e as ações de educação em saúde, uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. In: KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda (org.). **Pesquisa nacional de avaliação da gestão intersetorial do Programa Saúde na Escola (PSE) 2021 - 2022**: estudo de avaliabilidade. Brasília: Fiocruz, 2023, p. 225-237.

RIO DE JANEIRO. **Plano Municipal de Educação do Rio de Janeiro. Ofício GP nº 53/CMRJ em 28 de maio de 2018**. 2018. Disponível em: <http://www.mprj.mp.br/documents/20184/174657/riodejaneiro_lei6362_18_planomunicipaldeeducacao.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

RIO DE JANEIRO. **Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro 2020-2023**. Rio de Janeiro: Secretaria Estadual da Saúde, 2020.

RONDÔNIA. **Plano Estadual de Educação de Rondônia 2014-2024**. Porto Velho: Secretaria Estadual de Educação, 2014.

SANTOS, Edson Manoel dos. **O olhar dos professores ao Programa Saúde na Escola: contribuições na perspectiva do ensino de ciências naturais**. Dissertação de Mestrado—São Paulo: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo, 2021.

SANTOS, Edson Manoel dos.; ADINOLFI, Valéria Trigueiro Santos. A saúde escolar do final do século XVIII ao programa saúde na escola, do paradigma do higienismo à saúde colectiva. **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias**, v. 20, n. 3, p. 381–395, 2021.

SANTOS, Edson Manoel dos.; ADINOLFI, Valéria Trigueiro Santos. O poder do jaleco branco: reflexões sobre o poder simbólico dos profissionais de saúde nas práticas de ensino. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 15, n. 3, p. 626–645, 2022a.

SANTOS, Edson Manoel dos.; ADINOLFI, Valéria Trigueiro Santos. O Programa Saúde na Escola e suas relações com a Base Nacional Comum Curricular. **Revista Reflexão e Ação**, v. 30, n. 1, p. 217–234, 2022b.

SÃO PAULO. **Anais do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar 1941**. São Paulo: Departamento de Educação, 1942.

SAÚDE EM DEBATE. Saúde em Debate: PSE 15 anos promovendo saúde na escola. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe3, p. 1–276, 2022.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

SEVERO, Fernanda. **Agenda Educação e Saúde: Programa Saúde na Escola**. Brasília: Programa Saúde na Escola, 2010.

SOUSA, Marta Caires de; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; MEDINA, Maria Guadalupe. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1781–1790, 2017.

UNESCO. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Educação para Todos: o compromisso de Dakar. Texto adotado pelo Fórum Mundial de Educação Dakar, Senegal, 26 a 28 de abril de 2000**. Brasília: UNESCO, CONSED, 2001.

UNESCO. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Fórum Mundial de Educação 2015. Declaração de Incheon: Educação 2030: rumo a uma educação de qualidade inclusiva e equitativa e à educação ao longo da vida para todos**. UNESCO, 2015. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000233137_por>. Acesso em: 16 set. 2022.

UNESCO. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto de cooperação técnica internacional entre o governo brasileiro e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO: Inovação para o fortalecimento da intersectorialidade entre educação e saúde para a promoção da saúde dos escolares**. UNESCO. Ministério da Saúde, 2018.

UNESCO. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Revisão 2 (Substantiva) do Projeto 914BRZ1066 - Inovação para o fortalecimento da intersectorialidade entre educação e saúde para a promoção da saúde dos escolares**. UNESCO. Ministério da Saúde, 2020.

WBG. WORLD BANK GROUP. **School health: Saúde escolar (Portuguese). Public Health at a Glance, HNP notes**. World Bank Group, 2004. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/369561468171563227/Saude-escolar>>. Acesso em: 06 jan. 2023.

WBG. WORLD BANK GROUP. **What matters most for school health and school feeding: a framework paper**. Washington DC: The World Bank, 2012.

