

Trajatória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil

Trajectory of the 15 years of implementation of the School Health Program in Brazil

Lucas Agustinho Fernandes^{1,2}, Helena Eri Shimizu¹, Priscila Fernandes do Prado Neto², Fabiana Vieira Santos Azevedo Cavalcante², Juliana Rezende Melo da Silva², Raphael Câmara Medeiros Parente²

DOI: 10.1590/0103-11042022E301

RESUMO O objetivo deste estudo foi analisar a evolução da implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) ao longo dos 15 anos no Brasil. Utilizou-se a abordagem metodológica mista, envolvendo a combinação de análise documental e estudo ecológico com dados secundários de 2007 a 2021 registrados no processo histórico de implementação do PSE no Brasil. Observou-se que, nesses 15 anos, o PSE avançou não somente impactando expressivamente no percentual de municípios que aderiram ao Programa, mas também na sua estrutura e formatação, tendo o território como principal lócus do seu desenvolvimento e a articulação entre saúde e educação como a estratégia propulsora de arranjos locais. Ademais, o modelo de gestão intersetorial do PSE auxilia a articulação das redes de saúde e de educação de forma interfederativa. Portanto, esta análise histórica dá um panorama da saúde escolar no Brasil sob o prisma do PSE e prevê a perspectiva de aprimoramento necessária para a continuidade sustentável e qualificada do Programa.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde escolar. Colaboração intersetorial. Promoção da saúde. Atenção Primária à Saúde. Política pública.

ABSTRACT *The aim of this study is to analyze the evolution of the implementation of the School Health Program (PSE) over its 15 years in Brazil. A mixed methodological approach was used, involving a combination of document analysis and ecological study with secondary data from 2007 to 2021 recorded in the historical process of implementing the PSE in Brazil. It was observed that in these fifteen years the PSE has advanced not only significantly impacting the percentage of municipalities that joined the Program, but also in its structure and format, having the territory as the main locus of its development, and the articulation between health and education as the driving strategy of local arrangements. Furthermore, the PSE's intersectoral management model helps the articulation of health and education networks in an interfederative manner. Therefore, this historical analysis gives an overview of school health in Brazil from the perspective of the PSE and provides the perspective of improvement necessary for the sustainable and qualified continuity of the Program.*

KEYWORDS *School health services. Intersectoral collaboration. Health promotion. Primary Health Care. Public policy.*

¹Universidade de Brasília (UNB) - Brasília (DF), Brasil.
fernandeslucasenf@gmail.com

²Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A interlocução entre os setores saúde e educação é registrada no Brasil desde o século passado, evoluindo de modelos hegemônicos para modelos de saúde escolar mais participativos no final dos anos 1980, influenciada pela discussão global sobre promoção da saúde referendada na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986. Nesse mesmo período, no Brasil, a V III Conferência Nacional de Saúde, cunhada em um conceito de saúde condizente com o projeto ampliado de cidadania, solidificou o direito social da saúde e da educação garantido na Constituição Federal de 1988. Essa norma, por sua vez, é o grande marco regulamentário das políticas públicas nacionais para cada um desses setores, com previsão de políticas integradas, ou seja, que unem os esforços em prol de ambos os direitos sociais^{1,2}.

O sistema educacional pós-constituente de 1988 já contemplava a integração de diversos temas por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). Em 1997, destacaram-se os temas transversais. Nessa abordagem, prescrevia-se o tratamento transversal de temáticas que considerassem problemáticas sociais em relação a ética, saúde, meio ambiente, pluralidade cultural, orientação sexual, trabalho e consumo, de maneira a contemplá-las na escola em sua complexidade. Os PCN terminaram por fixar o tema saúde nos projetos políticos-pedagógicos das escolas e continuam presentes até os dias atuais em livros didáticos e orientações curriculares³. Já o Sistema Único de Saúde (SUS), lançado em 1990 com base na Constituição Federal de 1988 e na VIII Conferência Nacional de Saúde, traz a saúde em um conceito ampliado, elencando a educação como um de seus determinantes e condicionantes¹⁻³.

Algumas iniciativas de saúde escolar em nível nacional da época também favoreceram o diálogo dos setores, e dos Ministérios

da Saúde (MS) e da Educação (MEC), para a construção e consolidação dessa inter-setorialidade. Esse processo foi apoiado por organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), ao desenvolver a Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde em 1995, e ao aventar a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde em 1996⁴. A proposta das Escolas Promotoras de Saúde da OMS e suas iniciativas ajudaram a refletir sobre o modelo de saúde escolar adotado pelo Brasil e a valorizar as práticas existentes em cada localidade, refletindo, mais tarde, em novas parcerias, como o ‘Projeto Escolas’ entre 1994-1999, o ‘Salto para o Futuro’ de 1999 a 2000, o ‘Saúde e Prevenção nas Escolas’ de 2003 a 2006, e o ‘Programa Mais Educação’ de 2007 a 2016^{1,4,5}.

Vale evidenciar que esses esforços advinham da preocupação pela conquista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na região nas Américas, por isso, participaram também outras organizações, como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), entre outras, em diversas agendas voltadas para o público escolar^{4,5}.

Assim, na década de 2000, o solo estava preparado para a construção de uma proposta genuinamente brasileira de política pública para a saúde escolar, alicerçada nos direitos e na organização própria do Brasil, e com reconhecimento das práticas internacionais sobre o tema, refletido nas suas diretrizes. Portanto, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, foi formulado e estruturado de forma inter-setorial como resposta do governo federal a uma demanda internacional de promoção à saúde e prevenção de doenças de crianças, adolescentes e jovens em idade escolar, e com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica⁶.