WBG. WORLD BANK GROUP. **Education Global Practice: smarter education systems for brighter futures**. The World Bank, 2016. Disponível em: <worldbank.org/education>. Acesso em: 6 jan. 2023.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante, ao responder este questionário você concordará em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa intitulado “O GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA”, que tem como pesquisador responsável Edson Manoel dos Santos, doutorando sob orientação da Profa. Dra. Rosemary Roggero, do Programa de Pós-Graduação *Strictu sensu* em Educação – Doutorado em Educação da Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Ambos podem ser contatados a qualquer momento pelos e-mails: bioedsonm@uni9.edu.br – Edson Manoel dos Santos e rosemaryr@uni9.pro.br – Rosemary Roggero, para solucionarem quaisquer dúvidas quanto a pesquisa. Sua participação consistirá em voluntariamente responder ao questionário a seguir. Compreenda que este estudo possui finalidade de pesquisa, que os dados obtidos serão divulgados seguindo as diretrizes éticas da pesquisa, com a preservação do anonimato de todos os participantes, assegurando assim sua total privacidade. Os pesquisadores se comprometem a não divulgar nenhum dos dados do questionário que possam identificar os voluntários na Tese ou em qualquer outro material resultante desta pesquisa. O(a) senhor(a) poderá abandonar a participação na pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo, bem como também não receberá nenhum pagamento por esta participação. Participar desta pesquisa não trará nenhum risco a sua saúde física, porém algum raro e eventual incomodo ou desconforto pode ser gerado por algumas perguntas, as quais poderão ser deixadas em branco. O resultado desta pesquisa não lhe trará benefícios diretos. Asseguramos que todas as comunicações científicas derivadas dessa pesquisa serão redigidas e apresentadas de forma a preservar sua identidade em sigilo, adotando códigos que impeçam a sua identificação. Após o término da pesquisa, os questionários e demais documentos serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores responsáveis por 5 anos, após este período eles serão deletados definitivamente de todos os programas e softwares nos quais tenham sido armazenados e suas versões impressas serão descaracterizadas e destinadas para a coleta seletiva de resíduos.

Edson Manoel dos Santos
Doutorando Pesquisador Responsável
bioedsonm@uni9.edu.br

Profa. Dra. Rosemary Roggero
Orientadora da Pesquisa
rosemaryr@uni9.pro.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho – UNINOVE
Rua: Vergueiro, nº 235/249 – 12º andar – Liberdade – São Paulo – SP CEP. 01504-001. Telefone: 3385-9010. E-mail: comitedeetica@uninove.br
Horários de atendimento do Comitê de Ética: segunda-feira a sexta-feira – das 11h30 às 13h00 e das 15h30 às 19h00

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa.

Concordo em participar ☐

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Pesquisador: Edson Manoel dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64770022.8.0000.5511

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.770.324

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2030113, de 01/11/2022).

Resumo:

No Brasil, a atual política pública de saúde escolar é realizada pelo Programa Saúde na Escola, uma parceria interministerial executada pelos Ministério da Educação e Ministério da Saúde com o envolvimento dos entes federativos. O Programa tem por objetivo aproximar as áreas de educação e saúde, buscando promover ações clínicas, de prevenção e promoção à saúde em unidades educacionais da rede pública de ensino em todo o território nacional. Com atuação intersetorial, o Programa tem em sua composição a organização dos Grupos de Trabalho Intersectorial em âmbito Federal, Estadual, Distrital e Municipal, com representantes dos ministérios e das secretarias de educação e de saúde, além de outras secretarias e atores, a depender de cada território, para colaborar na gestão do Programa. Sendo uma política pública nacional, se faz importante compreender como a saúde escolar é retratada em documentos de organismos internacionais que direcionam os caminhos da educação e da saúde no Brasil, identificar a maneira como é gerido o financiamento do Programa Saúde na Escola e

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9010

CEP: 01.504-001

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 5.770.324

como os dados oriundos do Programa são utilizados, especialmente pelos membros dos Grupos de Trabalho para ampliar o potencial de alcance desta política pública de Estado. Sendo assim, este projeto de pesquisa tem por objetivo

compreender como se dá a atuação dos Grupos de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola.

Levanta-se como hipótese que mesmo com uma diretriz federal quanto a organização e funções dos Grupos de Trabalho Intersetorial, que os mesmos apresentem maneiras distintas de organização, autonomia referente aos recursos financeiros, manejo e tratamento dos dados e ações do Programa, o que pode aumentar ou diminuir seu potencial de promoção e prevenção à saúde de estudantes das escolas públicas pactuadas. A identificação, telefone e e-mail institucionais dos membros dos Grupos de Trabalho serão obtidos através de consultas realizadas as secretarias de educação e de saúde de todos os estados, distrito federal e das capitais estaduais através do Sistema de Informação ao Cidadão, amparado na Lei de Acesso à Informação. Esta pesquisa de abordagem qualitativa exploratória será realizada através de um formulário eletrônico a ser enviado aos membros dos Grupos de Trabalho Intersetorial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como se dá a atuação dos Grupos de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Alguma(s) pergunta(s) do questionário poderá(ão) gerar algum desconforto, caso isso ocorra, o participante não precisará responder-la, deixando-a em branco.