No âmbito da saúde, o SUS representa essa garantia da assistência à saúde integral, cuja organização contempla serviços descentralizados e basilares como a Atenção Primária à Saúde (APS), tal qual na educação, a educação básica como segmento que representa o acesso descentralizado aos processos formativos de desenvolvimento pleno e preparo para o exercício da cidadania. Desse modo, o PSE olha para a escola pública como espaço social capaz de movimentar atores do território para um objetivo em comum: o pleno desenvolvimento do estudante. Nesse sentido, desde a sua instituição, em 2007, até os dias atuais, o PSE soma-se a diversos marcos dessa trajetória de responsabilidade pelo desenvolvimento integral do estudante brasileiro.

Considerando o avanço da saúde do escolar no Brasil, em especial, a partir da formalização do PSE, o objetivo deste estudo é analisar a evolução da implementação do Programa no Brasil em seus 15 anos de existência.

Material e métodos

Utilizou-se a abordagem metodológica mista, envolvendo a combinação de análise documental e o estudo ecológico de dados secundários dos sistemas de informação da APS de 2007 a 2021. Essa metodologia foi empregada para que se analisasse o percurso histórico do PSE no Brasil, perpassando pela descrição do processo de implantação e implementação do Programa ao longo dos 15 anos de existência, celebrados em 2022.

O *corpus* documental reuniu manuais, notas técnicas, orientações e atos normativos obtidos por meio da análise dos arquivos disponibilizados pelo Programa no MS e no MEC, bem como pela busca nos sistemas de registro de legislações. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática.

Realizou-se a análise descritiva dos dados das adesões ao Programa, quais sejam: número de municípios aderidos, de escolas e de estudantes pactuados, e totais de atividades

realizadas e participantes das ações do PSE. Essas informações foram obtidas por meio da plataforma e-Gestor APS, que congrega os registros constantes no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e demais sistemas da APS⁷.

Os dados sobre as atividades realizadas e participantes das ações do PSE compreendem as informações da Ficha de Atividade Coletiva de 2014 a 2021, cuja extração ocorreu em 22 de abril de 2022, de acordo com os métodos adotados no monitoramento do Programa⁹. Foram utilizados, no tratamento dos dados, os *softwares* Microsoft Excel® e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). Quanto aos procedimentos estatísticos, foi realizada a estatística descritiva das ações do PSE mediante o cálculo de frequências absolutas e relativas. A distribuição dos municípios aderidos foi realizada por intermédio do uso do aplicativo de georreferenciamento QGIS® versão 3.18.

Ressalta-se que, para as atividades e participantes das ações do PSE de 2008 a 2013, não foi possível extrair os dados dos sistemas de informação do MS e do MEC devido à ausência ou à falta de comparação de informações.

Resultados e discussão

A estrutura e a formatação do PSE têm o território como principal lócus do seu desenvolvimento, e a articulação entre saúde e educação como a estratégia propulsora de arranjos locais para garantir sua realização. Segue, assim, a mesma lógica de estruturação da APS, que tem como diretriz a territorialização, e como atribuição, realizar ações intersetoriais de educação em saúde, conforme a necessidade da população. Esse território vai além da demarcação geográfica e está em constante movimento, sendo produzido e compartilhado pelas redes sociais que o formam. Desse modo, o PSE instaurou essa noção de território compartilhado como o cerne das suas ações, uma vez que a demarcação de território, para as ações do setor saúde e para o setor educação, é

distinta. Para a educação, o território se reduz à escola, com autonomia dentro desse espaço. Já para a saúde, no âmbito da APS, o território se estrutura por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo cidadão, sendo sua organização e operacionalização no espaço geográfico pautadas pelo Pacto Federativo e por instrumentos normativos que asseguram os princípios e as diretrizes do SUS^{1,6,8}.

O modelo de gestão intersetorial do PSE propõe a articulação das redes de saúde e de educação de forma intra e interfederativa, baseado nesse olhar estratégico do território, em processos de cooperação em cada esfera administrativa e entre as três, a partir dos Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTI) federal, estadual e municipal, os quais se configuram como espaços de governança e atuam com autonomia para execução ajustada das propostas do Programa em consonância com as condições e demandas locais, sem prejuízo das identidades técnica e legal do PSE, tendo em vista a superação da fragmentação e a integração de ações entre os setores. Esse espaço de gestão compartilhada adveio da articulação regional e local das experiências de saúde na escola prévias ao PSE, cuja formação elencou representantes da saúde, da educação e da assistência social, e de demais setores locais que sejam necessários para a gestão integral, que permanece presente na coordenação do PSE até os dias atuais^{1,4,5}.

Na esfera federal, a coordenação do programa é compartilhada entre o MS e o MEC. Por isso, o decreto do PSE determinou a constituição de uma comissão interministerial em ato conjunto; e, portanto, houve a criação da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (Ciese), por meio da Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008, com a finalidade de estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola. Desse modo, esta substituiu a comissão de discussão ampliada sobre a criação de uma Política Nacional de

Educação em Saúde na Escola, criada em 2005, que contava com a participação de representantes do MS, do MEC e de diversas áreas e agências e fundações, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)^{6,9,10}.