Benefícios:

Não há benefícios diretos ao participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Versão do projeto: 2

Desenho do estudo:

É uma pesquisa de abordagem qualitativa considerada exploratória, que busca levantar informações sobre o Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola. Em seguida,

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9010

CEP: 01.504-001

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 5.770.324

será adotada a perspectiva da pesquisa explicativa. Serão convidados para responder ao questionário online da pesquisa aos membros dos Grupos de Trabalho Intersectorial do Programa Saúde na Escola de todos os estados brasileiros, distrito federal e das capitais estaduais.

Desfecho primário do estudo:

Compreender como se dá a atuação e a autonomia (ou não) dos Grupos de Trabalho Intersectorial do Programa Saúde na Escola.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação obrigatória:

Folha de rosto datada, assinada pelo diretor com carimbo do diretor - Adequado.

Projeto de pesquisa - Apresentado.

Pendências:

- No TCLE:

• ITEM 4 - PROCEDIMENTOS.

A informação fornecida se encontra muito sucinta. É importante a inclusão de informações que garantam ao participante da pesquisa - antes de responder as perguntas e para uma tomada de decisão - uma melhor compreensão sobre o teor do questionário, quais os tipos de questionamentos e tópicos que serão abordados. Sugere-se utilizar exemplos de perguntas.=> PENDÊNCIA ATENDIDA.

• ITENS 5 e 10. RISCOS ESPERADOS e GARANTIA DO SIGILO.

Por se tratar de pesquisa que será realizada em ambiente virtual, conforme ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, é necessário destacar, além dos riscos e benefícios relacionados com a participação na pesquisa, aqueles riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. Adicionalmente, devem ser informadas as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação.=> PENDÊNCIA ATENDIDA.

Recomendações:

Recomenda-se que seja incluído no item 4 do TCLE as siglas correspondentes ao Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI) do Programa Saúde na Escola (PSE), com o objetivo de esclarecimento

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.504-001

Telefone: (11)3385-9010

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 5.770.324

antecipado, já que em seguida as siglas são apresentadas. Assim, teríamos:

4. Procedimentos: Você está sendo convidado(a) para responder uma pesquisa sobre como se dá a sua participação e a sua percepção sobre a atuação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) do Programa Saúde na Escola (PSE).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador poderá dar início às coleta dos dados.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. De forma objetiva com justificativa para nova apreciação, os documentos alterados devem ser evidenciados para facilitar a nova análise.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 466/12 item X1. 2. f).

De acordo com a Res. CNS 466/12, X.3.b), o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio, e-mail ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2030113.pdf	10/11/2022 08:39:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	4_Projeto_Comite_de_Etica_Edson.pdf	10/11/2022 08:38:01	Edson Manoel dos Santos	Aceito

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9010

CEP: 01.504-001

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 5.770.324

Investigador	4_Projeto_Comite_de_Etica_Edson.pdf	10/11/2022 08:38:01	Edson Manoel dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE.pdf	10/11/2022 08:37:36	Edson Manoel dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Carimbada.pdf	01/11/2022 15:50:29	Edson Manoel dos Santos	Aceito
Outros	3_Esclarecimentos_CEP_UNINOVE.pdf	06/10/2022 12:22:47	Edson Manoel dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Novembro de 2022

Assinado por:
Maria Aparecida Dalboni
(Coordenador(a))

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.504-001

Telefone: (11)3385-9010

E-mail: comitedeetica@uninove.br

ANEXO 2 – Secretaria de Educação da Prefeitura Municipal de Vitória

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Secretaria de Educação

AUTORIZAÇÃO

Recebemos a solicitação de **EDSON MANOEL DOS SANTOS**, aluno do curso de Doutorado em Educação da Universidade Nove de Julho (São Paulo – SP) pleiteando a realização da pesquisa **O GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**, com o objetivo de compreender como se dá a atuação dos Grupos de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola.

Informamos ao pesquisador que o estudo poderá ser realizado com os diálogos necessários junto à Gerência de Formação e Desenvolvimento em Educação – 3135-1035, para orientações e encaminhamentos do link do formulário/questionário aos membros do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM).

Cabe ao solicitante disponibilizar termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos/às participantes da pesquisa recebendo assim, autorização para utilização dos dados que serão produzidos e analisados sob a ética da pesquisa científica.

O trabalho final deverá ser encaminhado em arquivo PDF à Gerência de Formação e Desenvolvimento da Educação (GFDE), por meio do e-mail: seme.gfde@edu.vitoria.es.gov.br. A apresentação dos resultados da pesquisa poderá ser solicitada pela SEME, ao pesquisador, a partir das demandas e necessidades de formação na área pesquisada.

As informações obtidas deverão ser utilizadas, exclusivamente, para a realização da pesquisa acima enfocada, sob o acompanhamento da GFDE.

Vitória-ES, 06 de dezembro de 2022

LUANA SANTOS
LEMONS:09813938706
38706

Assinado de forma digital
por LUANA SANTOS
LEMONS:09813938706
Dados: 2022.12.06
10:59:27 -03'00'

Luana Santos Lemos
Subsecretária de Gestão Pedagógica

O documento foi adicionado eletronicamente por LUANA SANTOS LEMOS, CPF: ***.39.387-** em 06/12/2022 10:59:57. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site <https://protocolo.vitoria.es.gov.br/validacao/> e utilize o código abaixo: 0F9A5231-060A-4AFC-9127-F9BAFDF20CD7

ANEXO 3 – Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

24/01/2023 17:22

SEI/ERJ - 44004942 - Despacho de Encaminhamento de Documento



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria Geral

CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA TÉCNICA SES/RJ
Fluxo baseado na Resolução SES/RJ nº 2.361/2021
Carta em concordância com a Carta nº 0212/CONEP/CNS/2010
Carta em concordância com a Resolução CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Superintendência de Atenção Primária à Saúde vem por meio desta declarar estar ciente e conceder anuência ao pesquisador **Edson Manoel dos Santos**, da instituição: “**Universidade Nove de Julho - UNINOVE**” para realização da pesquisa intitulada “**O Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola**” no âmbito da SES/RJ.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/2012.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo(s) Comitê(s) de Ética em Pesquisa responsável(is) por sua avaliação. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição.

Carina Pacheco Teixeira
Superintendência de Educação em Saúde
ID. Funcional 50005839

Halene Cristina Dias de Armada e Silva
Superintendência de Atenção Primária à Saúde
ID. Funcional 564118-7

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 2022



Documento assinado eletronicamente por **Carina Pacheco Teixeira, Superintendente**, em 19/12/2022, às 11:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **Halene Cristina Dias de Armada e Silva, Superintendente**, em 24/01/2023, às 16:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **44004942** e o código CRC **E58A34ED**.

Referência: Processo nº SEI-080001/028429/2022

SEI nº 44004942

Rua México, 128, - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-142
Telefone: - www.saude.rj.gov.br

ANEXO 4 – Gerência de Desenvolvimento e Educação Permanente da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro



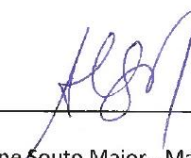
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SMAS

A Gerência de Desenvolvimento e Educação Permanente - GDEP autoriza a realização da pesquisa "O GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA", a ser desenvolvida por EDSON MANOEL DOS SANTOS para obtenção do título de Doutorado em Educação pela UNINOVE sob a orientação da Profa. Dra. Rosemary Roggero.

No âmbito da SMAS, a metodologia da pesquisa prevê a aplicação de questionário eletrônico com profissional representante da SMAS junto ao Programa Saúde na Escola, mediante o aceite do mesmo. O aceite da/o profissional será documentado em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentado pela pesquisadora.

Informamos ainda que o projeto conta com parecer favorável de Comitê de Ética em Pesquisa, que nos foi apresentada minuta com especificação da metodologia, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como que se constitui em campo de estudo de interesse desta Secretaria e segue os procedimentos éticos necessários e o responsável deverá fazer a devolução do produto final em formato digital para a Gerência de Desenvolvimento e Educação Permanente - GDEP para acervo da SMAS.

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2023.