Atualmente, a Ciese não está atuante como foi determinado em portaria, contudo, em substituição e em reconhecimento aos GTI, em nível federal, as reuniões são realizadas entre as áreas de gestão do PSE em cada ministério. No MS, a gestão do Programa encontra-se no Gabinete do Departamento de Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Depros/Saps/MS) – sendo que, anteriormente, já esteve ligada ao então Gabinete do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), à Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/Depros/Saps/MS) e à Coordenação-Geral de Promoção de Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI/Depros/Saps/MS). No MEC, o PSE esteve na Coordenação-Geral de Ações Educacionais Complementares (CGAEC) da Diretoria de Educação Integral, Direitos Humanos e Cidadania (Deidhuc), na então Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade (Secad), passando para a Coordenação-Geral de Educação Integral (CGEI) da Diretoria de Currículos e Educação Integral (DCEI), na Secretaria de Educação Básica (SEB)¹¹ – posteriormente, esteve na Diretoria de Políticas e Regulação da Educação Básica (DPR/SEB/MEC), e encontra-se atualmente na Diretoria de Políticas e Diretrizes da Educação Básica (DPD), especificamente na Coordenação-Geral de Gestão Estratégica da Educação Básica (Cogeb/DPD/SEB/MEC).

Em outro espaço mais amplo e mais técnico da gestão federal, tem-se a participação de representantes de diversas instituições e órgãos federais: o Coletivo Técnico do PSE. Esse Coletivo configura-se como espaço plural de discussão sobre materiais, resultados e produtos do Programa, reunindo áreas técnicas

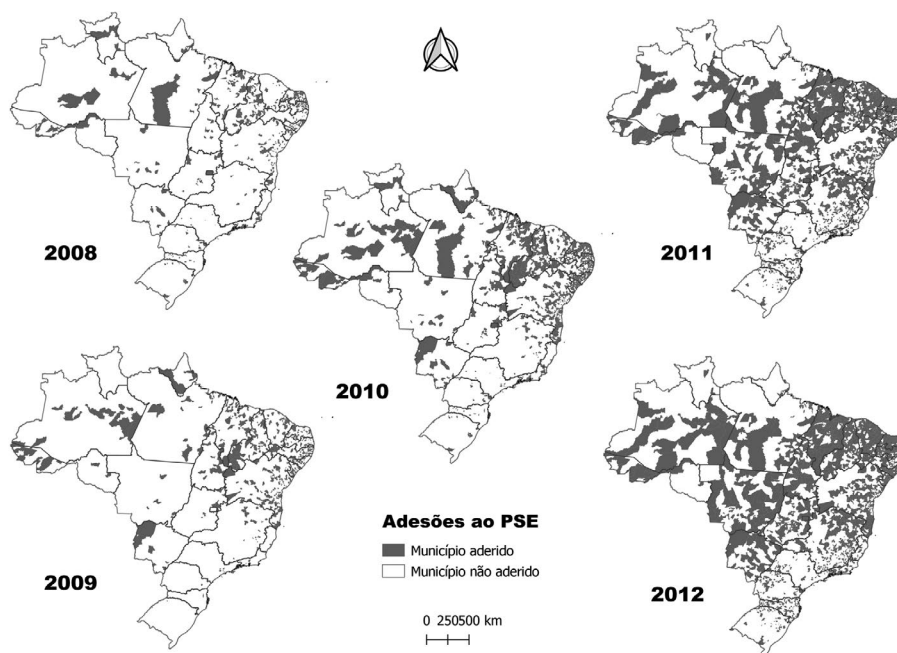
de diversas secretarias do MS, do MEC, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos e do Ministério da Cidadania, e demais instituições, como: Unesco, Opas/OMS, Unicef, Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), Instituto Nacional de Câncer (Inca), Fiocruz/Brasília, entre outras.

Dessa forma, o MS e o MEC compõem o GTI federal e têm a responsabilidade de gerir, incentivar e acompanhar a execução do PSE em âmbito nacional, de modo a ser um mobilizador nos estados e no Distrito Federal (DF) para a construção de espaços coletivos, para trocas e aprendizagens contínuas, no intuito de aumentar a capacidade de analisar e intervir nos processos de saúde e educação. O GTI estadual tem a responsabilidade de oferecer apoio institucional e mobilizar os municípios do seu território, já o GTI municipal apoia a implementação do PSE e possibilita a integração e o planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de APS¹⁰.

Adesão ao PSE

Desde o lançamento do PSE, o Programa é pactuado voluntariamente pelos municípios por meio de adesão realizada pelos Secretários Municipais de Saúde e de Educação, conforme regras de participação variadas definidas ao longo dos anos. Em 2008, o PSE foi implantado em um número reduzido de municípios que manifestaram a intenção de participar do Programa, segundo critérios que inicialmente tinham por base o perfil de vulnerabilidade dos estudantes da rede pública de ensino. Esses critérios foram gradativamente modificados e expandidos para o Programa compreender números maiores de municípios. Dessa forma, em 2008 cerca de 11% dos municípios brasileiros participavam do PSE, enquanto, em cinco anos, esse percentual chegou a 44,8% do País. A *figura 1* demonstra a distribuição dos municípios participantes do PSE ao longo dos anos, com concentração inicial predominante nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Figura 1. Distribuição espacial dos municípios aderidos ao PSE de 2008 a 2012. Brasil, 2022