Aline Souto Maior - Mat. 10/191283-1
Gerência de Desenvolvimento e Educação Permanente

ANEXO 5 – Gerência de Educação na Saúde de João Pessoa



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 17 de fevereiro de 2023

Processo Nº: 19.930 /2023

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **“O GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA”**, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **EDSON MANOEL DOS SANTOS**, sob orientação de **ROSEMARY ROGGERO**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE/ PSE**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Jeovana Stropp
Gerência da Educação na Saúde



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 17 de fevereiro de 2022

Processo nº 19.930/2023

Da: GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Para: ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE/ PSE

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** encaminha o(a) pesquisador(a) **EDSON MANOEL DOS SANTOS**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“O GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA”**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.

Jeovana Stropp
Gerência da Educação na Saúde

ANEXO 6 – Escola de Saúde Pública de Manaus



AUTORIZAÇÃO Nº 04/2023 – ESAP/SEMSA

Manaus, 17 de fevereiro de 2023.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaramos para os devidos fins que a Escola de Saúde Pública de Manaus – ESAP autoriza a realização no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA da seguinte pesquisa:

Título:	O Grupo de trabalho intersetorial do Programa Saúde na Escola		
Pesquisador(a) Responsável:	Edson Manoel dos Santos		
Orientador(a):	Rosemary Roggero	Instituição:	Universidade Nove de Julho - UNINOVE
Período da pesquisa de campo:	17/02/2023 a 30/06/2023	Local da pesquisa:	Núcleo do Programa Saúde na Escola
Nº do Parecer:	5.896.182	Comitê de Ética em Pesquisa:	Universidade Nove de Julho - UNINOVE
Atores envolvidos:	Membros do Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola		

(O)A Pesquisador(a) se compromete:


1. Apresentar cópia deste documento ao gestor do local de abrangência da pesquisa;
2. Garantir a não interferência no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
3. Desenvolver a pesquisa sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
4. Manter sigilo das informações e identificação dos sujeitos e cenários da pesquisa, sobretudo, quanto à divulgação em mídias sociais;
5. Assegurar que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
6. Fazer referência, nos agradecimentos, ao apoio prestado pela Secretaria Municipal de Saúde em todas as formas de divulgação, como nas publicações científicas e nos trabalhos apresentados em eventos de qualquer natureza e meio de comunicação;
7. Apresentar os resultados da pesquisa na Mostra de Pesquisa Científica da Secretaria, que ocorre anualmente no mês de dezembro, sob pena de inviabilizar a execução de novas pesquisas; bem como enviar o resumo do trabalho de pesquisa para os anais do referido evento.

Salientamos que esta autorização deferida pelo **Comitê Científico** é voluntária, podendo a qualquer momento serem solicitados esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada.

Priscilla Farias Naiff
Chefe do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação
NUPES/ESAP/SEMSA


Edson Manoel dos Santos
Pesquisador(a) Responsável


CPF


Local / Data

ANEXO 7 - Gerência de Formação Continuada da Secretaria Municipal de Educação de Florianópolis



SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAL DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA DE FORMAÇÃO CONTINUADA - GFC

OFÍCIO GFC 7 /2023

Florianópolis, 24/02/2023

Ilmo. Diretor (a)
Ana Paula Felipe
GEEP - Gerência de Educação Especial

ENCAMINHAMENTO: PESQUISA DE DOUTORADO

A Gerência de Formação Continuada, em consonância com as Portarias Municipais nº. 236/2020, encaminha o (a) pesquisador (a) **Edson Manoel dos Santos**, do **PPGE - Programa de Pós-Graduação em Educação**, da **UNINOVE - Universidade Nove de Julho**, com o objetivo de obter autorização para a realização da pesquisa de Doutorado intitulada: **O Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola na GEEP - Gerência de Educação Especial**, com previsão de desenvolvimento no período de: **2023**.

OBSERVAÇÃO: A pesquisa será através de questionário a ser respondidos por membros do GTI/SMEF

Caso a Unidade Educativa seja favorável à pesquisa, informamos que os seguintes procedimentos são imprescindíveis:

1. O pesquisador deve disponibilizar, na entrevista, carta de apresentação do professor orientador e projeto de pesquisa.
2. O desenvolvimento do projeto acontecerá com **o conhecimento e a anuência** dos profissionais da respectiva Unidade Educativa.
3. Toda e qualquer intervenção realizada pelo pesquisador deverá ser previamente discutida com os profissionais da referida Unidade Educativa.
4. Os registros, documentários, fotos, ilustrações e outros, quando envolverem aluno/criança ou pessoas da comunidade educativa, deverão ser precedidos de autorização por escrito, de pessoa capaz, com a interveniência do diretor da Unidade Educativa.
5. Em caso de necessidade de obtenção de dados já sistematizados pela SME (Central) ou Unidade Educativa, o pesquisador deverá solicitar com, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.
6. Dados, informações, referências ou depoimentos sobre a Secretaria Municipal de Educação deverão ser referenciados, conforme as normas da ABNT.