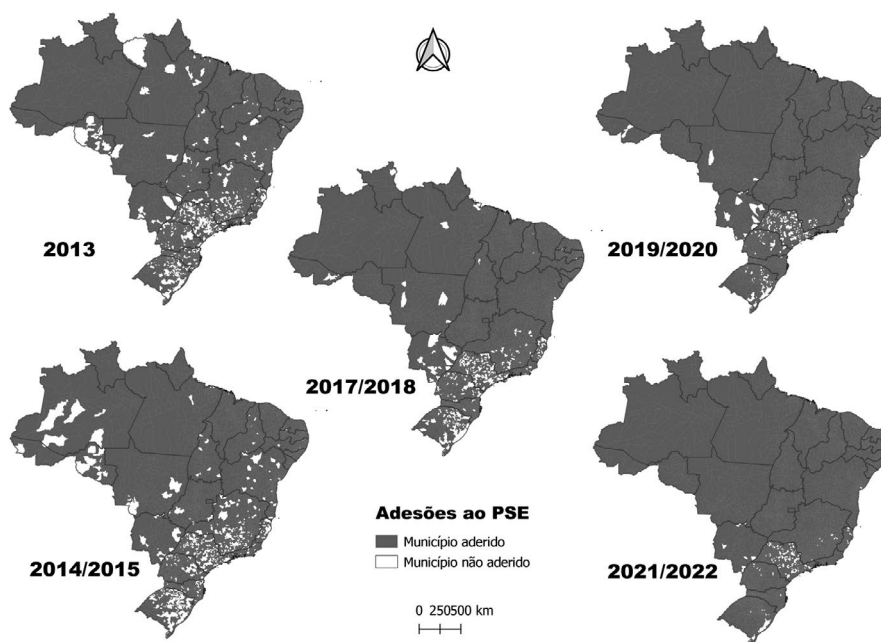


Fonte: elaboração própria.

Desde 2013, o PSE tem se capilarizado, ao permitir que todos os municípios brasileiros realizem a adesão ao Programa, fato que impactou expressivamente no percentual de municípios participantes. Essa ampliação reflete-se nas porcentagens de municípios brasileiros aderidos, a qual alcançou 87,3% do País em 2013 – e o aumento permaneceu nos biênios de 2014/2015, em que 85,9% aderiram; em 2017/2018, com 90,5% de municípios; e em 2021/2022, em que 97,3% do território

encontra-se aderido ao Programa. Já a *figura 2* demonstra o aumento da adesão nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, ao ponto de todos os municípios de determinados estados dessas regiões aderirem ao PSE, enquanto há municípios do Sudeste, principalmente no estado de São Paulo, que permanecem não aderidos. O número total de municípios e as características das adesões são descritas no *quadro 1*.

Figura 2. Distribuição espacial dos municípios aderidos ao PSE de 2013 a 2022. Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria.

A adesão ao PSE, em todo esse processo de 15 anos de implementação, envolve a seleção das escolas públicas da rede básica de ensino, do quantitativo de estudantes de todos os níveis de ensino e das equipes de saúde pactuadas. No princípio, era necessária a assinatura de um Termo de Adesão, posteriormente publicado no Diário Oficial, e a elaboração de um projeto municipal para realização das ações, que era

submetido aos órgãos colegiados de gestão para posterior validação do MS e do MEC.

Em 2011, o Termo de Adesão foi substituído pelo Termo de Compromisso Municipal, com o mesmo objetivo do anterior, contudo, nesse instrumento, as ações do programa passaram a ser divididas nos seguintes Componentes: Componente I – Avaliação Clínica Psicossocial (posteriormente, afirmado como Avaliação

das Condições de Saúde); Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos; e Componente III – Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Saúde e da Educação e Jovens (posteriormente nomeado apenas de Formação). A partir desse momento, não foi mais solicitado o envio de projeto de ação municipal às instâncias de gestão estadual e federal¹².

Os componentes retomavam um conflito entre os paradigmas da saúde escolar biomédica e os de promoção da saúde, especialmente pelo Componente I, que centrava o olhar para a saúde física dos estudantes ao avaliar a saúde bucal, ocular, auditiva, mental, verificação da situação vacinal, ou ainda a detecção precoce de hipertensão arterial. Por outro lado, o Componente II abordava a promoção de atividade física, alimentação saudável, prevenção de violências, bem como incorporava o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, que trabalhava a saúde sexual e reprodutiva e a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas¹¹. Em 2012, foi realizada uma oficina com a participação do GTI estadual e do Coletivo Técnico para alinhamento conceitual sobre os componentes do PSE e as ações a serem desenvolvidas em cada componente, tais como a mudança dos títulos dos componentes, a retirada da detecção da hipertensão do Componente I e a inclusão das ações de temas como promoção da cultura de paz e direitos humanos, saúde mental e saúde ambiental no Componente II^{10,13}.

Assim, em 2013, estabeleceu-se um elenco de ações essenciais do Programa, de pactuação obrigatória pelos municípios, com base nos

principais Planos e Projetos de Governo então vigentes: Plano Brasil sem Miséria – Ação Brasil Carinhoso; Programa Crack, é Possível vencer; Plano Juventude Viva; Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Projeto Olhar Brasil; Programa Brasil Sorridente; Linha de Cuidados para Prevenção e Tratamento do Sobrepeso e da Obesidade; Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos.

Nesse período, o Termo de Compromisso Municipal era disponibilizado anualmente, divulgado nos sítios oficiais para preenchimento pelo Grupo de Trabalho Intersetorial do município, dessa vez sem a exigência de passagem por órgãos colegiados. Já a partir de 2017, e até os dias atuais, a assinatura do Termo ocorre na plataforma e-Gestor APS, disponibilizado no período de adesão ao Programa, de modo bienal¹⁴.

Entre 2008 e 2012, os critérios de adesão eram baseados no Índice de Desenvolvimento Educacional Básico (Ideb); na cobertura de atendimento da Estratégia Saúde da Família (ESF); nos municípios que possuíam em seu território escolas participantes do Programa Mais Educação; e em escolas com mais de 50% de escolares beneficiários do Programa Bolsa Família. Ou seja, apenas os municípios que apresentavam esse perfil poderiam aderir ao PSE até 2012. A partir de 2013, o Programa permitiu que todos os municípios pudessem aderir, e os critérios passaram a ser relativos à adesão de, no mínimo, 50% de escolas consideradas prioritárias – com características específicas baseadas em aspectos de vulnerabilidade social (*quadro 1*).

Quadro 1. Critérios e características de adesão ao PSE de 2008 a 2021. Brasil, 2022

Adesões*	Critérios de adesão	Municípios aderidos	Escolas pactuadas	Estudantes pactuados	Equipes de saúde pactuadas**	Portarias de referência da adesão	Demais portarias do PSE publicadas
2008	100% de cobertura da ESF, Ideb menor ou igual a 2,69, e municípios com escolas participantes do Programa Mais Educação	613	16.470	1.941.763	5.130	Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008; e Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008	Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008
2009	70% de cobertura da ESF e Ideb menor ou igual a 3,1	640	20.422	6.560.649	3.884	Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009	-
2010	70% de cobertura da ESF e Ideb menor ou igual a 4,5, e municípios com escolas participantes do Programa Mais Educação	1.253	36.892	8.502.412	9.014	Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010; e Portaria nº 3.918, de 10 de dezembro de 2010	Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010; Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010
2011	Programa Mais Educação	2.271	50.545	10.835.238	12.899	Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011; Portaria Interministerial nº 1.911, de 8 de agosto de 2011; e Portaria nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011	-
2012	70% de cobertura da ESF e Ideb menor ou igual a 4,5, municípios com escolas participantes do Programa Mais Educação, e municípios com escolas com mais de 50% de beneficiários do Programa Bolsa Família	2.495	56.157	11.946.778	14.237	Portaria nº 2.693, de 29 de novembro de 2012; e Portaria nº 298, de 28 de fevereiro de 2013	Portaria nº 357, de 1º de março de 2012; Portaria nº 524, de 26 de março de 2012
2013	Todos os municípios com 50% de escolas prioritárias	4.864	80.435	18.726.458	30.068	Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013; Portaria nº 2.608, de 31 de outubro de 2013; e Portaria nº 3.210, de 26 de dezembro de 2013	Portaria nº 364, de 08 de março de 2013; Portaria nº 1.302, de 28 de junho de 2013; Portaria nº 1.835, de 27 de agosto de 2013
2014/ 2015***		4.787	79.167	18.313.214	32.317	Portaria nº 1.067, de 23 de julho de 2015	Portaria nº 220, de 25 de março de 2014; Portaria nº 798, de 17 de junho de 2015; Portaria nº 1.260, de 27 de agosto de 2015; Portaria nº 1.337, de 8 de setembro de 2015
2016*	-	-	-	-	-	-	Portaria nº 2.744, de 16 de dezembro de 2016
2017/ 2018	A cada 2 anos, todos os municípios com 50% de escolas prioritárias	5.040	85.700	20.521.416	36.990	Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017; e Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017	Portaria nº 895, de 19 de junho de 2018; Portaria nº 3.662, de 14 de novembro de 2018

Quadro 1. (cont.)

Adesões*	Critérios de adesão	Municípios aderidos	Escolas pactuadas	Estudantes pactuados	Equipes de saúde pactuadas**	Portarias de referência da adesão	Demais portarias do PSE publicadas
2019/ 2020		5.289	91.659	22.425.160	-	Portaria nº 2.264, de 30 de agosto de 2019	Portaria nº 564, de 8 de julho de 2020; Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020; Portaria nº 2.027, de 7 de agosto de 2020; Portaria nº 2.141, de 14 de agosto de 2020; Portaria nº 2.306, de 28 de agosto de 2020
2021/ 2022		5.422	97.389	23.426.003	-	Portaria nº 1.320, de 22 de junho de 2021	Portaria Interministerial nº 5, de 4 de agosto de 2021

Fonte: elaboração própria.

*Em 2016, não houve adesão. **As equipes de Atenção Primária à Saúde eram vinculadas às escolas pactuadas no momento da adesão, porém, a partir de 2017, não há mais necessidade de vinculação. ***A adesão de 2014 foi mantida no ano de 2015.

Nas adesões de 2013 e 2014/2015, pelo menos 50% do total de estabelecimentos de educação selecionados para participar do Programa deveriam ter as seguintes características para serem considerados escolas prioritárias: creches públicas ou conveniadas; escolas do campo; escolas participantes do PSE no ano anterior; escolas participantes do Programa Mais Educação no ano anterior; escolas que tiveram, no ano anterior, adolescentes matriculados em cumprimento de medidas socioeducativas; escolas que tenham pelo menos 50% dos educandos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. A partir de 2017, esses critérios continuam vigentes para a adesão, exceto os critérios da pactuação prévia e participação do Programa Mais Educação. Esses critérios de vulnerabilidade, acrescidos do aumento da adesão dos municípios ao longo do tempo, permitiram a pactuação de mais de 97 mil escolas e 23 milhões de estudantes na adesão de 2021/2022, o maior resultado do período (*quadro 1*).

Incentivo de custeio do PSE

O incentivo financeiro para manutenção das ações do PSE integra o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, ou seja, deve ser utilizado para implementação e manutenção das ações de custeio do Programa, sendo vedada a utilização deste para aquisição de material permanente¹⁵. Esse recurso é repassado, em regra, anualmente pelo MS em parcela única, fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, sendo que, de 2008 a 2012, foi repassada uma parcela extra mensal para as equipes da APS que atuaram no PSE. Ademais, houve repasse de recurso também por parte do MEC, voltado para financiamento de materiais para a implementação do PSE.