*Rua: Ferreira Lima, 82 - Centro de Educação Continuada - Centro - Florianópolis - SC. CEP 88015- 420
Telefone: (48) 32120922 – (48) 3209-0923/ gfc@sme.pmf.sc.gov.br*

7. Fica firmado o compromisso de retorno dos resultados à Unidade Educativa onde se desenvolveu a pesquisa e à Secretaria Municipal de Educação por meio de socialização dos dados em seminários, fóruns de debate, cursos de extensão, a critério do pesquisador, em acordo com a direção da Unidade Educativa ou SME (Central).

Agradecemos antecipadamente a sua parceria nesse processo de investigação, certos de que esta experiência será extremamente significativa, contribuindo com reflexões, proposições e indicadores que visem à qualidade da ação educativa da Rede Municipal de Ensino de Florianópolis.

Atenciosamente,

Ana Elisa de Moura Miclotto

Ana Elisa de Moura Miclotto

Assessora

Matrícula 13757-0

Assinatura do Pesquisador:

Edson Manoel dos Santos



**PREFEITURA DE
FLORIANÓPOLIS**
EDUCAÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAL DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA DE FORMAÇÃO CONTINUADA - GFC

AUTORIZAÇÃO 7/2023

AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DE DOUTORADO

Eu, **Ana Paula Felipe**, Diretor (a) da Unidade Educativa **GEEP - Gerência de Educação Especial**, autorizo a realização da Pesquisa de Doutorado intitulada **O Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola**, pleiteada pelo (a) pesquisador (a) **Edson Manoel dos Santos**, do **PPGE - Programa de Pós-Graduação em Educação**, da **UNINOVE - Universidade Nove de Julho**, no período **2023**.

OBSERVAÇÃO: A pesquisa será através de questionário a ser respondidos por membros do GTI/SMEF

Assinatura e carimbo do (a) Diretor (a):

Data: 10 / 04 / 2023

Ana Paula Felipe
Ana Paula Felipe
Gerente de Educação Especial
Secretaria Municipal de Educação - SME

OBS: É imprescindível a devolução desta autorização, via e-mail, Decreto N. 24.643/2023, à Gerência de Formação Continuada.

Anexo 8 – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Pesquisador: Edson Manoel dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64770022.8.3001.0086

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.038.650

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta de pendências.

Objetivo da Pesquisa:

X

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

X

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

X

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

X

Recomendações:

X

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi colocado benefício da pesquisa nas páginas 16 e 17 do projeto e no TCLE.

TCLE e cronograma readequados.

Carta convite inserida na plataforma.

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15

Bairro: Vila Olímpia

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 04.547-001

Telefone: (11)3846-4815

E-mail: cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 6.038.650

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc). Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas adicionais ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. Apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento. Manter o arquivo da pesquisa sob sua guarda, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, por 5 anos; justificar perante o CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, logo que o mesmo estiver concluído. Encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2089969.pdf	08/04/2023 17:56:28		Aceito
Outros	Carta_Convite.pdf	08/04/2023 17:55:52	Edson Manoel dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	6_Projeto_CEP_Sao_Paulo_Edson.pdf	08/04/2023 17:55:29	Edson Manoel dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	7_TCLE.pdf	08/04/2023 17:53:36	Edson Manoel dos Santos	Aceito
Outros	Compromisso_Pesquisador_com_SMS.pdf	07/02/2023 11:12:19	Edson Manoel dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	5_Projeto_CEP_Sao_Paulo_Edson.pdf	02/02/2023 20:03:51	Edson Manoel dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE.pdf	10/11/2022 08:37:36	Edson Manoel dos Santos	Aceito

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15

Bairro: Vila Olímpia

CEP: 04.547-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3846-4815

E-mail: cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 6.038.650

Outros	3_Esclarecimentos_CEP_UNINOVE.pdf	06/10/2022 12:22:47	Edson Manoel dos Santos	Aceito
--------	-----------------------------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 03 de Maio de 2023

Assinado por:
Doralice Severo da Cruz
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15

Bairro: Vila Olímpia

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 04.547-001

Telefone: (11)3846-4815

E-mail: cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br