A partir de 2011, o repasse foi estruturado de modo que 70% do valor total do recurso financeiro do PSE seria pago a partir da assinatura do Termo de Compromisso e os 30% restantes do valor total do recurso financeiro seriam pagos após o cumprimento de 70% das metas municipais pactuadas. Em 2012, com o início do processo de expansão do PSE, foram

estabelecidas faixas de repasse de recurso conforme quantidade de escolares, sendo que, de 1 a 200 estudantes, o valor de R\$ 1 mil anuais, acrescido dessa mesma quantia a cada intervalo. Já em 2013, o repasse da adesão foi realizado em 30% do valor correspondente a uma parcela extra do incentivo repassado para as equipes da APS, e os 70% restantes, mediante o cumprimento das metas municipais pactuadas. Além desses repasses referentes à adesão e ao monitoramento, era previsto repasse referente à realização das atividades da Semana Saúde na Escola, sendo, em 2013, repassado o valor de cerca de R\$ 558,30 por ESF participante.

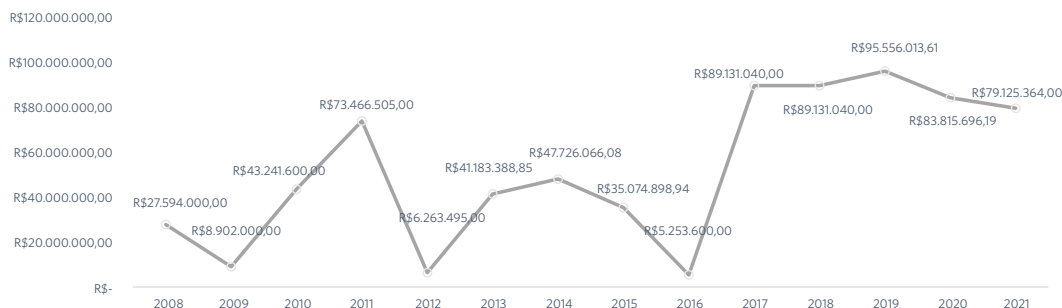
A Semana Saúde na Escola, instituída pela Portaria nº 357, de 1º de março de 2012, é uma mobilização da comunidade escolar a partir de um tema anual definido por MS e MEC, com o objetivo de chamar a atenção sobre a importância das boas práticas e condições de saúde para a melhoria do desenvolvimento dos estudantes. Foram previstos repasses financeiros entre os anos de 2012 e 2014 para os municípios que manifestassem interesse e informassem as ações realizadas em período definido, no sistema de monitoramento do PSE. Desde 2015, essa mobilização foi redefinida pela Portaria nº 798, de 17 de junho de 2015, passando a ser de livre iniciativa dos entes federados interessados em participar da mobilização, sem necessidade de prévia adesão^{7,10}.

A Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, que redefiniu a adesão ao PSE e

ampliou a adesão para todos os municípios brasileiros, também alterou os valores e a forma de repasse ao considerar o valor de R\$ 3 mil para o intervalo de 1 até 599 estudantes, e o acréscimo de R\$ 1 mil a cada intervalo de 1 até 199 que superasse 599 estudantes. Os recursos financeiros eram repassados no ato de adesão ao Programa, no percentual de 20% do valor anual pactuado, e os 80% restantes, repassados mediante o alcance de, pelo menos, 50% da meta pactuada. Assim, consolidaram-se a forma de repasse anual na adesão ao Programa e um segundo repasse referente ao cumprimento das metas, conforme monitoramento das ações¹³.

O atual incentivo financeiro está expresso na Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, cujo valor corresponde a R\$ 5.676,00 para o intervalo de 1 a 600 estudantes e o acréscimo de R\$ 1 mil a cada intervalo de 1 a 800 que supere 600 estudantes, repassado na adesão. Além disso, o repasse referente ao monitoramento condicionado ao cumprimento das metas monitoradas, tendo como base o mesmo valor repassado na adesão^{7,14}. O histórico de repasses até 2021 está representado no *gráfico 1*, que representa essa variação dos repasses, entre valores correspondentes à adesão e ao cumprimento das metas pactuadas. Atualmente esse montante corresponde a cerca de 89 milhões de reais anuais. Com isso, de 2008 a 2021, foram repassados aos municípios mais de R\$ 725 milhões de recurso ordinário do PSE.

Gráfico 1. Histórico de repasses anuais do PSE de 2008 a 2021. Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria.

Repasses extraordinários podem ocorrer como descrito na Portaria Interministerial nº 1.055/2017. Nesse sentido, o valor mais expressivo de repasse extraordinário foi o incentivo para a retomada segura das aulas presenciais no contexto da pandemia da Covid-19, um montante de R\$ 454.331.202,00, repassado, em 2020, pela Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020. Esse repasse em parcela única teve como objetivo o incentivo para realização de atividades de prevenção à Covid-19 no âmbito do PSE, somando-se às demais ações do Programa¹³⁻¹⁶.

Ações do PSE

Em 2017, as ações do PSE deixaram de ser agrupadas em componentes, ficando, na adesão ao PSE, o compromisso com a realização de ações de: combate ao mosquito *Aedes aegypti* (posteriormente adotado o termo saúde ambiental como alinhamento técnico); promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas (posteriormente, denominado como promoção da atividade física); prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas (futuramente removido o enfoque no crack em detrimento de outras drogas); promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; prevenção das violências e dos acidentes; identificação de educandos com

possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação (ou Prevenção de doenças negligenciadas); promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor (ou apenas Saúde bucal); verificação e atualização da situação vacinal; promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (ou apenas Saúde auditiva); promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (ou apenas Saúde ocular); e direito sexual e reprodutivo e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/Aids) (renomeado para Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST)^{10,14}.

Como elencado, em 2019, a partir das discussões do Coletivo Técnico do PSE, as nomenclaturas das ações foram revisadas, e as novas denominações, adotadas nos materiais e publicações do Programa. Dessa forma, atualmente, o PSE apresenta um rol de 13 ações, sendo as 12 ações elencadas acima mais a ação de prevenção à Covid-19, incluída ao Programa pela Portaria nº 564/Saes/MS, de 8 de julho de 2020, em decorrência da pandemia do novo coronavírus¹⁶.

A ação de saúde mental, prevista no decreto de instituição do PSE e implementada até 2015, teve como foco, inicialmente, a verificação do registro civil dos escolares, posteriormente a

discussão sobre o tema em GTI; contudo, sua abordagem atual ficou restrita às ações de promoção da cultura de paz e direitos humanos, prevenção de acidentes e violências, e prevenção de álcool, tabaco e outras drogas^{6,10-14}.

Monitoramento das ações do PSE

Ao longo da implementação do Programa, o monitoramento das ações e os indicadores de avaliação foram revistos. Entre 2008 e 2010, o monitoramento e a avaliação no PSE envolviam o acompanhamento apenas do planejamento das ações por meio de um formulário *web* do MS (FormSUS), extinto em 2021 pelo próprio MS. A partir de 2011, as ações foram registradas de fato, de acordo com os componentes, por profissionais da saúde e da educação, exclusivamente no módulo do PSE no Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação (Simec). Com a criação do Sisab pelo MS, em abril de 2013, os registros do Componente I passam a ser monitorados pelo Sisab enquanto o Componente II era registrado no Simec, até 2015, e as metas eram definidas para cada ação, sendo um quantitativo do número de estudantes pactuados¹⁰.

Apenas em 2017, com a redefinição do Programa pela Portaria nº 1.055/2017, o Sisab tornou-se o único sistema de informação para monitoramento das ações do PSE, cujo registro ocorre apenas por profissionais e gestores da saúde, e os indicadores e metas são definidos por documento orientador de padrões de avaliação para o ciclo da adesão aos quais estão atrelados o repasse de recurso. Desse modo, em 2017, ficou estabelecido que todas as escolas aderidas deveriam realizar ações do Programa e que ações de combate ao *Aedes aegypti* deveriam ser trabalhadas em 100% das escolas. Em 2019, essas metas foram alteradas, sendo que os municípios aderidos precisavam realizar pelo menos uma das ações consideradas prioritárias naquele

ciclo, sendo elas: saúde ambiental, promoção da alimentação saudável, promoção da atividade física, verificação da situação vacinal e prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Em 2021, devido à pandemia e à queda na realização das ações do Programa (mesmo com as possibilidades de realização de atividades remotas ou híbridas), os municípios foram orientados a realizar, no mínimo, ações de prevenção à Covid-19 e, pelo menos, outras duas ações do PSE, conforme planejamento municipal^{7,14}.

O Sisab é um sistema da APS que reúne os dados de informações de saúde validados, cujo registro ocorre por meio da estratégia e-SUS, por intermédio da ferramenta de coleta de dados chamada de Ficha de Atividade Coletiva que apresenta os campos de referência para o monitoramento do PSE⁹. O processo de monitoramento anual foi pouco difundido e apropriado pelos gestores do PSE entre 2014 e 2018, por isso, em 2019 a gestão federal empregou elaboração de notas técnicas nacionais, o envio de relatórios estaduais, e a publicação de estudos utilizando essas bases para transparência e difusão dos processos de monitoramento do Programa¹⁷.

Ao analisar os dados do Sisab (*tabela 1*), observa-se que o quantitativo de atividades e participantes das ações do PSE evoluiu gradativamente de 2014 a 2019, atingindo um maior número de escolas pactuadas, apresentando um percentual de cobertura de 18,8% e 63,3% respectivamente. Essa progressão foi interrompida, em 2020, pela pandemia do novo coronavírus, cujos resultados exprimem o menor valor do período, atingindo apenas 17,8% das escolas pactuadas; todavia, em 2021, esses números voltaram a subir (40,9%). Isso demonstra que o registro das ações realizadas no âmbito do PSE foi ampliado – e o alcance das escolas pactuadas acompanhou o crescimento –, e que, após o primeiro ano da pandemia, esse processo foi retomado, refletindo a melhora do cenário e impulsionado pelas orientações da gestão federal^{7,16}.

Tabela 1. Número absoluto de atividades, participantes e escolas, e percentual de cobertura das ações do PSE de 2014 a 2021*. Brasil, 2022

Variáveis	2014	2015	2017	2018	2019	2020	2021
Atividades das ações do PSE	228.675	347.101	693.462	999.427	1.417.916	135.495	540.200
Participantes das ações do PSE	10.961.177	13.695.398	31.795.291	43.964.215	59.854.094	6.851.005	25.087.567
Escolas que realizaram ações	14.895	22.039	38.349	45.420	58.010	16.290	39.792
Percentual de cobertura das ações nas escolas pactuadas (%)	18,8	27,8	44,7	53,0	63,3	17,8	40,9

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Sisab em abril/2022⁷.

*Em 2016, não houve adesão.

Associação do PSE com a BNCC

Uma importante convergência entre os setores da saúde e da educação, que dialoga com a abordagem das ações do PSE, ocorreu com a publicação da Base Nacional Comum Curricular (BNCC), em 2017, documento que define o conjunto de aprendizagens essenciais que todos os estudantes devem desenvolver ao longo da educação básica, garantindo seus direitos de aprendizagem e desenvolvimento. As ações do PSE estão presentes nas macroáreas saúde e multiculturalismo da BNCC, especialmente no tema contemporâneo transversal ‘saúde – educação alimentar e nutricional’, porém, é possível identificar os temas do PSE em outras macroáreas. Dessa forma, todas as ações de saúde na escola, elencadas ao longo do artigo, e os demais temas da saúde estão contemplados em competências e habilidades dos componentes curriculares da educação básica¹⁸.

A temática saúde está presente na oitava competência da BNCC, em que o estudante, ao final do processo educativo, deve conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, compreendendo-se na diversidade humana e reconhecendo suas emoções e as dos outros, com autocrítica e capacidade para lidar com elas, bem como é discutida em diversas áreas em todas as etapas da educação básica, como ciências da natureza e ciências humanas, a qual, por sua vez, retoma princípios da Política Nacional

de Promoção da Saúde ao abordar a saúde e seus determinantes que transcende a transmissão de conhecimento sobre o processo saúde-doença¹⁹.

Destarte, o tema saúde na BNCC e sua relação com o PSE, não somente no documento, mas também na inserção do Programa na Diretoria de Políticas e Diretrizes da Educação Básica do MEC, bem como no Departamento de Promoção da Saúde do MS, é uma conjuntura favorável para superar o foco nos processos de prevenção de doenças e agravos por meio de práticas fragmentadas²⁰, para um modelo de saúde na escola verdadeiramente pautado nos princípios da promoção da saúde, com vistas à integralidade e ao pleno desenvolvimento dos estudantes, e fruto do trabalho intersectorial em todas as esferas administrativas.

Considerações finais

A abrangência nacional do PSE, presente nesse ciclo 2021/2022 em 97% do território nacional, citada anteriormente, demonstra a potência do trabalho em promoção da saúde, a partir da concepção ampliada de saúde e de educação integral, em que são considerados todos os aspectos da vida. Desse modo, verifica-se a alta aceitação do Programa pelos estados e municípios, constatando que o caminho traçado de respeito às especificidades das diversas realidades brasileiras de infâncias,

adolescências e processos educativos tem-se mostrado efetivo, de acordo com o que preconiza a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Nesse sentido, a análise histórica de políticas públicas permite conhecer as estratégias de gestão adotadas para implementação e os impactos gerados na vida da população. Desse modo, o olhar atento ao PSE – em suas nuances e desafios intra e intersetoriais – proposto por este trabalho permitiu a consolidação dos resultados positivos da sua implantação e de seu desenvolvimento nesses 15 anos de existência. Assim, por meio do PSE, o somatório de esforços destas duas áreas – saúde e educação – pelo bem-estar do público infantojuvenil e jovens estudantes constitui-se uma realidade nacional com resultados para o País. Ademais, em consonância com o reconhecimento dessa trajetória, considera-se que esta análise histórica provê a perspectiva de aprimoramento necessária para a continuidade sustentável e qualificada do Programa.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio da Debora Estela Massarente Pereira, Kátia Godoy Cruz, Mariana Vilela Vieira, do Ministério da Saúde, e Glaucia Barbosa Pinto de Campos e Maria Luciana da Silva Nóbrega, do Ministério da Educação.

Colaboradores

Fernandes LA (0000-0001-8019-6733)*, Shimizu HE (0000-0001-5612-5695)*, Prado Neto PF (0000-0001-9809-7186)*, Cavalcante FVSA (0000-0003-1409-8662)*, Silva JRM (0000-0002-0357-9631)* e Parente RCM (0000-0001-8735-0967)* contribuíram para concepção da pesquisa, coleta e análise de dados, discussão, escrita e revisão. ■

Referências

1. Silva CS. Saúde na Escola: intersectorialidade e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República; 1988.
3. Bomfim AM, Anjos MB, Floriano MD, et al. Parâmetros curriculares nacionais: uma revisita aos temas transversais meio ambiente e saúde. Trabalho, Educação e Saúde. 2013 [acesso em 2022 abr 9]; 11(1):27-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000100003>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
6. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República; 2007.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Brasil. Ministério da Saúde. Documento Orientador: Indicadores e Padrões de Avaliação - PSE Ciclo 2021/2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 2022 abril 27]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Documento_orientador_2021-2022_PSE.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
9. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.820, de 01 de agosto de 2006. Altera os arts 1º, 2º e 3º da Portaria Interministerial nº 749, de 13 de maio de 2005. Diário Oficial da União. 1 Ago 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Educação; 2015.
11. Bueno DR. A gestão federal e o fomento à participação juvenil em iniciativas de promoção à saúde nas escolas. [dissertação]. Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz; 2020. 128 p. [acesso em 2022 abril 27]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/49740/denise_bueno_fio_df_mest_2020.pdf;jsessionid=E7FE36C9CDC0B0EF5C531AE5C86323CF?sequence=2.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). Diário Oficial da União. 8 Ago 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União. 10 Jul 2013.
14. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União. 25 Abr 2017.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 28 Dez 2017.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a Retomada Segura das Atividades Presenciais nas Escolas de Educação Básica no Contexto da Pandemia da Covid-19. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 2022 abr 27]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/corona/OrientacaoReaberturaEscolasRedePublicaBasica.pdf>.
17. Fernandes LA, Köptcke LS. Análise da ação de saúde ocular do Programa Saúde na Escola no Brasil de 2014 a 2019: um estudo transversal. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2021 [acesso em 2022 abr 27]; 30(2):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200008>.
18. Brasil. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular: Educação é a Base. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2017. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518-versaofinal_site.pdf.
19. Silveira-da-Silva M. Base Nacional Comum Curricular: uma análise sobre a temática saúde. Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias. 2020 [acesso em 2022 maio 6]; 19(2):320-345. Disponível em: <http://revistas.educacioneditora.net/index.php/REEC/article/view/45>.

20. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 maio 5]; 42(118):773-789. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819>.

Recebido em 10/05/2022

Aprovado em 09/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve