

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO-OESTE

GEISA ALESSANDRA CAVALCANTE DE SOUZA

MATRIZ AVALIATIVA PARA O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA:
DA ELABORAÇÃO À PROPOSIÇÃO DE INDICADORES MULTISTRATÉGICOS NO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS

CAMPO GRANDE
2025

GEISA ALESSANDRA CAVALCANTE DE SOUZA

MATRIZ AVALIATIVA PARA O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA:
DA ELABORAÇÃO À PROPOSIÇÃO DE INDICADORES MULTIESTRATÉGICOS NO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Linha de Pesquisa: Avaliação de tecnologias, políticas e ações em saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elenir Rose Jardim Cury

CAMPO GRANDE
2025



Ata de Defesa de Tese
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
Doutorado

Aos cinco dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e cinco, às oito horas, na Videoconferência, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Elenir Rose Jardim Cury (UFMS), Alexandra Maria Almeida Carvalho (UFMS), MARIA DAS GRAÇAS ROJAS SOTO (FIOCRUZ), Nathan Aratani (UFMS) e Renata Palopoli Picoli (FIOCRUZ), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: GEISA ALESSANDRA CAVALCANTE DE SOUZA, CPF ***.937.501-**, Área de concentração em Saúde e Sociedade, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Curso de Doutorado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "MATRIZ AVALIATIVA PARA O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: DA ELABORAÇÃO À PROPOSIÇÃO DE INDICADORES MULTISTRATÉGICOS NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS" e orientação de Elenir Rose Jardim Cury. A presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Tese. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresse conforme segue:

EXAMINADOR(A)	ASSINATURA	AVALIAÇÃO
Dra. Elenir Rose Jardim Cury (Interno) Presidente da Banca Examinadora	 Documento assinado digitalmente ELENIR ROSE JARDIM CURY Data: 05/08/2025 15:37:13-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	☒ Aprovação ☐ Aprovação c/ revisão ☐ Reprovação
Dra. Alexandra Maria Almeida Carvalho (Interno)	 Documento assinado digitalmente ALEXANDRA MARIA ALMEIDA CARVALHO Data: 05/08/2025 13:28:20-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	☒ Aprovação ☐ Aprovação c/ revisão ☐ Reprovação
Dra. MARIA DAS GRAÇAS ROJAS SOTO (Externo)	 Documento assinado digitalmente MARIA DAS GRAÇAS ROJAS SOTO Data: 05/08/2025 13:33:55-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	☒ Aprovação ☐ Aprovação c/ revisão ☐ Reprovação
Dr. Nathan Aratani (Externo)	 Documento assinado digitalmente NATHAN ARATANI Data: 05/08/2025 15:42:58-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	☒ Aprovação ☐ Aprovação c/ revisão ☐ Reprovação
Dra. Renata Palopoli Picoli (Externo)	 Documento assinado digitalmente RENATA PALOPOLI PICOLI NARDONI Data: 05/08/2025 16:19:01-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	☒ Aprovação ☐ Aprovação c/ revisão ☐ Reprovação
Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade (Externo) (Suplente)	 Documento assinado digitalmente SONIA MARIA OLIVEIRA DE ANDRADE Data: 05/08/2025 09:24:33-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	☒ Aprovação ☐ Aprovação c/ revisão ☐ Reprovação

RESULTADO FINAL: ☒ APROVAÇÃO ☐ APROVAÇÃO COM REVISÃO ☐ REPROVAÇÃO

OBSERVAÇÕES: A banca decidiu pela aprovação da aluna, devendo ser feitos alguns ajustes que não alteram o resultado.

 Documento assinado digitalmente
GEISA ALESSANDRA CAVALCANTE DE SOUZA
Data: 05/08/2025 19:03:21-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>
Assinatura do(a) Aluno(a)

Nada mais havendo a ser tratado, o(a) Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Com gratidão, a Deus.

Com todo amor, aos meus pais, Maria e Gercino.

Com carinho a Edson Mamoru Tamaki, Roberto Masakasu Miji, Marcírio Melgarejo, Clotilde Vicente Francelino Valdez, Brandon Borislav e Carlos Arnaldo Menon.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS/MEC/BRASIL, que apoiou o desenvolvimento do presente trabalho, e, em especial, às professoras Sonia Maria Oliveira de Andrade, Alexandra Maria Almeida Carvalho e Elenir Rose Jardim Cury, pelo apoio, comprometimento, paciência, carinho e gentileza na condução desta trajetória de estudos.

À Secretaria Municipal de Educação de Campo Grande e servidores, em especial, a Ester Marcelle Ferreira de Melo e às professoras Cristiane Miranda Magalhães Gondin e Silmara Dorval Machado, pelo incondicional apoio e comprometimento.

A Amanda Pereira Risso Saad, Ellen Ramos, Paula Mattos, Islaine Passos e Lurdes Areco, amigas estimadas, pelo carinho, incentivo e cuidado ao longo desse processo por vezes tão solitário.

Aos participantes do estudo, pela empatia e gentileza nas contribuições.

Que a vida de todos seja, permanentemente, iluminada pelo bem que emana de vosso coração.

Pai Nosso, em Teus átrios plantaste meus sonhos, e estes tornaram-se sonhos Teus para minha vida. Mostrou-me que, em Ti, posso esperar com esperança, pois Tua fidelidade dura para sempre (A autora).

RESUMO

Integrar saúde e educação na construção de um “caminho do meio”, que abarque as singularidades territoriais de um Brasil plural, é uma proposta ousada e desafiadora. Para isso, o Programa Saúde na Escola busca incorporar ações de promoção da saúde à agenda pedagógica do ensino público, superando o modelo higienista, reduzindo vulnerabilidades associadas ao local de nascimento e moradia, e incentivando posturas individuais e coletivas que favoreçam escolhas mais saudáveis no cotidiano das comunidades. Dentre os desafios enfrentados, estão o mapeamento de prioridades gerenciais e a formulação de indicadores que contribuam para o monitoramento das práticas locais. Portanto, o objetivo deste estudo quantitativo e transversal, desenvolvido com gestores, é elaborar uma matriz avaliativa de prioridades para o referido programa, com base em metodologia participativa, que combinou e adaptou os métodos Delphi e Matriz GUT. Os resultados indicam maior potencial de participação nas áreas lideradas pelo setor de saúde, em comparação com o setor educacional. A partir disso, foram desenvolvidos três indicadores que permitem medir a cobertura de capacitação de equipes, continuidade do cuidado e capacidade operacional das escolas. Esses indicadores podem subsidiar decisões estratégicas no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, e servir de referência para municípios que apresentem contextos gerenciais semelhantes.

Descritores: planejamento participativo; avaliação de programas e projetos de saúde; serviços de saúde escolar; promoção da saúde.

ABSTRACT

Integrating health and education in the construction of a 'middle path' that encompasses the territorial singularities of a plural Brazil is a bold and challenging proposal. To this end, the Health at School Program seeks to incorporate health promotion actions into the pedagogical agenda of public education, overcoming the hygienist model, reducing vulnerabilities associated with birthplace and residence, and encouraging individual and collective behaviors that favor healthier choices in the daily lives of communities. Among the challenges faced are the mapping of managerial priorities and the formulation of indicators that contribute to the monitoring of local practices. Therefore, the objective of this quantitative and cross-sectional study is to develop an evaluative matrix of priorities for the aforementioned program, based on a participatory methodology that combined and adapted the Delphi and GUT Matrix methods. The results indicate a greater potential for participation in areas led by the health sector. Based on this, three indicators were developed to measure team training coverage, continuity of care, and the operational capacity of schools. These indicators can support strategic decision-making in the municipality of Campo Grande–MS and serve as a reference for other municipalities with similar managerial contexts.

Descriptors: participatory planning; evaluation of health programs and projects; school health services; health promotion

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Contextualização teórica da avaliação de políticas públicas.....	18
Figura 2 – Tipificação da avaliação de políticas públicas, segundo a finalidade de apreciação.....	19
Figura 3 – Caracterização dos Distritos Sanitários no âmbito do PSE, Campo Grande-MS, 2023	26
Figura 4 – Caracterização dos participantes do estudo, Campo Grande-MS, 2023	28
Figura 5 – Pré-teste: adaptação do Método Delphi e etapas de refinamento.....	30
Figura 6 – Adaptação da Matriz GUT.....	35
Figura 7 – Matriz de Prioridades PSE	37
Figura 8 – Finalidade das métricas aplicadas.....	37
Figura 9 – Tempestade de ideias relacionadas à gestão do PSE, N=4, Campo Grande-MS, 2023	39
Figura 10 – Modelo visual de gestão e trabalho do PSE, N=4, Campo Grande-MS, 2023	40
Figura 11 – PSE, DSS e Agenda Global: Vulnerabilidades sociais e desafios identificados por distrito sanitário no município de Campo Grande-MS, 2023	42
Figura 12 – Dimensões consideradas na gestão de Escolas Promotoras de Saúde, segundo a OPAS.....	62
Figura 13 – Dinâmica avaliativa do PSE.....	72
Figura 14 – Aplicação da Matriz de Prioridades PSE.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Aplicação do método Delphi adaptado, N = 4, etapa I, Campo Grande-MS, 2023	32
Tabela 2 – Aplicação do método Delphi adaptado, N = 4, etapa II Campo Grande-MS, 2023.....	33
Tabela 3 – Priorização dos aspectos gerenciais relacionados às dimensões do PSE e seus componentes, N=11, Campo Grande-MS, 2023.....	47
Tabela 4 – Desempenho da dimensão I e seus componentes em relação à magnitude das demandas gerenciais a partir do PSE, N=11, Campo Grande-MS, 2023	48
Tabela 5 – Desempenho da dimensão I e seus componentes em relação à prioridade das demandas gerenciais a partir do PSE, N=11, Campo Grande-MS, 2023	49
Tabela 6 – Desempenho da dimensão I e seus componentes em relação ao potencial de participação a partir das demandas gerenciais do PSE, N=11, Campo Grande-MS, 2023	50
Tabela 7 – Desempenho da dimensão II e seus componentes em relação à magnitude das demandas gerenciais a partir do PSE, N=11, Campo Grande-MS, 2023	50
Tabela 8 – Desempenho da dimensão II e seus componentes em relação à prioridade das demandas gerenciais a partir do PSE, N=11, Campo Grande-MS, 2023	51
Tabela 9 – Desempenho da dimensão II e seus componentes em relação ao potencial de participação a partir das demandas gerenciais do PSE, N=11, Campo Grande-MS, 2023	52
Tabela 10 – Desempenho da dimensão III e seus componentes em relação à magnitude das demandas gerenciais a partir do PSE, N=11, Campo Grande-MS, 2023	52
Tabela 11 – Desempenho da dimensão III e seus componentes em relação à prioridade das demandas gerenciais a partir do PSE, N=11, Campo Grande-MS, 2023	53
Tabela 12 – Desempenho da dimensão III e seus componentes em relação ao potencial de participação a partir das demandas gerenciais do PSE, N=11, Campo Grande-MS, 2023.....	53
Tabela 13 – Desempenho da dimensão IV e seus componentes em relação à magnitude das demandas gerenciais a partir do PSE, N=11, Campo Grande-MS, 2023	55
Tabela 14 – Desempenho da dimensão IV e seus componentes em relação à prioridade das demandas gerenciais a partir do PSE, N=11, Campo Grande-MS, 2023	55
Tabela 15 – Desempenho da dimensão IV e seus componentes em relação ao potencial de participação a partir das demandas gerenciais do PSE, N=11, Campo Grande-MS, 2023	56

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1	PSE: base conceitual e política para articulação entre saúde e educação.....	13
2.2	PSE: a importância da avaliação em políticas públicas intersetoriais.....	17
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo geral.....	24
3.2	Objetivos específicos	24
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Desenho do estudo.....	25
4.2	Local do estudo	25
4.3	Participantes do estudo	27
4.4	Procedimentos para obtenção dos dados	28
4.5	Organização e análise de dados	35
4.6	Aspectos éticos.....	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
5.1	PSE no município de Campo Grande: processo, gestão e desafios	39
5.2	PSE no município de Campo Grande: carência de indicadores.....	65
5.3	PSE no município de Campo Grande: indicadores de multiestratégicos propostos a partir do estudo e aplicação da matriz de prioridades.....	67
6	CONCLUSÕES.....	74
7	RECOMENDAÇÕES.....	76
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
	APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados	88
	APÊNDICE C – Resumo da reunião com equipe técnica - GTI-M.....	95
	ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde	96
	ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Educação	97
	ANEXO C – Autorização da Secretaria de Estado de Educação.....	98
	ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética	99
	ANEXO E – Artigo publicado	100

1 INTRODUÇÃO

Com o objetivo de promover a saúde integral dos escolares e prevenir doenças, o Programa Saúde na Escola (PSE) é uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Apropriando-se de potencialidades presentes nos territórios para superação de condicionantes sociais desfavoráveis, o PSE propõe a inclusão do tema “Promoção à Saúde” no projeto político-pedagógico das escolas públicas brasileiras, como estratégia de fomento à adoção de escolhas mais saudáveis frente às vicissitudes que comprometem o desempenho escolar e a qualidade de vida das famílias (Brasil, 2007; Carvalho, 2015; Farias *et al.*, 2016).

Vigente há 18 anos, o programa sofreu modificações quanto aos critérios de pactuação, eixos de ação, registro de informações e repasse de recursos, para aprimorar sua implementação e desempenho nos municípios (Lopes; Nogueira; Rocha, 2018). Contudo, os desafios no âmbito da avaliação em saúde são muitos, dentre os quais se destacam a ausência de mapeamento de prioridades, a elaboração de indicadores e a apreciação de desempenho (Farias *et al.*, 2016).

No município de Campo Grande- MS, esses desafios comprometem o desenvolvimento de estratégias avaliativas que permitam identificar, analisar e priorizar necessidades gerenciais, de modo a considerar a pluralidade social que participa do desenvolvimento do PSE.

É fundamental considerar que a apreciação de desempenho é um dos pilares para o desenvolvimento de processos gerenciais comprometidos com a efetividade de projetos, programas e políticas públicas, considerando a finitude de recursos e o aumento das demandas (Hartz, 1997). Deve favorecer a identificação de nós críticos e a formulação de propostas cada vez mais contextualizadas com os cenários onde se dão, além de alinhadas aos objetivos, uma vez que se voltam à melhoria das condições de vida da população. Para isso, é fundamental mapear prioridades de gestão e de estabelecer mecanismos de monitoramento, de modo a favorecer o desenvolvimento de processos avaliativos (Brasil, 2018b; Contandriopoulos, 2006).

Neste aspecto, a consolidação de uma cultura de avaliação passa pela etapa de monitoramento e requer, dentre outros aspectos, o engajamento de todos os envolvidos (Ferreira; Cassiolato; Gonzales, 2009; Silva, 2019). Logo, o êxito do programa está intimamente ligado à intersetorialidade, sendo, portanto, indispensável elaborar instrumentos que permitam, a partir de uma “leitura técnica”, valorizar a construção coletiva de soluções para os problemas que emergem do cotidiano dos serviços (Ferreira *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o presente estudo propõe uma matriz avaliativa de prioridades e apresenta indicadores multiestratégicos, considerando o potencial de participação, aspecto fundamental no processo avaliativo do PSE. Esses indicadores podem subsidiar decisões estratégicas no município e servir de referência em municípios que apresentem contextos gerenciais semelhantes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PSE: base conceitual e política para articulação entre saúde e educação

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, instituído pelo decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, com o objetivo principal de melhorar as condições de saúde dos escolares, considerando a educação infantil, o ensino fundamental, o ensino médio, a educação para jovens e adultos (EJA), além da educação profissional e tecnológica. Para isso, propôs a incorporação de práticas pedagógicas que estimulem a inclusão de ações de promoção à saúde no currículo das escolas públicas (Brasil, 2007, 2017; Chiari *et al.*, 2018).

Historicamente, desde meados da década de 50, o espaço escolar vem sendo reconhecido como campo privilegiado para o desenvolvimento de práticas sanitárias. Contudo, à luz de movimentos sociais, ampliou-se o conceito de saúde, centrado na integralidade, na autonomia dos sujeitos e na produção da cidadania (Gomes Júnior; Silva, 2021; Silva, 2019).

Assim, validado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual representa uma resposta estatal frente aos esforços de movimentos sociais para revitalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), no esforço de estabelecer relações cada vez mais horizontais, bem como garantir atenção integral para estudantes e suas famílias, o PSE representa um marco na promoção da saúde dessa população, tendo em vista a superação de modelos higienistas que, anteriormente, buscavam o ordenamento sanitário e a inclusão de uma lógica medicalizante como ferramentas capazes de atender a fracassos escolares associados às demandas de saúde (Brasil, 2012, 2018a; Farias *et al.*, 2016; Silva, 2019).

Dada uma perspectiva cidadã, o programa é, também, um movimento pedagógico para o desenvolvimento de hábitos mais saudáveis, em harmonia com as limitações e vicissitudes associadas ao local de nascimento e moradia, potencialmente favorável à construção coletiva de um modelo holístico de atenção à saúde, reorientado e distante da ideia histórica de “consultório coletivo” e ou da necessidade de diagnóstico clínico-psíquico para explicar insucessos que permeiam o processo de ensino-aprendizagem (Brasil, 2017; Gomes Júnior; Silva, 2021; Silva, 2019).

O PSE destaca a construção dialogada de Projetos Político-Pedagógicos (PPP) que garantam a inserção de outros setores, tais como Centros de Controle de Zoonoses (CCZ),

Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), conselhos tutelares, associações de moradores, entre outros, tendo a participação como ferramenta imprescindível para a realização de práticas exitosas de gerenciamento e de educação em saúde (Brasil, 2005, 2009, 2017; Gomes Júnior; Silva, 2021).

Para isso, tem a intersetorialidade como pilar, a qual se fundamenta na integração de saberes e práticas que se articulam de modo interativo, no desenvolvimento de estratégias transformadoras, tanto para os serviços quanto para as comunidades, sendo elemento fundamental para a efetividade das políticas públicas (Carmo; Guizardi, 2017; Wimmer; Figueiredo, 2006).

A implementação do PSE está alicerçada em decretos e portarias que permitiram a consolidação dessa desafiadora iniciativa, a qual representa elo para construção e fortalecimento de um sistema de atenção social, com ênfase na cidadania e nos direitos humanos a partir da saúde (Gomes Júnior; Silva, 2021; Silva, 2019).

São marcos legais do PSE para o desenvolvimento das ações: Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (institui o PSE e dá outras providências); Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 (regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações); Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009 (estabelece recursos financeiros para municípios com equipes de Saúde da Família que aderirem ao PSE); Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.910, de 8 de agosto de 2011 (estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do PSE); Portaria nº 364, de 8 de março de 2013 (redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola, de periodicidade anual, e o respectivo recurso financeiro); Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013 (institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB); Portaria nº 1.067, de 23 de julho de 2015 (redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola); Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.055, de 25 de abril de 2017 (redefine as regras e critérios para adesão ao PSE e dispõe sobre o incentivo financeiro para custeio das ações nos estados, municípios e Distrito Federal) (Brasil, 2022; Gomes Júnior; Silva, 2021; Silva, 2019).

A cada nova vigência, outras portarias e decretos ampararam a implementação e a continuidade do programa, o qual sofreu modificações para melhor alinhamento com as necessidades observadas nos territórios (Gomes Júnior; Silva, 2021; Silva, 2019). Muito embora a promoção da saúde do escolar represente um processo democrático na tomada de decisões, na prática, sua complexidade exige, dentre outras providências, um planejamento intersetorial, retroalimentado pela atuação do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-

M), o qual deve estar pautado na contextualização dos aspectos epidemiológicos do território, no diagnóstico escolar e na capacidade operativa das instituições diretamente envolvidas (Farias *et al.*, 2016; Ferreira *et al.*, 2014).

As diretrizes para implementação, monitoramento e avaliação são de responsabilidade do Grupo de Trabalho Federal (GTF). No entanto, destaca-se que a gestão municipal deve permitir a participação dos atores sociais envolvidos nos processos locais, dados os princípios de autonomia e a responsabilidade compartilhada entre federação, estados e municípios, de modo a contribuir com a qualificação das políticas públicas brasileiras (Brasil, 2007, 2021; Farias *et al.*, 2016).

Sua efetividade, em cada município, depende da construção e do trabalho do GTI-M, formado a partir da articulação entre as secretarias municipais de saúde e de educação e outros setores da sociedade, tendo como elementos principais o planejamento intersetorial e o protagonismo social (Brasil, 2007; Ferreira *et al.*, 2014).

Sempre que estimulado, o protagonismo social — valorizado pela Política Nacional de Gestão Estratégica no SUS — fortalece a cidadania e oportuniza a reconstrução das iniciativas de educação em saúde, cujo êxito está intimamente ligado à criação de espaços participativos para exercício da escuta acolhedora e da apreensão das necessidades reais da população, profissionais e serviços (Brasil, 2007, 2009; Ferreira *et al.*, 2014; Gurgel Júnior *et al.*, 2021).

Nesse contexto, ao GTI-M cabe fazer a gestão municipal do PSE e definir as metas de cobertura das ações, além de apoiar as equipes de saúde e de educação na implementação dos trabalhos e responsabilizar-se pelo planejamento, monitoramento e avaliação do programa na esfera municipal, atuando de maneira integrada para ressignificar o sentido do cuidado dedicado a esta população, tendo por base as ações norteadoras sugeridas pelo Ministério da Saúde e as prioridades locais (Brasil, 2012, 2017; Ferreira *et al.*, 2014).

Na instituição do PSE, foram definidas as seguintes diretrizes: descentralização e respeito à autonomia federativa, integração e articulação das redes de ensino, territorialidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, integralidade, cuidado ao longo do tempo, controle social, e monitoramento e avaliação permanentes, as quais fundamentam o estabelecimento de condições favoráveis à promoção da saúde (Brasil, 2017; Gomes Júnior; Silva, 2021).

Para isso, na sua trajetória de implementação e aprimoramento, o PSE foi redefinido a partir da Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, tendo em vista o propósito de sustentar a aquisição de competências que permitam aos escolares realizarem escolhas mais saudáveis ante as iniquidades sociais. Dadas as redefinições, na atual conjuntura, são objetivos

do programa: 1- construção de um sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania; 2- enfrentamento às vulnerabilidades no campo da saúde que comprometem o desempenho escolar; 3- garantia da promoção da saúde no contexto educacional; 4- cultura de paz, a partir de ações pedagógicas preventivas; 5- utilização dos recursos disponíveis para integrar saúde e educação; 6- contribuição efetiva para a formação integral dos estudantes; 7- fomento à participação social nas políticas de saúde e de educação, nos três níveis de governo (Brasil, 2017; Gomes Júnior; Silva, 2021).

Quanto ao delineamento operacional, considerando as singularidades de um Brasil plural, o PSE definiu 12 ações de trabalho para melhor atender às demandas territoriais, em especial aquelas vivenciadas no âmbito das escolas prioritárias (centros de educação infantil, escolas rurais, escolas que possuem estudantes em cumprimento de medidas socioeducativas, e escolas cujos estudantes são advindos de famílias beneficiárias de programas sociais, com ênfase na transferência de renda), a saber:

1. prevenção das violências e dos acidentes, os quais provocam desdobramentos que impactam na morbimortalidade da população jovem, bem como redução da violência a partir do acesso à educação, à saúde e à cidadania;
2. promoção do direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS, uma vez que a gravidez na adolescência e as infecções transmitidas por práticas sexuais não seguras se configuram como problemas de saúde pública;
3. prevenção do uso de álcool, tabaco, *crack* e outras drogas, tendo em vista os prejuízos cognitivos, físicos e sociais atrelados ao uso e abuso de substâncias psicoativas, cujas ações devem pautar-se nas diretrizes da redução de danos;
4. incentivo à alimentação saudável, fomentando a educação alimentar, a qual incide na oferta de alimentos saudáveis nas escolas;
5. estímulo à saúde bucal, com identificação de sinais e sintomas de alteração, escovação assistida e aplicação tópica de flúor;
6. verificação e atualização do calendário vacinal, propiciando a identificação de vulnerabilidades relacionadas a fragilidades na cobertura vacinal, protegendo os estudantes de doenças preveníveis e diminuindo o risco de surtos e outras manifestações, dimensionadas pela não adesão à vacinação, tendo a educação em saúde como principal aliada neste processo;

7. combate ao mosquito *Aedes aegypti*, na perspectiva da prevenção de doenças ocasionadas pelo vetor, como dengue, febre amarela urbana, *chikungunya* e *zika vírus*;
8. promoção da saúde ocular, de modo a identificar educandos com sinais de alteração e reduzir os prejuízos associados ao contexto educacional;
9. desenvolvimento da cultura de paz, direitos humanos e cidadania, considerando a necessidade de garantir e ampliar direitos, bem como prevenir violações a partir do cuidado e atenção aos estudantes;
10. identificação de sinais de agravo de doenças em eliminação, principalmente em comunidades com maior vulnerabilidade socioeconômica, segundo o recorte epidemiológico do município;
11. atenção à saúde auditiva, para identificar possíveis sinais de alteração e direcionar encaminhamentos especializados;
12. estímulo a práticas corporais, atividades físicas e lazer, incentivando a adoção de estilo de vida mais saudável e a redução do sedentarismo, no âmbito da obesidade infantil (Brasil, 2017; Gomes Júnior; Silva, 2021).

2.2 PSE: a importância da avaliação em políticas públicas intersetoriais

Haja vista a complexidade dessa gama de ações, o monitoramento e a avaliação do PSE representam desafios importantes em todo o Brasil, e, neste aspecto, a realização de estudos avaliativos relacionados aos seus resultados em níveis locais é fundamental para lançar luz sobre as dificuldades, potencialidades e possibilidades de aprimoramento (Baroni; Silva, 2022; Brambilla; Kleba; Dal Magro, 2020; Fontenele *et al.*, 2017; Gonçalves; Ferreira; Rossi, 2022; Santos; Adinolfi, 2022; Sousa; Esperidião; Medina, 2017; Schneider; Magalhães; Almeida, 2022; Wachs *et al.*, 2022).

Desde a sua criação, há 18 anos, o PSE não sofreu nenhuma avaliação por parte de seus idealizadores. No entanto, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) apresentaram uma proposta avaliativa para o programa, levando em conta a dimensão intersetorial para evidenciar práticas exitosas e identificar necessidades advindas de cenários plurais. Nesse contexto, portanto, é salutar conhecer instrumentos locais para monitoramento e avaliação (Fernandes *et al.*, 2022).

Compreender as circunstâncias e propósitos em que se dão as avaliações é primordial para fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, bem como evitar a “síndrome do engavetamento” (Contandriopoulos *et al.*, 1997).

Nessa conjuntura, as definições acerca da avaliação são muitas. No entanto, em linhas gerais, avaliar representa a atribuição de valor a algo ou a algum aspecto, e, em se tratando de políticas públicas, considera-se etapa indispensável para tomada de decisão quanto a intervenções e seus componentes, a partir de um julgamento técnico, científico ou híbrido (Contandriopoulos *et al.*, 1997; Hartz, 1997).

As produções científicas no campo da avaliação contribuíram, de maneira relevante, para a modelagem de escopos avaliativos, elaborados a partir de perspectivas teóricas e da ênfase na finalidade das intervenções, bem como subsidiaram a gama metodológica que baliza a transformação do julgamento de valor em ações sistemáticas, com vistas às melhorias nesta seara (Cohen; Franco, 1999; Contandriopoulos *et al.*, 1997).

Dada uma perspectiva teórica, a avaliação se reveste de princípios centrais, necessários à compreensão do ponto de partida da apreciação, segundo o método e a finalidade. Os modelos de produção da informação e de sua análise seguem uma sistematização, originada nos marcos avaliativos (Cohen; Franco, 1999). As Figuras 1 e 2 esquematizam este estado da arte.

Figura 1 – Contextualização teórica da avaliação de políticas públicas

CONTANDO HISTÓRIA A avaliação de políticas públicas se ocupa da análise do sentido, desenvolvimento, conteúdo e consistência de uma política. Esta, por sua vez, representa um conjunto de ações, com objetivos de mudança, viabilizada por instrumentos específicos e delineados a partir de um conhecimento técnico-científico. Ao longo do tempo, autores relevantes registraram suas perspectivas teóricas a partir de abordagens e modelos de análise.	DONALD T. CAMPBELL Experimentalismo (1960): ciência de valor; eficiência baseada em dados científicos. Necessidade de mensuração.
	CAROL H. WEISS Pragmatismo (1970): avaliação como mola propulsora de aprimoramento das ações e melhora no desempenho das organizações. Necessidade de descrição dos processos.
	LEE J. CRONBACH Integracionismo (1980-90): avaliação global (desenho, implementação e utilidade); integração de diferentes perspectivas teóricas. Necessidade de julgamento.
	GUBA E LINCOLN Construtivismo (1990): avaliação responsiva a partir da interação entre os envolvidos ou potencialmente afetados pelas intervenções. Necessidade de engajamento.

Fonte: adaptado de Cohen e Franco (1993); Contandriopoulos *et al.* (1997).

Figura 2 – Tipificação da avaliação de políticas públicas, segundo a finalidade de apreciação

FINALIDADE DA AVALIAÇÃO A avaliação de políticas públicas possui especificidades, sistematizadas a partir de abordagens que consideram a definição de objetivos, a coleta de informações, a apresentação de resultados, a relação de pertinência, efeitos e consequências. Autores relevantes registraram suas inclinações nesta perspectiva, a partir do delineamento conceitual e da classificação segundo a finalidade.	SOMATIVA: determinação de resultados (Suchman, 1967).
	FORMATIVA: sistematização para melhora da intervenção com foco no funcionamento e nos resultados (Weiss, 1972).
	VALORATIVA: valoração de uma intervenção a partir da análise de pertinência, implantação e resultados (Sociedade Canadense de Avaliação, 1985).
	ADMINISTRATIVA: esclarecimento de decisões e melhoria da eficácia (Patton, 1997).
	TRANSFORMADORA: melhoria das condições sociais (Rossi; Freeman; Lipsey, 1993, 2004; Mark; Henry; Julnes, 2000). DEMOCRATIZANTE: posicionamento dos atores envolvidos acerca das intervenções, de modo a construir soluções cientificamente válidas e socialmente legítimas (Champagne; Contandriopoulos; Brousselle, 2011).

Fonte: adaptado de Cohen e Franco (1993); Contandriopoulos *et al.* (1997); Guba; Lincoln (2011).

O julgamento de valor pode ser resultado da aplicação de normas e critérios (avaliação normativa) ou de procedimentos científicos (pesquisa avaliativa), e seu objetivo se volta ao conhecimento das intervenções, suas relações e influências que produzem modificações em uma situação problemática, de contexto específico (Contandriopoulos *et al.*, 1997).

As avaliações se apoiam na premissa de que os efeitos reais das intervenções estão intimamente ligados aos critérios e normas predefinidos (Cohen; Franco, 1999). Contudo, outros elementos foram sendo considerados, e, em suma, a abordagem de aspectos relacionais e participativos representa importante eixo que influencia diretamente os seus resultados (Guba; Lincoln, 2011).

Organizada em estrutura, processo e resultados, a avaliação normativa se volta ao controle e acompanhamento de políticas, programas e projetos. Trata-se, respectivamente, de saber em que medida os recursos estão sendo aplicados adequadamente, se os serviços são adequados para atingir os resultados, e se tais resultados correspondem às expectativas idealizadas em sua implementação (Contandriopoulos *et al.*, 1997; Hartz, 1997).

Contudo, no que tange à apreciação de resultados, esta é, por vezes, insuficiente para validar um julgamento, dada a sua complexidade. Assim, recorre-se à pesquisa avaliativa, a qual, a partir de métodos científicos, analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção e sua relação com o contexto em que se insere. Para isso, consideram-se diversas perspectivas de análise, de modo a permitir um

posicionamento acurado, bem como extrapolações dos métodos (Contandriopoulos *et al.*, 1997; Hartz, 1997).

Com conceitos e especificidades de aplicação, a avaliação não tem a pretensão de produzir informações completas. No entanto, busca-se que sejam suficientes para equilibrar o ideal e o factível no processo de planejamento, bem como para introduzir organização e racionalidade na ação, a fim de prospectar o alcance real dos objetivos (Cohen; Franco, 1999).

Nessa lógica do planejamento setorial, o tempo é fator que deve ser considerado pelos avaliadores. Logo, as classificações *ex ante* (elaboração) e *ex post* (implementação) situam a avaliação no tempo, com a finalidade de garantir as boas práticas na programação e na reprogramação das intervenções (Cohen; Franco, 1999).

Considerando a tríade objetivos–recursos–resultados, essa lógica coloca em evidência suas repercussões, considerando a eficiência (grau em que se alcançam os objetivos), a eficácia (grau em que se alcançam os objetivos, otimizando a aplicação de recursos) e/ou a efetividade (grau em que se alcançam os objetivos com excelência de ações e otimização da aplicação de recursos), em termos operacionais (Cohen; Franco, 1999).

Quanto aos objetivos que se persegue, avaliar consiste em uma atividade permanente, em que se exercitam diversos olhares e perspectivas sobre os processos e impactos, descobrindo causas, decisões e potencialidades no cotidiano de práticas (Guba; Lincoln, 2011).

O estado da arte dos preceitos avaliativos é denso e complexo, fundamentado, basicamente, na necessidade de medir. Para isso, além dos métodos e instrumentos, mensurar essa realidade sofre influência direta de quem a realiza. Quanto a esse quesito, uma avaliação pode ser realizada por pessoas alheias à intervenção (externa), por gestores (interna), por pessoas alheias e gestores (mista) ou, ainda, por avaliadores externos, gestores e beneficiários (participativa), sendo esta última o modelo que responde de maneira mais adequada à avaliação de serviços de saúde (Cohen; Franco, 1999; Contandriopoulos *et al.*, 1997; Guba; Lincoln, 2011; Hartz, 1997).

A avaliação em saúde configura-se em uma perspectiva transdisciplinar, valorizando o arcabouço teórico e construindo novas direções de julgamento. Tendo o cuidado e a gestão como elementos indissociáveis, o processo avaliativo provoca um movimento coletivo, e nele pululam a capacitação, a criatividade, a inovação e a pactuação de tratados, por vezes subjetivos, mas de estimado valor para a renovação dos serviços. Neles se apoiam as soluções participativas, e estas, por sua vez, qualificam a administração pública (Furtado *et al.*, 2021).

Um aspecto central na avaliação consiste em determinar o grau de alcance dos objetivos. Busca-se, assim, estabelecer unidades de medidas que, por vezes, precisam ser construídas de maneira reflexiva acerca do cotidiano de práticas. São os chamados “indicadores indiretos”, que representam desafios no âmbito da avaliação em saúde (Cohen; Franco, 1999; Hartz, 1997).

A hierarquia de importância adota a escala ordinal, e a avaliação se vale da elaboração de matrizes avaliativas para organizar elementos fundamentais ao campo de análise. São ferramentas de gestão para classificação de aspectos relevantes, segundo um ordenamento lógico predefinido. Também se mostram úteis para nortear a tomada de decisão, facilitar a definição de prioridades, dentre outras aplicações (Cohen; Franco, 1999; Hartz, 1997).

Considerando que programas, em resumo, são projetos integrados com objetivos afins, destaca-se a imprescindível contribuição concedida a partir da integração de atores plurais, o que fortalece as contribuições de modelos que incluem a participação social (Cohen; Franco, 1999; Hartz, 1997; Guba; Lincoln, 2011).

Tendo em vista o arcabouço teórico em que se estabelece a avaliação em saúde, é mister reconhecer que a modificação da realidade representa uma desafiadora iniciativa. Muito embora as diretrizes metodológicas tenham ampliado as possibilidades de monitoramento e avaliação das práticas e serviços, a apropriação das informações produzidas em contexto avaliativo ainda exerce tímida influência nas interfaces do trabalho. O distanciamento entre teoria e prática afeta o gerenciamento de programas no Brasil, que, em linhas gerais, apresentam limitações intimamente ligadas à não delimitação de prioridades em sua concepção e, conseqüentemente, à ausência ou fragilidade quanto ao estabelecimento de indicadores indiretos, o que gera conseqüências na avaliação dos resultados (Ferreira; Cassiolato; Gonzales, 2009).

Daí a necessidade de qualificar os registros e produzir informações válidas e confiáveis no âmbito dos serviços de saúde. Em se tratando do PSE, é de suma importância identificar os limites, desafios e potencialidades, tendo a avaliação como mola propulsora para a qualificação das ações de promoção à saúde na escola, uma vez que o programa se dá em cenários complexos e não lineares (Anunciação *et al.*, 2022).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde apontou a necessidade de incorporar estratégias avaliativas no processo de gestão, envolvendo profissionais de saúde, de educação, estudantes e toda a comunidade escolar (Brasil, 2017). Por isso, avaliar projetos e programas sociais com tais dimensões envolve, entre outros aspectos, perceber se as transformações idealizadas pelas propostas interventivas estão acontecendo, em face da realidade vivenciada pelos sujeitos. Vale frisar, ainda, que a implementação possui especificidades, dentre elas a definição de indicadores

que aproximem as lentes do avaliador do objeto avaliado (Armani, 2004; Cohen; Franco, 1999; Sousa; Esperidião; Medina, 2017).

O estabelecimento de indicadores multiestratégicos, os quais relacionam processos e resultados em intervenções complexas ou multiestratégicas (como no caso de programas de promoção à saúde, redução da pobreza e transferência de renda), permite retratar uma fotografia real do objeto avaliado e propicia melhor aproveitamento dos dados produzidos no interior dos serviços, uma vez que valoriza a necessidade constante de medir (Cohen; Franco, 1999; Tamaki *et al.*, 2012).

Em relação ao PSE, estabelecer indicadores multiestratégicos é fundamental para seu gerenciamento, bem como para a institucionalização de práticas de gestão que fomentem a incorporação de uma cultura de avaliação participativa (Fontenele *et al.*, 2017).

Por se tratar de um “programa guarda-chuva”, dada a amplitude de seus objetivos e a generalização das ações propostas, a elaboração de indicadores representa um nó crítico desde a sua instituição, a qual desafia gestores municipais, estaduais e federais (Fontenele *et al.*, 2017).

Quanto a este aspecto, é bem verdade que a institucionalização de práticas avaliativas deve partir dos governos, fomentando uma cultura de julgamento crítico e reflexivo em todos os segmentos dos serviços de saúde, a partir de diretrizes estabelecidas na elaboração das políticas públicas. Contudo, em se tratando de políticas e programas sociais, é necessário incluir a participação social neste movimento avaliativo e, assim, permitir a descoberta de alternativas que aperfeiçoem o alcance dos objetivos procurados, o que não representa uma tarefa fácil (Cohen; Franco, 1999; Rico, 2009; Tamaki *et al.*, 2012).

As prerrogativas legais e éticas dispostas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na Lei Orgânica da Saúde (LOS), na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), bem como na Base Nacional Comum Curricular (BNCC), ancoram a inclusão do PSE no currículo das escolas e reforçam a importância de iniciativas que busquem superar as fragilidades contextuais no que concerne à elaboração, desenvolvimento, monitoramento e avaliação de ações voltadas à educação em saúde em todos os aspectos (Brasil, 1996, 1990a, 1990b, 2017).

Educar para a saúde, nesta seara, consiste na consolidação de direitos dedicados às crianças, bem como à população jovem, reconhecendo sua individualidade e estimulando a responsabilidade pelo autocuidado (Sousa; Esperidião; Medina, 2017).

As ações desenvolvidas no contexto saúde–educação carecem de ferramentas avaliativas norteadoras para apoiar gestores de estados e municípios na implementação do programa e no monitoramento do cotidiano dos serviços. É imprescindível, ainda, construir instrumentos locais que favoreçam observar, acompanhar e medir o efeito das ações de atenção psicossocial, prática de atividades físicas, controle de vetores, cultura de paz, cidadania e direitos humanos, sexuais e reprodutivos (Dias *et al.*, 2018; Sousa; Esperidião; Medina, 2017).

Avançar na redução da vulnerabilidade e garantir a promoção da saúde para essa população, a partir da execução do PSE, são ações que implicam práticas gerenciais que considerem a priorização de intervenções na tomada de decisão. Com recursos limitados e uma projeção de aumento de demanda, em razão de atrasos na educação e lacunas de cuidado, desencadeados pela pandemia da Covid-19 (Rocha *et al.*, 2021), o estabelecimento de prioridades oferece a possibilidade de desenvolver uma gestão mais eficiente, a fim de promover a atenção integral dedicada a essa população e um cuidado longitudinal (Cohen; Franco, 1999; Tamaki *et al.*, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar matriz avaliativa de prioridades para o Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Campo Grande-MS.

3.2 Objetivos específicos

Para alcançar o objetivo geral do estudo, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) identificar os instrumentos utilizados para o registro dos dados gerados pelo PSE;
- b) relacionar esses registros às diretrizes do programa, garantindo maior alinhamento e coerência;
- c) mapear as prioridades do município no que se refere ao monitoramento e à avaliação do PSE, levando em conta o potencial de participação dos diferentes atores envolvidos;
- d) desenvolver indicadores multiestratégicos com base nas prioridades identificadas, subsidiando a tomada de decisão e o aprimoramento das práticas locais.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, com foco no processo gerencial e ênfase na análise da produção.

A pesquisa avaliativa se ocupa do diagnóstico (análise estratégica e análise lógica), do processo (análise da produção e análise da implementação) e da utilidade (análise da eficácia e da eficiência), podendo lançar mão de métodos combinados para extração de informações, mapeamento de processos, priorização, construção de consenso, experimento, análise de custos e suas respectivas especificidades, tendo por base o conhecimento técnico, científico e político acerca das intervenções (Contandriopoulos, 2006).

Realizado no período entre julho de 2021 e junho de 2023, o estudo utilizou-se, essencialmente, de dados primários, no município de Campo Grande- MS, para compreender os fatores que influenciaram na produtividade do PSE.

Sob uma perspectiva pragmática, a qual considerou a necessidade de priorização e a aprendizagem sobre os grupos diretamente envolvidos na intervenção, e com finalidade democratizante, buscou-se elaborar um instrumento de auxílio à gestão, para melhoria do processo de trabalho a partir do planejamento e do mapeamento de prioridades, considerando o potencial de participação no cotidiano de práticas (Contandriopoulos, 2006; Furtado *et al.*, 2021).

4.2 Local do estudo

O município de Campo Grande, localizado na região central de Mato Grosso do Sul, possui cerca de 906 mil habitantes. Aproximadamente 80% da população tem acesso à água tratada e rede de esgoto. A cidade abriga três Áreas de Proteção Ambiental (APA Guariroba, APA Ceroula e APA Lajeado), instituídas pelo poder público municipal, que contribuem para a organização da Atenção Primária à Saúde.

Essa atenção é distribuída por Distritos Sanitários, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento. Enquanto algumas regiões contam com infraestrutura urbana e acesso a serviços, outras enfrentam vulnerabilidades socioeconômicas, como ausência de saneamento

básico e proximidade de áreas de descarte de resíduos e instituições prisionais. Nessas áreas, a relação entre comunidade e serviços de saúde tende a ser mais estreita.

Referenciados pela hidrografia local, como mostra a Figura 3, são sete os Distritos Sanitários de Campo Grande, onde se desenvolvem as ações do PSE, com destaque para as escolas prioritárias (Campo Grande, 2021).

Figura 3 – Caracterização dos Distritos Sanitários no âmbito do PSE, Campo Grande-MS, 2023



Fonte: adaptado de Campo Grande (2021)

Quanto à presença de equipes da Estratégia Saúde da Família, o município tem cobertura de pouco mais de 80% para efetivar a garantia do direito à saúde e à qualidade do cuidado, a qual é fortalecida pela atuação do NASF (Campo Grande, 2022a).

A economia de Campo Grande é sustentada pelos setores de serviços, indústria e agropecuária, com renda per capita estimada em R\$ 1.246,75. No campo educacional, o

município apresenta indicadores positivos: segundo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), 95% das crianças de 5 a 6 anos estão matriculadas em instituições de ensino. Entre os 11 e 13 anos, 91,37% frequentam os anos finais do ensino fundamental, enquanto 65,13% dos jovens de 15 a 17 anos já concluíram essa etapa. Na faixa etária de 18 a 20 anos, 50,55% possuem ensino médio completo. As taxas de evasão escolar são de 2,70% no ensino fundamental e 12,40% no ensino médio (Campo Grande, 2021; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Em 2023, com a publicação da Portaria GM/MS nº 635, o Ministério da Saúde reformulou o NASF, que passou a ser denominado e-Multi, com foco no fortalecimento do cuidado multiprofissional na Atenção Primária à Saúde. No mesmo ano, a Estratégia Saúde da Família (ESF) atingiu cobertura total nas áreas de maior exclusão social de Campo Grande-MS.

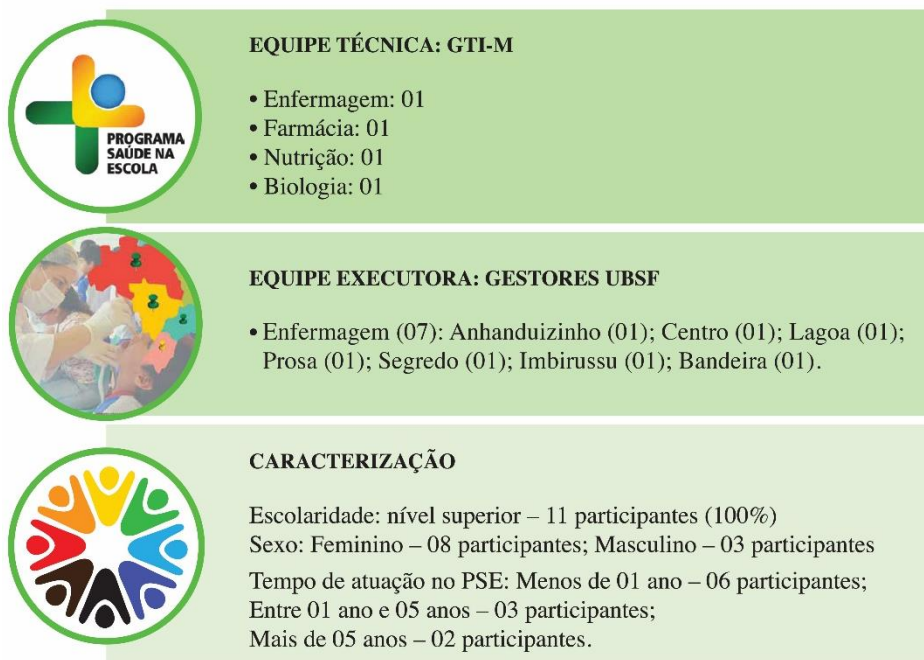
4.3 Participantes do estudo

O estudo contou com a participação de onze profissionais. Desses, quatro eram gestores do GTIM, diretamente vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), Secretaria Municipal de Educação (SEMED) e Secretaria Estadual de Educação (SED). Os outros sete gestores estavam ligados à SESAU e atuavam em Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas entre as sete regiões sanitárias de Campo Grande: Centro, Prosa, Segredo, Anhanduizinho, Imbirussu, Bandeira e Lagoa.

Gestores das escolas prioritárias (diretores e coordenadores pedagógicos) não aderiram ao estudo, por razões externas à pesquisa. Embora não possuam responsabilidade gerencial direta sobre o Programa Saúde na Escola (PSE), sua participação foi incentivada para enriquecer o processo, por meio de convites enviados por e-mail, telefonemas, tentativas de agendamento de encontros remotos, além do envio de materiais informativos, como um vídeo instrutivo (Matriz Avaliativa para o Programa Saúde na Escola, 2021), um questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A Figura 4 sintetiza a caracterização dos participantes do estudo.

Figura 4 – Caracterização dos participantes do estudo, N= 11, Campo Grande-MS, 2023



Fonte: produção própria

4.4 Procedimentos para obtenção dos dados

Foi realizada uma revisão da literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Portal de Periódicos da CAPES, utilizando descritores relacionados à avaliação de programas de saúde e ao Programa Saúde na Escola (PSE). A busca foi filtrada por publicações entre 2018 e 2022, com revisão por pares e acesso aberto. Foram identificados 743 artigos (326 na BVS e 417 na CAPES), dos quais 84 foram selecionados para leitura por sua relevância temática. Após exclusão de duplicidades e conteúdo fora do escopo, 15 artigos (6 da BVS e 9 da CAPES) compuseram o quadro de referências-chave do estudo.

De modo complementar, foram consultadas informações disponíveis em registros locais, relacionados à realização das ações, para compreender aspectos normativos e operativos que participaram da produtividade do programa, considerando singularidades municipais e identificar possíveis vulnerabilidades. A análise dos registros locais teve como foco a presença dos seguintes elementos: data e local em que ocorreu a ação; identificação da escola envolvida; identificação das equipes responsáveis pela ação; temática abordada; tipo de atividade; número de estudantes que participaram de cada ação.

Informações de acesso restrito produzidas a partir do PSE, dentro dos limites administrativos municipais, relacionadas especificamente às escolas pactuadas, vulnerabilidades e ações locais, e que estão disponíveis no Sistema de Informação em Saúde

para a Atenção Básica (SISAB), foram repassadas pela equipe técnica (GTI-M). O mesmo ocorreu com documentos referentes às estratégias de planejamento intersectorial, ao Termo de Compromisso e às especificidades do mapeamento da rede de atenção à saúde, dada a necessidade de identificação funcional do solicitante, restrita aos servidores dos órgãos envolvidos no estudo.

Realizou-se encontro de apresentação da proposta de estudo ao GTI-M, o qual ocorreu presencialmente, na SESAU, em meados de julho de 2021. Nesta ocasião, o ponto de partida para a elaboração coletiva do instrumento de coleta de dados, foi a aplicação da técnica Tempestade de Ideias, a partir da questão norteadora “PSE: estamos falando de quê?” (Menezes, 2021).

Na mesma ocasião, realizou-se um exercício de leitura participativa, quando foram discutidos aspectos normativos, operativos e avaliativos do PSE no município, de modo a revisitar saberes. Essas discussões, fomentadas pela leitura dos objetivos, diretrizes e ações do programa, subsidiaram a elaboração de um questionário, à luz do Manual Instrutivo PSE, para análise crítico-reflexiva e sintetização de demandas gerenciais. A versão preliminar do instrumento foi enviada por e-mail, visando favorecer a identificação de possíveis inconsistências e/ou necessidade de ajustes.

Para esta etapa de “pré-teste” e refinamento, realizou-se uma adaptação do método Delphi normativo, cujo foco se volta ao estabelecimento de objetivos e prioridades (YOUSUF; 2007).

Na íntegra, este método consiste em manejo estratégico de formulários norteadores, com roteiros específicos, aplicados aos tomadores de decisão (informantes-chave) em projetos, programas, dentre outros construtos de avaliação, de modo individual e sequencial, permitindo a incorporação de respostas objetivas, compiladas pelo pesquisador e apresentadas aos participantes, para refinar o conteúdo, quantas vezes forem necessárias, até que se obtenha consenso em relação à pauta central (Marques; Freitas, 2018; Silva; Tanaka, 1999).

Suas etapas de refinamento estão intimamente relacionadas ao objetivo da pesquisa, logo, o pesquisador deve ponderar as discussões, garantir anonimato dos participantes na condução de apresentação dos resultados, evitar distorções, reduzir desacordos a partir da mediação, reelaborar o questionário com as informações novas e repetir o processo até que se obtenha consenso (Marques; Freitas, 2018; Silva; Tanaka, 1999).

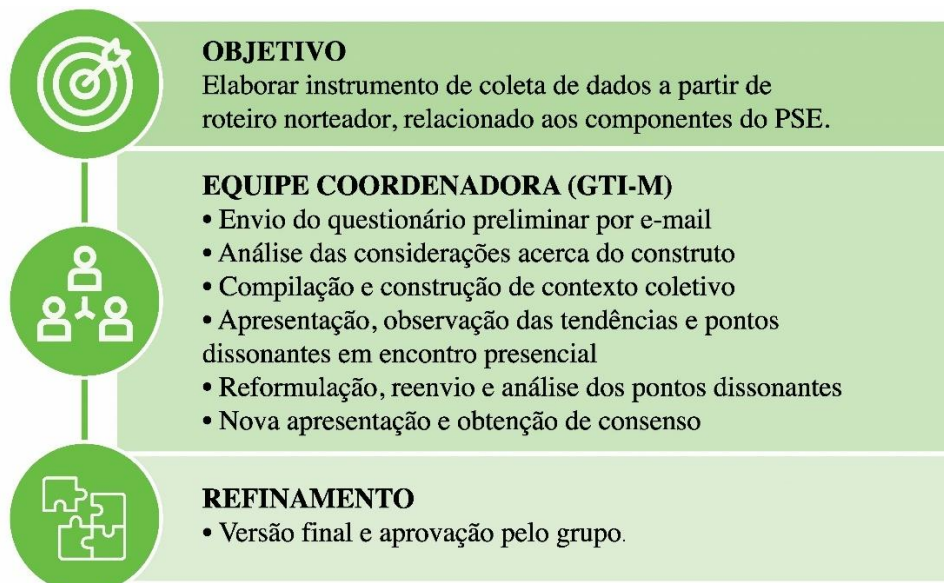
Há características comuns para todas as tipificações, a saber: anonimato, devolutivas individuais, compilação das contribuições e construção de contexto coletivo, possibilidade de modificações (Silva; Tanaka, 1999).

A definição dos critérios para seleção dos especialistas não é consensual, levando em consideração a utilidade em relação ao construto. Para estudos de estimação, é imprescindível um alto nível de especialidade, não sendo, a rigor, necessário para tarefas de previsão. Em relação ao número de participantes, recomenda-se que não seja inferior a dez, em razão das possíveis desistências e, conseqüentemente, comprometimento do consenso (Marques; Freitas, 2018; Silva; Tanaka, 1999; Zarili *et al.*, 2021).

Neste contexto de adaptações para o presente estudo, considerou-se o GTI-M como grupo de especialistas, composto por 04 gestores, sendo estes os tomadores de decisão em relação à gestão local do PSE. Mesmo sendo o número absoluto de integrantes da referida equipe significativamente inferior ao recomendado pela literatura, a dinâmica metodológica mostrou-se factível e adequada à necessidade do estudo naquela ocasião (construção colaborativa, devolutivas individuais e compilação das contribuições). O conteúdo do instrumento foi predefinido de acordo com o conteúdo do Manual Instrutivo do PSE (o qual se refere a diretrizes, planejamento estratégico, objetivos e ações do programa), e não sofreu modificações contextuais.

Foram necessárias duas etapas de refinamento para a elaboração da versão final do questionário, conforme mostra a Figura 5.

Figura 5 – Pré-teste: adaptação do Método Delphi e etapas de refinamento



Fonte: produção própria

A versão preliminar do instrumento de coleta de dados foi enviada para análise quanto à adequação do conteúdo, à clareza e à objetividade na apresentação dos itens, os quais estiveram diretamente relacionados ao PSE (diretrizes, planejamento, alcance de objetivos e desempenho por eixo de ação, e seus respectivos componentes). Seguindo os mesmos critérios de análise, os participantes deveriam validar o construto “gravidade, urgência e tendência” relacionado às opções de resposta (baixa, média, alta) para cada um dos itens.

As respostas foram analisadas como considerações coletivas, por meio de cálculo percentual. Para validação, estabeleceu-se a exigência de 100% de aprovação entre os participantes do grupo (N = 4).

Na etapa I (tabela 1), as considerações coletivas estiveram relacionadas à necessidade de adequação quanto à ordem de apresentação das dimensões (I. Diretrizes; II. Planejamento; III. Alcance dos objetivos; IV. Desempenho por eixo de ação), sugerindo que fossem dispostas de acordo com a ordem em que estão no Manual Instrutivo do PSE (I. Desempenho por eixo de ação; II. Alcance dos objetivos; III. Diretrizes; IV. Planejamento), o qual é a referência de fomento à análise crítica do instrumento.

Tabela 1 – Aplicação do método Delphi adaptado, N = 4, etapa I, Campo Grande-MS, 2023

ETAPA I						
DIMENSÕES, COMPONENTES E ASPECTOS	Conteúdo		Apresentação			
	Adequação		Clareza		Objetividade	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
I. DIRETRIZES (Trabalho em rede, Territorialidade, Intersetorialidade, Cuidado ao longo do tempo, Monitoramento e avaliação permanente)	75%	25%	75%	25%	50%	50%
II. PLANEJAMENTO (Diagnóstico local – saúde e escola, Capacidade operativa – saúde e escola, Projeto político-pedagógico, Registros adequados no SISAB)	75%	25%	100%	0%	50%	50%
III. ALCANCE DOS OBJETIVOS (Promoção da saúde e prevenção de agravos, Fortalecimento de um sistema de atenção social, Redução da vulnerabilidade, Estímulo à participação social)	75%	25%	100%	0%	100%	0%
IV. DESEMPENHO POR EIXO DE AÇÃO (Dengue, Sedentarismo e prevenção da obesidade, Álcool e drogas, Cultura de paz, Violência, Identificação de educandos com sinais de agravos, Saúde bucal, Atualização vacinal, Alimentação saudável e prevenção da obesidade, Saúde auditiva, Prevenção de IST/AIDS, Saúde ocular e identificação de sinais de alteração)	75%	25%	100%	0%	100%	0%
ASPECTOS (Gravidade, Tendência, Urgência)	75%	25%	25%	75%	25%	75%

Na Etapa II, as contribuições coletivas apontaram para a necessidade de adequação do conteúdo em todos os itens, conforme as atualizações estabelecidas pela Portaria nº 1.055, de 25 de abril de 2017, que redefine ações, objetivos, diretrizes e planejamento do Programa Saúde na Escola (PSE). Os participantes também sugeriram a substituição do construto original — gravidade, urgência, tendência — por uma nova tríade: magnitude, prioridade, potencial de participação. A justificativa para essa mudança baseou-se na compreensão de que não se tratava de “problemas graves”, mas sim de “demandas”, e que o foco não estava em “urgências gerenciais”, e sim em “prioridades de gestão”. Além disso, considerou-se que a “tendência de agravamento de situações” não era um parâmetro relevante para o contexto do PSE, sendo mais pertinente avaliar o potencial de aproveitamento dos recursos por meio de “soluções participativas” ou “potencial de participação” nas comunidades — aspecto considerado um nó crítico para a gestão do programa. Por fim, foi sugerida a explicitação conceitual de cada dimensão adotada, com o objetivo de facilitar a reflexão dos respondentes durante o processo avaliativo.

Os aspectos gravidade, urgência e tendência, correspondem ao acrônimo da Matriz GUT, ferramenta inicialmente prevista para a análise dos dados (Silva; Kersting; Griboggi,

2023). No entanto, diante das contribuições recebidas, reconheceu-se a pertinência dos apontamentos relacionados ao cotidiano das práticas em que se desenvolve o Programa Saúde na Escola (PSE), especialmente considerando a familiaridade das equipes com o ordenamento lógico presente no Manual Instrutivo do PSE e seus elementos gerenciais. Retomando o objetivo central dessa etapa exploratória — a construção de um instrumento válido para identificar prioridades no campo da gestão, com base nos aspectos que influenciam a execução do programa —, optou-se pela adaptação da matriz. As alterações foram incorporadas e, ao final do processo, alcançou-se consenso entre os participantes.

Tabela 2 – Aplicação do método Delphi adaptado, N = 4, etapa II, Campo Grande-MS, 2023

DIMENSÕES, COMPONENTES E ASPECTOS	ETAPA II					
	Conteúdo		Apresentação			
	Adequação		Clareza		Objetividade	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
I. DESEMPENHO POR EIXO DE AÇÃO (Combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> , Práticas de atividades físicas, sedentarismo e prevenção da obesidade, Álcool, tabaco e outras drogas, Cultura de paz e direitos humanos, Prevenção de violência e acidentes, Identificação de educandos com sinais de agravos e doenças em eliminação, Saúde bucal e aplicação de flúor, Verificação e atualização vacinal, Alimentação saudável e prevenção da obesidade, Saúde auditiva, Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS, Saúde ocular e identificação de sinais de alteração)	100%	0%	100%	0%	100%	0%
II. ALCANCE DOS OBJETIVOS (Promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do trabalho em rede, Articulação de ações e repercussões nas famílias dos educandos, Efeitos sobre a formação integral, Fortalecimento de um sistema de atenção social, Enfrentamento da vulnerabilidade, Comunicação integrada e efetiva)	100%	0%	100%	0%	100%	0%
III. DIRETRIZES (Trabalho em rede, Territorialidade, Interdisciplinaridade e intersetorialidade, Cuidado ao longo do tempo, Controle social, Monitoramento e avaliação permanente)	100%	0%	100%	0%	100%	0%
IV. PLANEJAMENTO (Diagnóstico local – saúde, Diagnóstico local – escola, Capacidade operativa – saúde, Capacidade operativa – escola, Alinhamento com o currículo, Registros SISAB e gestão da informação a partir da ficha de atividade coletiva)	100%	0%	100%	0%	100%	0%
ASPECTOS (Magnitude, Prioridade, Potencial de Participação)	100%	0%	100%	0%	100%	0%

A escolha do referido método permitiu conhecer, discutir, extrair e reunir as percepções dos gestores acerca de elementos normativos, de planejamento, desenvolvimento e avaliação do PSE. Sua aplicação favoreceu a aproximação entre os membros do GTI-M, servindo de elemento de conexão e troca de saberes. O anonimato permitiu a liberdade para expressão de posicionamentos e dúvidas, muito embora não tenha sido objeto de análise no presente estudo.

Concluída a elaboração do instrumento de coleta de dados, foram selecionadas duas Unidades de Saúde da Família (USF) para cada distrito sanitário do município de Campo Grande–MS, abrangendo as seguintes regiões: Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbirussu, Lagoa, Prosa e Segredo. No entanto, aderiram ao estudo somente uma USF por distrito.

A seleção foi realizada por meio de amostragem aleatória simples, na qual todas as 57 USF receberam um número identificador (de 1 a 57). O critério para definição da quantidade de unidades por distrito baseou-se na estrutura do distrito sanitário Centro, que conta com apenas duas USF, garantindo assim proporcionalidade e representatividade. Cabe destacar que, à época, o desenho municipal previa uma escola prioritária por região sanitária, selecionadas com base em critérios de vulnerabilidade — incluindo centros de educação infantil, escolas rurais, instituições que atendem alunos em medida socioeducativa e aquelas com predominância de estudantes oriundos de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda. O questionário foi encaminhado juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a resenha da proposta e o link de acesso ao vídeo instrutivo, de modo a estimular a participação das equipes coordenadora (GTI-M) e executora (UBSF e contexto escolar) do PSE.

O vídeo trazia breve apresentação dos objetivos, justificativa e aspectos éticos, além de instruções acerca da assinatura do TCLE e do preenchimento do questionário.

Para o tratamento dos dados e a priorização das demandas identificadas, foi aplicada uma adaptação da ferramenta Matriz GUT. Essa matriz tem como finalidade orientar decisões de gestão em relação a itens que exigem uma análise ampliada de importância, especialmente em contextos de atuação plural, como o do Programa Saúde na Escola (PSE). Os critérios que compõem a sigla GUT referem-se à gravidade do problema (G), à urgência para sua resolução (U) e à tendência de agravamento caso não haja intervenção adequada (T). Cada critério recebe uma pontuação, geralmente atribuída por meio de uma escala Likert de cinco pontos, e os valores são multiplicados entre si ($G \times U \times T$), resultando em um escore que indica o grau de prioridade de cada demanda, de forma escalonada. (Bassan, 2018; Silva; Kersting; Griboggi, 2023).

Considerando as modificações realizadas na Etapa II de refinamento do questionário, os componentes de cada uma das dimensões do instrumento — I. Desempenho por eixo de ação; II. Alcance dos objetivos; III. Diretrizes; IV. Planejamento — foram analisados com base em três critérios: magnitude (tamanho da demanda em relação à necessidade de monitoramento pela gestão), prioridade (nível de relevância do item avaliado) e potencial de participação (características da comunidade e grau de articulação entre as equipes de saúde e educação, elementos essenciais para a discussão coletiva das demandas locais e para a superação de obstáculos à implementação das ações do PSE no território). Cada item foi classificado como de baixa (não representa demanda), média (demanda urgente) ou alta prioridade (demanda prioritária), com pesos atribuídos conforme a escala: alta (3 pontos), média (2 pontos) e baixa (1 ponto).

A partir dessa adaptação, foi elaborada a tríade magnitude – prioridade – potencial de participação ($M \times P \times PP$), que deu origem ao instrumento de priorização denominado Matriz de Prioridades de Gestão do PSE. Essa matriz foi construída em consonância com as contribuições que fundamentaram o questionário, visando atender com maior precisão ao construto a ser validado. A Figura 6 demonstra a adaptação da Matriz GUT, aplicada ao estudo.

Figura 6 – Adaptação da Matriz GUT



Fonte: produção própria

4.5 Organização e análise de dados

O formulário continha quatro dimensões (I. Ações; II. Diretrizes; III. Objetivos; IV. Planejamento). Para cada uma delas, foram elaborados quesitos norteadores, considerando a composição idealizada e predefinida pelos Ministérios da Saúde e da Educação na instituição do programa e atualizada pela Portaria nº 1.055, de 25 de abril de 2017.

Nesse sentido, o referido instrumento ficou assim estruturado, segundo suas dimensões e respectivos componentes:

1. Dimensão I – Ações: prevenção de violências e acidentes; direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS; álcool, tabaco, *crack* e outras drogas; alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; saúde bucal e aplicação de flúor; verificação e atualização de calendário vacinal; combate ao mosquito *Aedes aegypti*; saúde ocular e sinais de alteração; cultura de paz, cidadania e direitos humanos; sinais de agravamento de doenças em eliminação; saúde auditiva; atividades físicas e lazer.
2. Dimensão II – Diretrizes: interdisciplinaridade e intersetorialidade; monitoramento e avaliação permanente; cuidado ao longo do tempo; integralidade; integração e articulação em rede; territorialidade; controle social; descentralização e respeito à autonomia federativa.
3. Dimensão III – Objetivos: enfrentamento e redução das vulnerabilidades; articulação de ações integradas; estímulo e fortalecimento de um sistema de atenção social; comunicação integrada e efetiva; promoção da saúde, prevenção de agravamento e fortalecimento do trabalho em rede.
4. Dimensão IV – Planejamento: diagnóstico local – contexto escolar; diagnóstico local – contexto saúde; alinhamento com o currículo escolar e a política de educação integral; capacidade operativa das unidades de saúde; capacidade operativa das escolas; registros adequados no SISAB e gestão da informação.

Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Excel e tratados a partir da multiplicação dos resultados obtidos com a classificação dos aspectos, e, posteriormente, ordenados de forma crescente. A Figura 7 representa a Matriz de Prioridades PSE, seus elementos e aplicação.

Figura 7 – Matriz de prioridades PSE

MATRIZ DE PRIORIDADES PSE				
Pontos	M Magnitude da demanda	P Prioridade para a gestão	PP Potencial de participação	M x P x PP
3	Trata-se de uma demanda prioritária	Requer uma ação imediata	Potencial de participação alto	$3 \times 3 \times 3 = 27$
2	Trata-se de uma demanda urgente ou moderada	Necessária ação em médio prazo	Potencial de participação moderado	$2 \times 2 \times 2 = 8$
1	Não representa uma demanda	Não necessita ação gerencial diferenciada	Potencial de participação baixo	$1 \times 1 \times 1 = 1$

Fonte: produção própria

A classificação individual dos aspectos “magnitude”, “prioridade” e “potencial de participação” foi realizada com base nos valores obtidos a partir da moda (MO), correspondente à pontuação mais frequente entre os respondentes. Complementarmente, foram calculadas a média (M) e o desvio padrão (DP) das respostas, o que permitiu uma análise mais aprofundada das variações e tendências de percepção entre os participantes. Esses parâmetros estatísticos contribuíram para a compreensão das prioridades atribuídas PSE nas diferentes regiões sanitárias do município, oferecendo subsídios para a identificação de padrões e para o aprimoramento da gestão local. A Figura 8 demonstra a finalidade das métricas aplicadas.

Figura 8 – Finalidade das métricas aplicadas



Fonte: produção própria

A elaboração da Matriz de Prioridades PSE, à luz da ferramenta de gestão Matriz GUT, favoreceu a análise crítica em relação às ações e demandas, considerando o nível de importância dos itens. As pontuações predefinidas determinaram a identificação das prioridades de gestão e, posteriormente, o delineamento de indicadores multiestratégicos para monitoramento.

4.6 Aspectos éticos

O estudo atendeu aos princípios que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, a partir da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o parecer nº 4.164.583/2020.

Quanto aos benefícios, o estudo propõe instrumento de gestão para identificação de prioridades, chamado Matriz Avaliativa de Prioridades de Gestão do PSE, com vistas a contribuir para a melhoria dos serviços locais na esfera avaliativa do PSE, considerando tessituras presentes nos territórios. Também sugere três indicadores de gestão, subsidiados pela priorização.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PSE no município de Campo Grande: processo, gestão e desafios

O PSE sofreu modificações ao longo do tempo, de modo que houvesse aprimoramento de suas estratégias de ação, distribuição de recursos e alinhamento com as demandas territoriais. Implementado em Campo Grande-MS desde 2007, a gestão municipal acompanhou tais mudanças e passa por um processo de reestruturação da gestão, intimamente ligada ao desenho sociopolítico na construção dos serviços de saúde voltados à criança e ao adolescente (Campo Grande, 2022a).

Acompanhando o cenário nacional, onde a cobertura do PSE já alcançou 97% do território, com adesão de 5.422 municípios, 97.389 escolas pactuadas e 23.426.003 estudantes beneficiados, o município possui uma cobertura de 92% e segue estimulando a adesão das escolas (Brasil, 2022; Campo Grande, 2022a).

Para compreender a percepção da equipe coordenadora do PSE em relação ao desenvolvimento do programa, foi aplicada a tempestade de ideias, a partir da questão norteadora: “Gestão do PSE: estamos falando de quê?”, cujas expressões estão demonstradas na Figura 9, destacando-se os termos mais recorrentes.

Figura 9 – Nuvem de palavras relacionadas à gestão do PSE, N=4, Campo Grande-MS, 2023



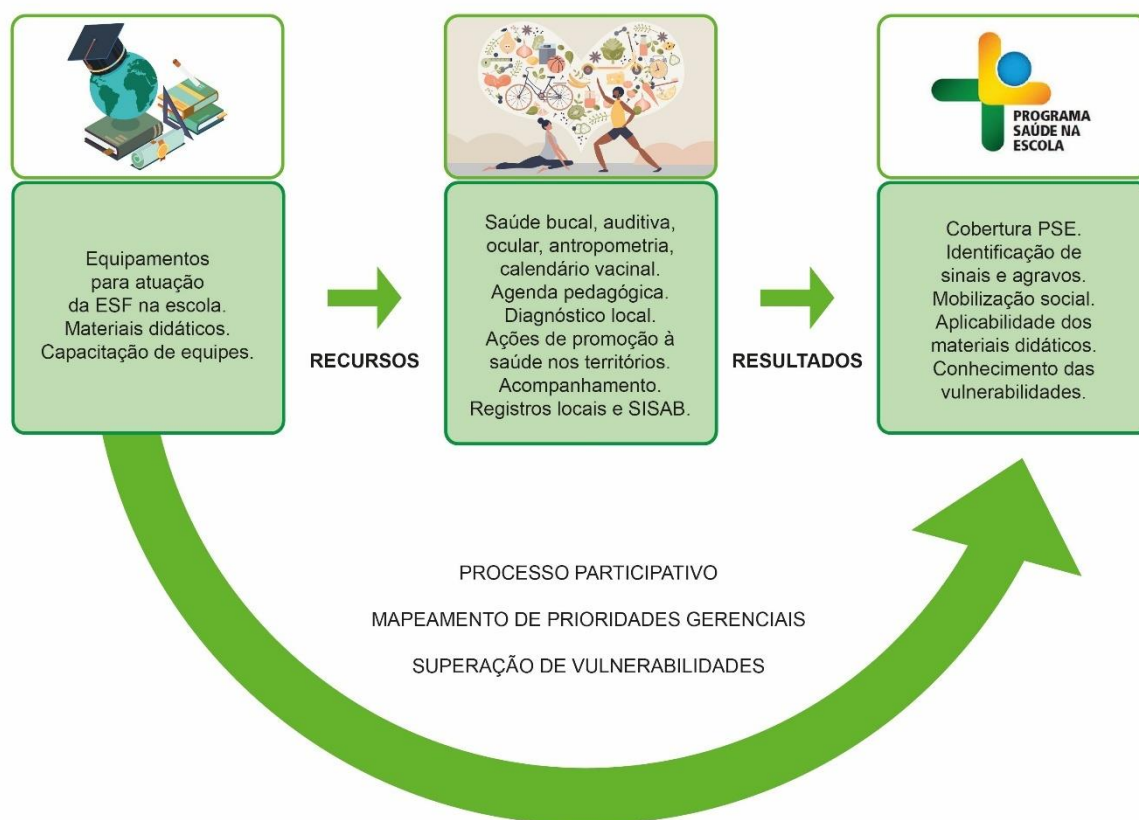
Fonte: produção própria

As reflexões coletivas, estimuladas pela tempestade de ideias, bem como a leitura participativa dos aspectos normativos, operativos e avaliativos, permitiram identificar percepções acerca dos fundamentos gerenciais em que se pauta a coordenação do PSE. Destacaram-se, conforme indicado na Figura 11, aspectos como coletividade, determinantes

sociais, interesses da comunidade, intersetorialidade e saúde da família, o que indica reconhecimento de elementos integradores que participam do desenvolvimento das ações do PSE, dentre os quais estiveram a relevância do diagnóstico local (interesses da comunidade) e da capacidade operativa das instituições onde se dão as ações do programa (determinantes sociais, saúde da família, intersetorialidade e coletividade).

Para Cohen e Franco (1999), essas reflexões são necessárias à sobrevivência operacional dos programas e, no contexto analisado, favoreceram a aproximação entre os membros do GTI-M, bem como contribuíram para a troca de saberes e elaboração de um modelo visual acerca da gestão e do trabalho desenvolvido a partir do PSE, conforme expõe a Figura 10.

Figura 10 – Modelo visual de gestão e trabalho do PSE no município de Campo Grande-MS, 2023



Fonte: produção própria

A elaboração desse modelo, ilustrou a cadeia operacional das demandas de gestão, relacionando o processo gerencial aos desdobramentos das ações do programa.

Como destaca Contandriopoulos (2006), a construção do desenho operacional do programa entre os *stakeholders* (grupo de interesse) é fundamental para abordar os mecanismos

que participam da intervenção, bem como para identificar pontos críticos que influenciam direta e indiretamente na gestão.

Considerando as especificidades municipais, a saúde do escolar surge como uma potente iniciativa para o fortalecimento da promoção da saúde e a superação de vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de escolares no município, caracterizado por sua pluralidade socioeconômica, presença de assentamentos rurais e instituições penitenciárias no perímetro urbano, aterro sanitário, áreas de descarte de outros resíduos sólidos, proximidade com contextos fronteiriços, ciganos, comunidades quilombolas e reserva indígena urbana (Campo Grande, 2022a).

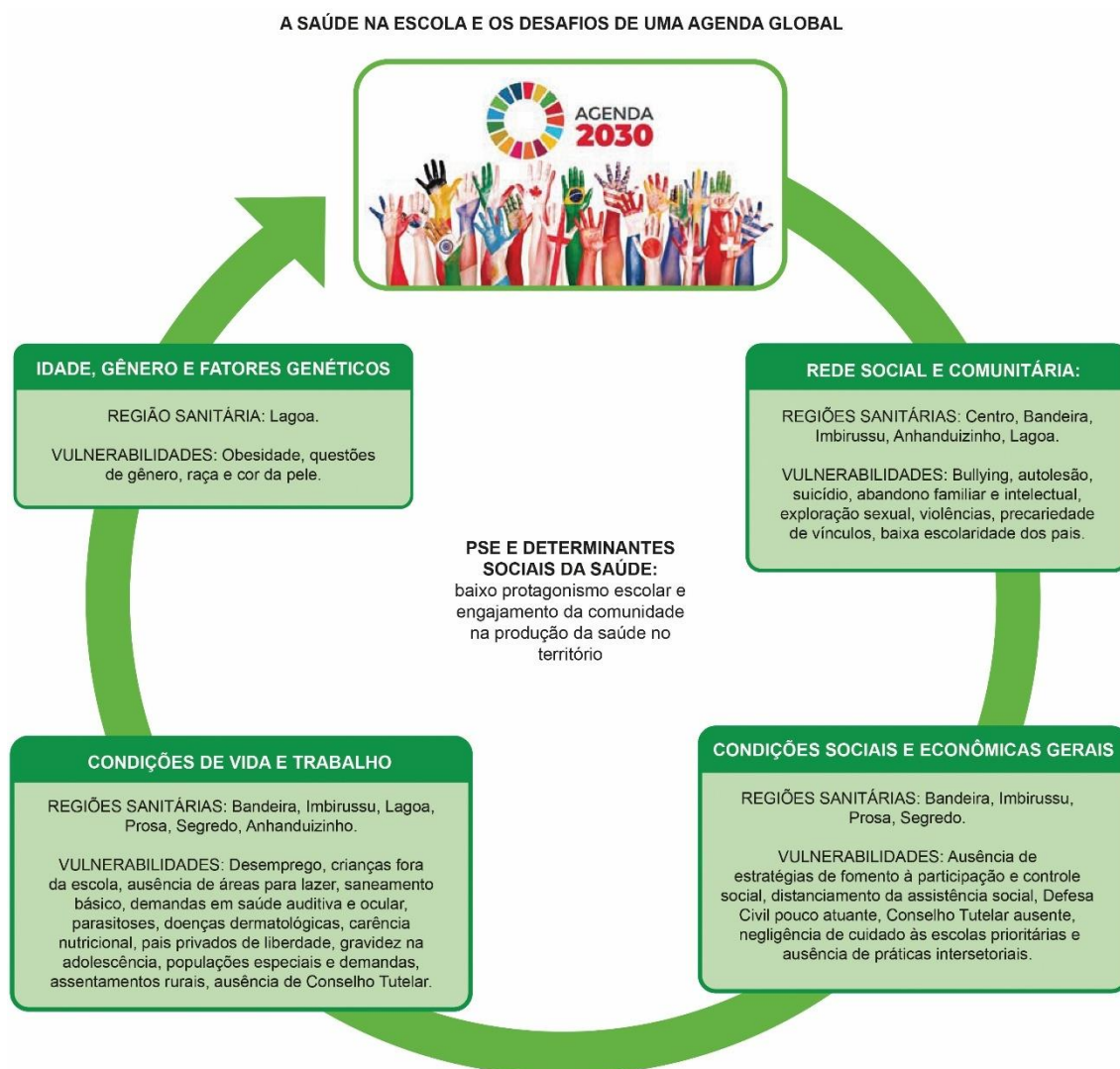
Tais características representam fatores de ordem social, econômica, cultural, étnico-racial, psicológica e comportamental, que influenciam as condições de vida e trabalho, produzindo efeitos na saúde de pessoas e coletividades. São os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), os quais, seguindo um modelo específico de análise (Dahlgren e Whitehead), condicionam os estilos de vida individuais, relacionam saúde e igualdade social e destacam a influência das redes comunitárias como sendo de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Quando não observadas pelo poder público, favorecem o estabelecimento de tessituras que, dentre outros aspectos, impactam diretamente na saúde dessa população (Silva, 2019). O presente estudo buscou conhecer tais tessituras, vivenciadas no cotidiano das escolas e registradas nos relatórios locais das USF.

De acordo com os relatórios analisados, diversos fatores relacionados ao estilo de vida foram destacados, tais como o consumo de álcool, drogas e tabaco, o sedentarismo, a precariedade dos hábitos de higiene e a baixa adesão à vacinação por parte das famílias. A saúde mental, excluída das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) em 2016 e reintegrada no ciclo 2023–2024, foi apontada como uma dimensão fragilizada, evidenciada por situações recorrentes de bullying, autolesão, tentativas e ocorrências de suicídio, abandono familiar e intelectual, conflitos familiares, agressividade, violência, vínculos precários e estruturas familiares disfuncionais. No que se refere às condições de vida e trabalho, o desemprego e a escassez de espaços adequados para lazer foram mencionados em todos os distritos sanitários, conforme os registros disponíveis.

As vulnerabilidades presentes nos territórios e sua relação com os DSS estão demonstradas na Figura 11, na ordem e na forma como foram descritas nos relatórios produzidos pelas equipes.

Figura 11 – PSE, DSS e Agenda Global: Vulnerabilidades sociais e desafios identificados por distrito sanitário no município de Campo Grande-MS, 2023



Fonte: produção própria

Identificar as principais vulnerabilidades e reconhecer a influência dos DSS em relação às demandas territoriais permite discutir um planejamento mais satisfatório, que considere a intersetorialidade no âmbito do PSE e promova a integralidade do cuidado dedicado a essa população (Silva, 2019).

Além disso, vale destacar a necessidade de alinhar as ações do PSE com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais foram propostos pela ONU sob a forma de agenda para melhorar as condições globais até 2030 e estão diretamente relacionados aos desafios de desenvolvimento enfrentados pelo Brasil e pelo mundo (Organização das Nações Unidas do Brasil, 2018).

Nesse contexto, destaca-se a importância do registro sistemático das ações realizadas nas escolas, como elemento essencial para a produção de informações locais confiáveis e úteis ao monitoramento e à avaliação do PSE. O estudo identificou os instrumentos utilizados pela gestão municipal para esse fim, dentre eles o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e o software e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), por meio da Ficha de Atividade Coletiva. O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), embora previsto, não foi amplamente utilizado, conforme relato da equipe coordenadora do PSE no município. A justificativa para essa limitação está relacionada ao processo de implementação do SISAB, às restrições de infraestrutura digital nas USF, às etapas de implantação do e-SUS, bem como à necessidade de capacitação das equipes quanto ao uso dos sistemas de informação em saúde, especialmente no que se refere às ações do programa. (Campo Grande, 2022a).

Muito embora os critérios para monitoramento e avaliação das ações sejam predefinidos pelos ministérios da Saúde e da Educação, a gestão municipal, institucionalizada na figura do GTI-M, deve propor estratégias específicas para implementação e gestão do cuidado, dentre as quais se destaca a elaboração de indicadores locais para acompanhamento das ações desenvolvidas nos territórios (Brasil, 2018a; Wachs *et al.*, 2022).

Estas, por sua vez, deveriam ser predefinidas na pactuação a cada ciclo, pois estão relacionadas diretamente às atividades realizadas nas escolas, por meio do planejamento anual de pactuação (Brasil, 2017; Fontenele *et al.*, 2017; Rumor *et al.*, 2022). Todavia, não foram encontrados registros acerca da elaboração e/ou uso de indicadores locais para monitoramento das ações no município, desde a implementação do programa na esfera municipal.

A elaboração de instrumentos locais para monitoramento pode facilitar o registro das informações geradas a partir do desenvolvimento do PSE, como indica experiência exitosa ocorrida no Rio de Janeiro. Concomitantemente à implantação do e-SUS, a Secretaria Municipal de Saúde, por intermédio do GTI-M, instituiu uma ficha complementar para registro das informações, iniciativa que auxiliou no processo de planejamento, monitoramento e avaliação local do PSE, trazendo robustez e qualidade aos dados dispostos na Ficha de Atividade Coletiva (Rio de Janeiro, 2020).

Destaca-se que, somente a partir de 2018, o Ministério da Saúde passou a recomendar a utilização de indicadores no âmbito da avaliação do PSE, com base em documento orientador, a saber: 1. Quantidade de tipos de ações realizadas por escola no conjunto das ações pactuadas (exceto *Aedes aegypti*), incluindo as adicionadas pelo município; 2. Cobertura das ações de

combate ao mosquito *Aedes aegypti* nas escolas pactuadas; 3. Cobertura do PSE nas escolas pactuadas na adesão (Brasil, 2018a; Lopes; Nogueira; Rocha, 2018).

Considerando os dados locais disponíveis, observou-se subutilização dos indicadores no contexto do PSE. O Indicador 1, voltado à quantificação dos tipos de ações realizadas, não permitiu identificar quais atividades foram desenvolvidas em cada escola pactuada, uma vez que os registros, em muitos casos, apresentavam apenas o número total de ações por distrito sanitário, sem detalhamento por unidade escolar. O Indicador 2, referente às ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, foi registrado simultaneamente por escola, por USF e por distrito sanitário, o que comprometeu a fidedignidade da mensuração devido à duplicidade de informações e à ausência de critérios padronizados. Quanto ao Indicador 3, relacionado à cobertura do PSE, os registros demonstraram que nem todas as escolas pactuadas listaram as ações realizadas em articulação com as USF, impossibilitando a confirmação da efetiva execução das atividades previstas (Campo Grande, 2022b).

Para o ciclo 2022–2023, foram estabelecidos dois novos indicadores com finalidade de repasse de recursos: (1) realização da ação de prevenção à Covid-19 nas escolas; e (2) realização de, no mínimo, mais duas ações do PSE (Brasil, 2021). No entanto, não foi possível correlacionar esses indicadores aos registros locais disponíveis, devido à incompletude dos dados presentes na Ficha de Atividade Coletiva, acessada em dezembro de 2022 junto à equipe coordenadora do programa. No SISAB, os dados registrados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em 2022 apontaram a realização de 17.720 atividades, com participação de 230.814 pessoas em todos os níveis de ensino e turnos, porém sem especificações que permitissem vincular essas ações diretamente ao PSE (Brasil, 2023).

Nos arquivos municipais, foram identificados documentos diversos, como relatórios de atividades sem periodicidade definida, planilhas de ações realizadas por escolas e equipes pactuadas, atas de reuniões de planejamento anual, termos de compromisso e listas de escolas pactuadas nos ciclos 2019–2021 e 2022–2023 (Campo Grande, 2022a; 2022b). Durante o período de realização do estudo, registrou-se ainda a troca de gestores e, conseqüentemente, a reconfiguração das equipes atuantes na Atenção Básica, na composição do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) e nas secretarias responsáveis pela atenção à saúde da criança e do adolescente no município.

É mister destacar que a realização deste estudo se deu em um contexto de pandemia, a qual foi provocada pelo novo coronavírus e impôs restrições e mudanças drásticas no modo de vida e trabalho das pessoas e instituições. Tal condição pode explicar a não adesão de nenhuma

das escolas prioritárias ao referido estudo, haja vista a suspensão das atividades escolares por período prolongado e as dificuldades para retomar os trabalhos neste cenário.

Dadas as diretrizes do PSE, a institucionalização do GTI-M requer, dentre outros aspectos, a identificação de atores potenciais para o desenvolvimento de planejamentos estratégicos nos territórios, de modo a contemplar escolas prioritárias com adesão efetiva às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, considerando suas singularidades (Brasil, 2007; Brasil, 2017; Fernandes *et al.*, 2022).

Quanto a esse parâmetro, analisando a composição do GTI-M no município, bem como os aspectos valorizados a partir da aplicação da tempestade de ideias, observou-se que a rotatividade de integrantes, por exemplo, limita a possibilidade de identificar atores potenciais e repercute na autonomia e na efetivação de uma gestão horizontal — tida como essencial para o desenvolvimento do PSE. Tais limitações relacionam-se à descentralização e produzem efeitos diretos sobre outras diretrizes, como, por exemplo, controle social, monitoramento e avaliação permanente.

Para Silva (2019), a horizontalidade pressupõe propostas de avaliação, dialogadas entre diferentes setores, sem temor por parte das instituições, uma vez que os objetivos e atividades favoráveis à promoção da saúde são comuns e compartilhados. A intersectorialidade prevê, justamente, que haja a criação de espaços para reflexão e crescimento em relação à integralidade do cuidado, o que, ainda, segundo o autor, não ocorre sob uma perspectiva democrática. Aborda os efeitos negativos de relações gerenciais autoritárias e centralizadoras na gestão do PSE, bem como seus efeitos negativos no comprometimento das práticas pedagógicas e na efetivação do cuidado ao longo do tempo em relação a essa população.

O estudo não objetivou avaliar o cuidado ao longo do tempo, como dispõe uma das diretrizes do programa. No entanto, identificou, nas entrelinhas dos relatórios e na não adesão por parte das escolas prioritárias, o que se pode chamar de “distanciamento das diretrizes”, especialmente em relação à articulação em rede. Na análise da magnitude e do nível de prioridade, a dimensão que abordou as diretrizes do PSE foi considerada relevante para a elaboração de indicadores de gestão, mas apresentou potencial participativo moderado e desvio padrão indicando alta divergência entre os participantes. Logo, o significado de “educar para a saúde”, o qual fundamenta a elaboração das diretrizes do PSE, requer um debate ampliado e reflexivo que fomente a descentralização das ações, para que possa, de fato, chegar às escolas, valorizando a participação da comunidade, garantindo o controle social e a autonomia das

equipes que atuam nos territórios onde se dão as práticas do referido programa (Chiari *et al.*, 2018; Silva, 2019; Wachs *et al.*, 2022).

Ainda em relação às diretrizes, destacou-se, no presente estudo, o esforço das equipes de saúde em mapear as vulnerabilidades territoriais que norteiam a realização das ações, empenho intimamente ligado à territorialidade, diretriz abordada por Fernandes *et al.* (2022). Muito embora tal iniciativa seja de suma importância para a continuidade do programa, observou-se certo distanciamento da promoção à saúde, visto que os registros valorizaram aspectos diretamente relacionados ao adoecimento e à baixa escolaridade dos integrantes das famílias, com sugestões inclinadas ao tratamento clínico (Campo Grande, 2022b).

Vale frisar, de acordo com Silva (2019) e Fernandes *et al.* (2022), que a proposta apresentada pelo PSE coloca em evidência a necessidade de superação das práticas higienistas e medicalizantes no manejo do fracasso escolar, além de trazer para o debate a necessidade de congregar estratégias e mecanismos que fomentem o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde que comprometem o desenvolvimento dessas ações, as quais devem promover a saúde e permitir escolhas mais saudáveis, garantindo equidade, igualdade e justiça social nos territórios plurais que compõem o Brasil.

Para isso, é fundamental conhecer as percepções dos gestores acerca dos elementos que compõem cada uma das dimensões do programa, o que envolve desde a realização das ações (dimensão operativa) até os quesitos avaliativos e de atenção às diretrizes (dimensão propositiva), dada uma perspectiva intersetorial e participativa (Brasil, 2009, 2017; Fernandes *et al.*, 2022).

Nesse sentido, a partir da priorização, o estudo buscou identificar tais percepções em relação ao cotidiano das práticas de gestão, considerando a aplicação da Matriz Avaliativa PSE, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Priorização dos aspectos gerenciais relacionados às dimensões do PSE e seus componentes, n=11, Campo Grande-MS - 2023

MATRIZ AVALIATIVA PSE	M	P	PP	M x P x PP
I. AÇÕES				
1. Verificação e atualização de calendário vacinal	3	3	3	27
2. Alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil	3	3	3	27
3. Combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>	3	3	2	18
4. Álcool, tabaco, <i>crack</i> e outras drogas	3	3	2	18
5. Prevenção das violências e acidentes	3	3	2	18
6. Saúde bucal e aplicação de flúor	3	3	2	18
7. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS	3	3	2	18
8. Cultura de paz, cidadania e direitos humanos	3	2	2	12
9. Saúde auditiva	3	2	2	12
10. Atividades físicas e lazer	2	2	2	8
11. Sinais de agravamento de doenças em eliminação	2	2	2	8
12. Saúde ocular e sinais de alteração	2	2	2	8
II. OBJETIVOS				
1. Articulação de ações integradas	3	3	3	27
2. Enfrentamento e redução de vulnerabilidades	3	3	3	27
3. Efeitos sobre a formação integral	3	3	2	18
4. Comunicação integrada e efetiva	3	3	2	18
5. Estímulo e fortalecimento da participação social: escola, saúde, famílias	3	3	2	18
6. Promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do trabalho em rede	3	2	2	12
7. Fortalecimento de um sistema de atenção social	3	2	2	12
III. DIRETRIZES				
1. Cuidado ao longo do tempo	3	3	3	27
2. Integração e articulação em rede	3	3	2	18
3. Territorialidade	3	3	2	18
4. Controle social	3	3	2	18
5. Monitoramento e avaliação permanente	3	3	2	18
6. Descentralização e respeito à autonomia federativa	3	2	2	12
7. Interdisciplinaridade e intersetorialidade	3	2	2	12
8. Integralidade	2	2	2	8
IV. PLANEJAMENTO				
1. Diagnóstico local – contexto saúde	3	3	2	18
2. Capacidade operativa das unidades de saúde	3	3	2	18
3. Registros adequados no SISAB e gestão da informação	3	3	2	18
4. Alinhamento com o currículo escolar e a política de educação integral	3	2	2	12
5. Diagnóstico local – contexto escolar	3	3	1	9
6. Capacidade operativa das escolas	2	3	1	6

Legenda: M = magnitude; P = prioridade; PP = potencial de participação

Fonte: dados do estudo

Dadas as dimensões do PSE analisadas no presente estudo (I. Ações; II. Objetivos; III. Diretrizes; IV. Planejamento), os componentes considerados prioritários à elaboração de indicadores para monitoramento e avaliação, em razão do potencial de participação, foram, respectivamente, Dimensão I: verificação e atualização de calendário vacinal; alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; Dimensão II: articulação de ações integradas; enfrentamento e redução de vulnerabilidades; Dimensão III: cuidado ao longo do tempo;

Dimensão IV: diagnóstico local – contexto saúde; capacidade operativa das unidades de saúde; registros adequados no SISAB e gestão da informação.

No que tange às principais fragilidades e singularidades apontadas nos registros locais realizados pelas equipes das USF, as ações desenvolvidas a partir do PSE mostraram-se tímidas em relação à participação social nos territórios onde se dão.

Em razão disso, muito embora outros componentes tenham sido reconhecidos como demandas de magnitude e prioridade altas, estes foram percebidos pelas equipes como sendo de moderado potencial de participação por parte da comunidade local (saúde, escola, família, parceiros). Considerando a necessidade de práticas gerenciais integradas, o potencial de participação repercute negativamente na elaboração de indicadores locais, no monitoramento efetivo e na avaliação por parte da gestão, no âmbito das USF (Baroni; Silva, 2022).

Obtido a partir da moda, o desempenho de cada uma das dimensões e seus respectivos componentes abordados no presente estudo será apresentado pelas Tabelas de 4 a 13, de modo a permitir a identificação das métricas aplicadas e favorecer a compreensão da origem dos dados geradores da Tabela 3.

Tabela 4 – Desempenho da dimensão I e seus componentes em relação à magnitude das demandas gerenciais a partir do PSE, n=11, Campo Grande-MS - 2023

AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	GRAU DE MAGNITUDE	MÉTRICAS APLICADAS	
		Média	Desvio Padrão
1. Combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>	3	2,5	0,5
2. Álcool, tabaco, <i>crack</i> e outras drogas	3	2,7	0,4
3. Cultura de paz, cidadania e direitos humanos	3	2,5	0,7
4. Prevenção das violências e acidentes	3	2,8	0,4
5. Saúde bucal e aplicação de flúor	3	2,6	0,5
6. Verificação e atualização de calendário vacinal	3	2,6	0,5
7. Alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil	3	2,7	0,4
8. Saúde auditiva	3	2,3	0,7
9. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS	3	2,7	0,4
10. Atividades físicas e lazer	2	2,2	0,6
11. Sinais de agravamento de doenças em eliminação	2	2,3	0,4
12. Saúde ocular e sinais de alteração	2	2,5	0,5

Fonte: dados do estudo

A Tabela 4 mostra que, dadas as demandas gerenciais, 75% das ações do PSE foram consideradas de alta magnitude pelos participantes. A média variou entre 2,2 e 2,8. O desvio padrão variou entre 0,4 e 0,7, tendo em vista as diferentes necessidades presentes nos territórios.

Tabela 5 – Desempenho da dimensão I e seus componentes em relação à prioridade das demandas gerenciais a partir do PSE, n=11, Campo Grande-MS - 2023

AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	NÍVEL DE PRIORIDADE	MÉTRICAS APLICADAS	
		Média	Desvio Padrão
1. Combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>	3	2,7	0,4
2. Álcool, tabaco, <i>crack</i> e outras drogas	3	2,6	0,5
3. Prevenção das violências e acidentes	3	2,6	0,5
4. Saúde bucal e aplicação de flúor	3	2,5	0,7
5. Verificação e atualização de calendário vacinal	3	2,6	0,5
6. Alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil	3	2,5	0,7
7. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS	3	2,5	0,5
8. Saúde ocular e sinais de alteração	2	2,3	0,7
9. Atividades físicas e lazer	2	2,2	0,6
10. Cultura de paz, cidadania e direitos humanos	2	2,4	0,6
11. Sinais de agravamento de doenças em eliminação	2	2,1	0,7
12. Saúde auditiva	2	2,4	0,6

Fonte: dados do estudo

Conforme Tabela 5, com nível de prioridade alto, 58,3% das ações foram consideradas potenciais à elaboração de indicadores. A média variou entre 2,1 e 2,7, e o desvio padrão, entre 0,4 e 0,7.

A ação relacionada à prática de atividade física foi considerada moderadamente prioritária no cenário em análise. No entanto, quando relacionada com a ação voltada à promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil (considerada prioritária), observou-se certo distanciamento no que tange à percepção dos gestores, em face da integração das ações para o alcance dos objetivos do referido programa.

Tabela 6 – Desempenho da dimensão I e seus componentes em relação ao potencial de participação a partir das demandas gerenciais do PSE, n=11, Campo Grande-MS - 2023

AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	POTENCIAL DE PARTICIPAÇÃO	MÉTRICAS APLICADAS	
		Média	Desvio Padrão
1. Alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil	3	2,6	0,4
2. Verificação e atualização de calendário vacinal	3	2,8	0,3
3. Saúde bucal e aplicação de flúor	2	2,4	0,6
4. Sinais de agravamento de doenças em eliminação	2	2,0	0,7
5. Prevenção das violências e acidentes	2	2,2	0,6
6. Cultura de paz, cidadania e direitos humanos	2	2,2	0,6
7. Álcool, tabaco, <i>crack</i> e outras drogas	2	2,2	0,7
8. Atividades físicas e lazer	2	2,2	0,8
9. Saúde ocular e sinais de alteração	2	2,0	0,7
10. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS	2	2,3	0,4
11. Saúde auditiva	2	2,2	0,7
12. Combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>	2	2,3	0,7

Fonte: dados do estudo

Em relação ao potencial de participação, consoante Tabela 6, o estudo indicou que 83,3% dos componentes mostraram-se moderadamente potenciais à elaboração de soluções participativas. Esse aspecto pode explicar, hipoteticamente, limitações gerenciais para intervir nas situações de vulnerabilidade, destacadas inicialmente. A média variou entre 2,0 e 2,8, e o desvio padrão, entre 0,3 e 0,8. Vale frisar que as divergências de percepção que alcançaram maior nível estiveram relacionadas à prática de atividade física e lazer.

Tabela 7 – Desempenho da dimensão II e seus componentes em relação à magnitude das demandas gerenciais a partir do PSE, n=11, Campo Grande-MS - 2023

OBJETIVOS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	GRAU DE MAGNITUDE	MÉTRICAS APLICADAS	
		Média	Desvio Padrão
1. Promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do trabalho em rede	3	2,5	0,4
2. Articulação de ações integradas	3	2,7	0,4
3. Efeitos sobre a formação integral	3	2,6	0,4
4. Fortalecimento de um sistema de atenção social	3	2,6	0,4
5. Enfrentamento e redução de vulnerabilidades	3	2,9	0,2
6. Comunicação integrada e efetiva	3	2,6	0,4
7. Estímulo e fortalecimento da participação social: escola, saúde, famílias	3	2,7	0,4

Fonte: dados do estudo

Como evidenciado na Tabela 7, todos os objetivos do programa foram considerados de alta magnitude. A média variou entre 2,5 e 2,9, e o desvio padrão, entre 0,2 e 0,4, sendo a dimensão em que se observou menor divergência de percepções entre os participantes neste quesito de análise. Enfrentar e reduzir vulnerabilidades foi o objetivo que apresentou maior média e menor desvio padrão, indicando uma percepção favorável à necessidade de medi-lo.

Tabela 8 – Desempenho da dimensão II e seus componentes em relação à prioridade das demandas gerenciais a partir do PSE, n=11, Campo Grande-MS - 2023

OBJETIVOS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	GRAU DE PRIORIDADE	MÉTRICAS APLICADAS	
		Média	Desvio Padrão
1. Articulação de ações integradas	3	2,5	0,6
2. Efeitos sobre a formação integral	3	2,2	0,7
3. Enfrentamento e redução de vulnerabilidades	3	2,9	0,4
4. Comunicação integrada e efetiva	3	2,6	0,4
5. Estímulo e fortalecimento da participação social: escola, saúde, famílias	3	2,4	0,6
6. Promoção da saúde, prevenção de agravo e fortalecimento do trabalho em rede	2	2,5	0,6
7. Fortalecimento de um sistema de atenção social	2	2,3	0,6

Fonte: dados do estudo

De acordo com a Tabela 8, cerca de 71,4% dos objetivos foram reconhecidos pelo alto grau de prioridade em relação ao monitoramento e à necessidade de avaliação. O componente relacionado aos efeitos sobre a formação integral apresentou o maior desvio padrão, em consonância com os aspectos que participaram da construção do modelo visual do trabalho desenvolvido a partir do PSE (figura 10), no início dos trabalhos propostos pelo presente estudo.

Em seguida, conforme exposto na Tabela 9, com potencial de participação essencialmente moderado, a articulação das ações integradas, bem como o enfrentamento e redução de vulnerabilidades, foram os objetivos que se destacaram como altamente potenciais à elaboração de soluções participativas. A média variou entre 1,9 e 2,2, e o desvio padrão, entre 0,5 e 0,8, dadas as singularidades territoriais e seus respectivos potenciais de participação que pululam neste contexto.

Tabela 9 – Desempenho da dimensão II e seus componentes em relação ao potencial de participação a partir das demandas gerenciais do PSE, n=11, Campo Grande-MS - 2023

OBJETIVOS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	POTENCIAL DE PARTICIPAÇÃO	MÉTRICAS APLICADAS	
		Média	Desvio Padrão
1. Articulação de ações integradas	3	2,1	0,8
2. Enfrentamento e redução de vulnerabilidades	3	2,2	0,7
3. Promoção da saúde, prevenção de agravo e fortalecimento do trabalho em rede	2	2,1	0,5
4. Efeitos sobre a formação integral	2	1,9	0,7
5. Fortalecimento de um sistema de atenção social	2	2,0	0,7
6. Comunicação integrada e efetiva	2	2,0	0,7
7. Estímulo e fortalecimento da participação social: escola, saúde, famílias	2	2,0	0,7

Fonte: dados do estudo

Já na Tabela 10, verifica-se que as diretrizes do programa foram consideradas como sendo de magnitude alta, ao mesmo tempo em que a reflexão sobre elas provocou divergência de percepções entre os gestores participantes. A média variou entre 2,2 e 2,5, e o desvio padrão, entre 0,6 e 0,8. Intimamente relacionado aos aspectos levantados a partir da tempestade de ideias e das informações descritas nos relatórios elaborados pelas equipes de saúde, observou-se certo distanciamento entre o cotidiano de práticas e as diretrizes do PSE, o qual será discutido adiante.

Tabela 10 – Desempenho da dimensão III e seus componentes em relação à magnitude das demandas gerenciais a partir do PSE, n=11, Campo Grande-MS - 2023

DIRETRIZES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	GRAU DE MAGNITUDE	MÉTRICAS APLICADAS	
		Média	Desvio Padrão
1. Descentralização e respeito à autonomia federativa	3	2,2	0,8
2. Integração e articulação em rede	3	2,3	0,7
3. Territorialidade	3	2,3	0,7
4. Interdisciplinaridade e intersetorialidade	3	2,4	0,6
5. Integralidade	2	2,3	0,6
6. Cuidado ao longo do tempo	3	2,5	0,8
7. Controle social	3	2,3	0,7
8. Monitoramento e avaliação permanente	3	2,5	0,7

Fonte: dados do estudo

Tabela 11 – Desempenho da dimensão III e seus componentes em relação à prioridade das demandas gerenciais a partir do PSE, n=11, Campo Grande-MS - 2023

DIRETRIZES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	NÍVEL DE PRIORIDADE	MÉTRICAS APLICADAS	
		Média	Desvio Padrão
1. Integração e articulação em rede	3	2,3	0,7
2. Territorialidade	3	2,4	0,8
3. Cuidado ao longo do tempo	3	2,3	0,9
4. Controle social	3	2,3	0,7
5. Monitoramento e avaliação permanente	3	2,4	0,8
6. Descentralização e respeito à autonomia federativa	2	1,9	0,8
7. Interdisciplinaridade e intersetorialidade	2	2,4	0,6
8. Integralidade	2	2,3	0,6

Fonte: dados do estudo

Observa-se, na Tabela 11, que as diretrizes do programa foram consideradas prioritárias em 62,5% de seus componentes. A média variou entre 1,9 e 2,4, e o desvio padrão, entre 0,6 e 0,9, indicando divergências de percepção entre os participantes. O maior desvio padrão foi observado no que se refere ao cuidado ao longo do tempo, diretamente ligado à atenção integrada e contínua a partir das ações desenvolvidas ao longo da trajetória escolar.

Tabela 12 – Desempenho da dimensão III e seus componentes em relação ao potencial de participação a partir das demandas gerenciais do PSE, n=11, Campo Grande-MS - 2023

DIRETRIZES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	POTENCIAL DE PARTICIPAÇÃO	MÉTRICAS APLICADAS	
		Média	Desvio Padrão
1. Cuidado ao longo do tempo	3	2,0	0,9
2. Descentralização e respeito à autonomia federativa	2	2,0	0,7
3. Integração e articulação em rede	2	1,9	0,7
4. Territorialidade	2	1,9	0,7
5. Interdisciplinaridade e intersetorialidade	2	2,1	0,7
6. Integralidade	2	2,0	0,7
7. Controle social	2	1,9	0,9
8. Monitoramento e avaliação permanente	2	1,9	0,8

Fonte: dados do estudo

Expresso na Tabela 12, o potencial de participação mostrou-se essencialmente moderado, mas o cuidado ao longo do tempo destacou-se como a diretriz com alto potencial para estabelecimento de soluções participativas quanto à elaboração de indicadores de

monitoramento e avaliação. A média variou entre 1,9 e 2,1, e o desvio padrão, entre 0,7 e 0,9, o que indicou divergência de percepções entre os participantes e contrariou a percepção deles em relação ao potencial de participação, considerado alto na análise deste componente.

Tais divergências estiveram alinhadas à literatura, a qual expôs aspectos negativos à construção da intersetorialidade, dentre os quais se destacaram a falta de intimidade de gestores com a articulação entre saberes presentes nas comunidades e a sustentabilidade das ações executadas no âmbito do PSE (Chiari *et al.*, 2018; Farias *et al.*, 2016; Schneider; Magalhães; Almeida, 2022).

Com média de 1,9 e elementos fundamentais apontados na elaboração do modelo lógico, a integração e articulação em rede mostrou-se ainda distante dos cenários de práticas, muito embora o componente territorialidade tenha sido a diretriz que recebeu maior atenção, de acordo com os achados. O mapeamento de vulnerabilidades territoriais e a identificação de potencialidades, explicitadas na ocasião da tempestade de ideias, representou movimento importante das equipes de saúde rumo à construção da intersetorialidade, a qual se mostrou, de acordo com os resultados, ainda distante do planejamento atual (vide Tabela 1, Planejamento, Componentes 5 e 6).

A I Semana Saúde na Escola, de acordo com os registros, representou estratégia de participação e controle social, contou com apoio de universidades e favoreceu a discussão de limitações que ainda comprometem o desenvolvimento do PSE (Campo Grande, 2022a). Estabelecer momentos para compartilhamento de experiências representa uma carência no âmbito do programa, a qual se deve, dentre outros aspectos, à falta de protagonismo das escolas, ao distanciamento das famílias em relação às ações, e à sobrecarga de trabalho vivenciada pelas equipes de saúde (Santos; Adinolfi, 2022).

De acordo com Silva (2019), o monitoramento e a avaliação permanente se traduzem como uma diretriz valorosa para a continuidade do programa. No entanto, o estudo identificou registros locais realizados sem frequência predefinida e/ou qualquer padronização, além de incompletos quanto às descrições necessárias à utilização do SISAB, através da Ficha de Atividade Coletiva. Isso indica a necessidade de capacitação por parte das equipes de saúde, bem como de “momentos” para educação permanente, de modo a integrar saúde e educação. Em consonância com a literatura, favorecer encontros para educação permanente e padronizar o registro de informações são desafios gerenciais que limitam a articulação intersetorial para a promoção da saúde (Rumor *et al.*, 2022).

Não foi identificado nenhum instrumento de gestão para discussão de demandas gerenciais no contexto local, e tal lacuna pode explicar o interesse do GTI-M em aderir à aplicação da metodologia participativa na construção do instrumento de coleta de dados para o presente estudo, a partir da adaptação do método Delphi. Com repercussões positivas para a gestão pública, a avaliação participativa valoriza o debate coletivo e viabiliza a construção de alternativas mais sensíveis e duradouras (Paim; Kovaeski; Moretti-Pires, 2016).

Tabela 13 – Desempenho da dimensão IV e seus componentes em relação à magnitude das demandas gerenciais a partir do PSE, n=11, Campo Grande-MS - 2023

AÇÕES DE PLANEJAMENTO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	GRAU DE MAGNITUDE	MÉTRICAS APLICADAS	
		Média	Desvio Padrão
1. Diagnóstico local – contexto escolar	3	2,7	0,4
2. Diagnóstico local – contexto saúde	3	2,4	0,6
3. Capacidade operativa das unidades de saúde	3	2,3	0,8
4. Alinhamento com o currículo escolar e a política de educação integral	3	2,3	0,7
5. Registros adequados no SISAB e gestão da informação	3	2,2	0,7
6. Capacidade operativa das escolas	2	2,0	0,7

Fonte: dados do estudo

A dimensão do planejamento destacou-se por apresentar elevada magnitude e prioridade. No entanto, foi a única entre as dimensões avaliadas a registrar baixo potencial de participação (33,3% de seus componentes). Esse resultado está diretamente relacionado ao limitado engajamento das escolas no processo de diagnóstico local e à restrita capacidade operativa observada. Essa correlação é evidenciada nas Tabelas 13, 14 e 15.

Tabela 14 – Desempenho da dimensão IV e seus componentes em relação à prioridade das demandas gerenciais a partir do PSE, n=11, Campo Grande-MS - 2023

AÇÕES DE PLANEJAMENTO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	NÍVEL DE PRIORIDADE	MÉTRICAS APLICADAS	
		Média	Desvio Padrão
1. Diagnóstico local – contexto escolar	3	2,4	0,6
2. Diagnóstico local – contexto saúde	3	2,4	0,6
3. Capacidade operativa das escolas	3	2,1	0,8
4. Capacidade operativa das unidades de saúde	3	2,4	0,7
5. Registros adequados no SISAB e gestão da informação	3	2,2	0,8
6. Alinhamento com o currículo escolar e a política de educação integral	2	2,0	0,7

Fonte: dados do estudo

O nível de divergência entre os gestores também se destacou, variando entre 0,7 e 0,8 em relação à média.

Tabela 15 – Desempenho da dimensão IV e seus componentes em relação ao potencial de participação a partir das demandas gerenciais do PSE, n=11, Campo Grande-MS - 2023

AÇÕES DE PLANEJAMENTO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	POTENCIAL DE PARTICIPAÇÃO	MÉTRICAS APLICADAS	
		Média	Desvio Padrão
1. Diagnóstico local – contexto saúde	2	2,0	0,7
2. Capacidade operativa das unidades de saúde	2	2,0	0,7
3. Alinhamento com o currículo escolar e a política de educação integral	2	2,0	0,7
4. Registros adequados no SISAB e gestão da informação	2	1,9	0,7
5. Diagnóstico local – contexto escolar	1	2,0	0,8
6. Capacidade operativa das escolas	1	1,7	0,8

Fonte: dados do estudo

Os achados estiveram alinhados com a literatura, destacando-se o protagonismo do setor da saúde, o baixo estímulo à participação juvenil no planejamento das ações nos territórios e os planejamentos que não incorporaram as prioridades vivenciadas no âmbito das escolas, de modo a explicar as possíveis repercussões negativas das práticas gerenciais relacionadas ao desenvolvimento do PSE (Bueno; Köptcke, 2022; Gonçalves; Ferreira; Rossi, 2022; Santos; Adinolfi, 2022).

A construção de espaços coletivos em que se possam compartilhar saberes e práticas, bem como favorecer a análise crítica e reflexiva dos profissionais envolvidos para melhor intervir nos processos relacionados ao PSE, compõe as atribuições do GTI-M, de modo a favorecer a intersetorialidade em sua execução (Fernandes *et al.*, 2022).

Considerando o mapeamento de vulnerabilidades realizado pelas equipes de saúde, a magnitude e o nível de prioridade das ações desenvolvidas a partir do PSE, é possível afirmar que as variadas formas de apresentação da violência, a gravidez na adolescência e a presença de IST/AIDS, o uso de *crack* e outras drogas, tabaco e álcool (dentro e fora das dependências das escolas), a obesidade e a insegurança alimentar, a não adesão às vacinas e consequente atraso na completude dos ciclos vacinais, a ocorrência dos casos de dengue, bem como a identificação de criadouros do mosquito *Aedes aegypti* nas comunidades, foram fragilidades sociais apontadas em quase todos os distritos sanitários, com exceção do Distrito Centro, o qual apontou somente a vulnerabilidade emocional, sem especificações (Campo Grande, 2022b).

Destaca-se, neste ínterim, que a violência está no trânsito, permeando o caminho até a escola, está no comportamento agressivo de pais e familiares, na falta de cuidado que permite acesso a armas de fogo e seu manuseio acidental por crianças e adolescentes, no *bullying*, no desrespeito ao desenvolvimento da sexualidade e suas especificidades. Este último aspecto é de grande relevância para a saúde pública, dado que a negligência relacionada ao acesso à educação sexual e reprodutiva se ancora na baixa escolaridade dos pais, na cultura familiar e seus tabus, na formação deficitária de docentes em relação ao tema, na dificuldade de oferta e acesso aos métodos contraceptivos e no distanciamento da educação em saúde em relação ao uso de estratégias mais inclusivas, implicando diretamente na perspectiva de futuro dessa população, principalmente para jovens do sexo feminino (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2022b).

Por sua vez, a banalização do uso e abuso de álcool e outras drogas representa mola propulsora para os riscos de agravo à saúde, alcançando jovens de todo o país (Gomes Júnior; Silva, 2021; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Essas problemáticas aumentaram a insegurança dos escolares, o que é mais evidente nas regiões periféricas, como é o caso dos territórios onde se encontram as escolas prioritárias do município. Em 2019, cerca de 17% dos estudantes brasileiros matriculados em escolas públicas deixaram de ir à escola por não se sentirem seguros, seja no trajeto ou nas dependências institucionais. Nas escolas particulares, esse índice foi de 7,4% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

A perenidade da violência favorece a elevação dos riscos de autolesão e suicídio, além de perpetrar interações sociais negativas, com propensão à formação de grupos violentos. Tem efeito direto na autoestima e, nas linhas mais ampliadas, na manutenção das desigualdades sociais e na retroalimentação da violência urbana (Anunciação *et al.*, 2022).

Muito embora as redes de apoio social apresentem inúmeras limitações, que vão desde a instituição dos serviços até a aplicação efetiva de recursos, vale frisar que o reconhecimento dos gestores, nas esferas municipal, estadual e federal, quanto à magnitude do problema e à importância das estratégias de prevenção com envolvimento das comunidades é imprescindível para integração dos serviços e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) (Anunciação *et al.*, 2022; Brasil, 2017).

A implementação do PSE e o êxito de suas ações dependem da identificação de prioridades e sua contextualização com as demandas de cada território, em consonância com a participação da comunidade (Chiari *et al.*, 2018).

Os determinantes sociais protagonizam a construção das condições de saúde da população, dentre as quais está o cuidado com o ambiente e o manejo intersetorial de arboviroses (Faria; Alvarez; Santos, 2023). Nesse sentido, abordar sua prevenção nas escolas implica criar espaços de discussão e exemplificação para construir um processo informativo que se estenda a ambientes coletivos. E, para que isso ocorra, é necessário considerar saberes comunitários, aspectos culturais, além do repertório dos profissionais de saúde e de educação, a fim de estabelecer práticas de cuidado com o ambiente doméstico (Fernandes *et al.*, 2022; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2022b).

Especificamente em relação a arboviroses, na prática, a efetividade das ações educativas deve transcender os muros da escola, propiciando meios adequados de conhecer, compreender e realizar ações de identificação e eliminação do mosquito *Aedes aegypti*, em razão da aprendizagem significativa acerca dos riscos à saúde individual e coletiva (Gomes Júnior; Silva, 2021) — o que ainda ocorre de maneira tímida no município, de acordo com os achados expostos na Tabela 1.

Para que estes e outros objetivos do PSE sejam alcançados, é fundamental reconhecer a importância de suas diretrizes. São elas que balizam a implementação e o desenvolvimento do programa, estabelecendo normativas que permitam a estruturação dos serviços nos municípios (Brasil, 2007).

Assim, identificar as lacunas entre as diretrizes e a atenção a elas dedicada por parte da gestão mostra-se um passo considerável para a realização de uma análise crítica e reflexiva dos processos gerenciais, bem como para a reestruturação dos serviços e harmonia com as tessituras territoriais (Corrêa; Toassi; Firmino, 2018; Fernandes *et al.*, 2022).

Visto que nenhum sistema educacional pode ser eficiente se não for capaz de promover a saúde e o bem-estar de seus estudantes, observar e melhorar o trabalho em rede nessa perspectiva se mostra imprescindível (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2022b). A partir dos resultados apresentados, reflexões acerca das diretrizes do PSE indicaram percepções moderadamente potenciais para movimentos interdisciplinares, característica que pode ser um limitador da gestão desenvolvida pelo GTI-M, em face da necessidade de identificar mecanismos integradores que favoreçam o estabelecimento de práticas gerenciais mais horizontais e descentralizadas (Wachs *et al.*, 2022).

Para Silva (2019), o PSE representa um marco na atenção à saúde do escolar. É uma proposta genuinamente brasileira, que prevê a construção de respostas às iniquidades a que se expõe essa população, com vistas à superação e à plenitude do desenvolvimento escolar. Formulado e estruturado à luz da intersetorialidade, representa a garantia da integralidade do cuidado, tendo como *lócus* de desenvolvimento o conhecimento sensível acerca das singularidades que pululam nas tessituras dos “brasis” encontrados nos limites territoriais do Brasil (Rumor *et al.*, 2022; Fernandes *et al.*, 2022).

No entanto, visto que o alcance dos objetivos está intimamente ligado à atenção que se dá às diretrizes do programa, e estas, ao planejamento intersetorial, é fundamental reconhecer que o êxito dessa construção ocorre proporcionalmente alinhado aos investimentos na formação de núcleos técnicos para estabelecer agendas de educação permanente, as quais devem envolver as esferas da saúde e da educação, bem como parceiros reconhecidos pelo seu potencial de articulação e fortalecimento do trabalho em rede (Andrade *et al.*, 2022; Chiari *et al.*, 2018; Sousa; Esperidião; Medina, 2017).

Nesse quesito, olhando os resultados obtidos a partir do estudo, bem como suas entrelinhas, nas quais se destacam o mapeamento de vulnerabilidades pelas equipes de saúde e a não adesão das escolas prioritárias, o município ainda está distante de um gerenciamento que fortaleça um sistema de atenção social dedicado a essa população. Muito embora tenha havido grande esforço para qualificar o trabalho em saúde desenvolvido a partir do PSE no início da implementação, destacando-se o estabelecimento de parcerias com universidades e outras instituições, o que se extraiu dos relatórios locais pode ser descrito como uma iniciativa potente, mas que não evoluiu em razão da sobrecarga de trabalho e da falta de protagonismo por parte das escolas (Campo Grande, 2022b).

Distante das diretrizes, profissionais gestores e executores das ações do PSE percebem dificuldades para alcançar os objetivos do programa (Silva, 2019). Essa situação é caracterizada pelos valores identificados de desvio padrão ao longo das análises, em todos os itens, do presente estudo.

A priorização de práticas assistenciais, pautadas na lógica da regulamentação e no repasse de recursos, impede a consolidação da intersetorialidade. Estudos conduzidos na perspectiva do PSE indicaram moderada dificuldade para alcançar os objetivos, a qual está diretamente relacionada à não atenção às suas diretrizes (Baroni; Silva, 2022; Cavalari Neto *et al.*, 2019; Corrêa; Toassi; Firmino, 2018; Rumor *et al.*, 2022; Silva, 2019; Sousa; Esperidião; Medina, 2017).

Com isso, o sustento da aprendizagem significativa, na perspectiva da promoção à saúde, mostra-se desafiador e se afasta da plenitude na medida em que as políticas governamentais que garantem o repasse de recursos desconsideram a necessidade de planejar e repensar as ações implementadas com base nas normativas que participaram de sua idealização. Dependendo da estrutura da gestão, o encadeamento lógico dos processos se dispersa, em razão de desconhecimento de seus eixos norteadores, descontinuidade de ações, esmorecimento de seus executores e formação deficitária em relação aos aspectos normativos fundamentais, conduzindo as ideias renovadoras à “síndrome do engavetamento” (Contandriopoulos *et al.*, 1997; Silva, 2019).

Entender a evolução do PSE tendo por base tais aspectos faz-se importante para consolidar as ações na perspectiva da intersetorialidade e garantir a superação de vulnerabilidades a partir da educação em saúde e de estratégias de promoção e prevenção (Gomes Júnior; Silva, 2021).

Vale lembrar que o discurso higienista ainda é muito presente no cotidiano de práticas, sendo frequente observar sua influência nas entrelinhas das ações e no enfrentamento de velhos e novos problemas de saúde, os quais abarcam sarampo, cólera e dengue (década de 80), bem como *zika*, *chikungunya* e Covid-19. O estudo também lançou luz sobre esse aspecto, identificando tais características na tempestade de ideias, no mapeamento de vulnerabilidades e nos registros das atividades. Diante do exposto, é preciso revisitar saberes e investir na formação de equipes, a fim de superar limitações associadas ao discurso (já ultrapassado) e caminhar na perspectiva da construção da escola promotora de saúde, conforme destaca Silva (2019).

A Pandemia de Covid-19 desafiou autoridades da saúde em razão de sua magnitude, letalidade e capacidade de disseminação e mutação. As restrições sociais por ela impostas desencadearam atrasos profundos em todos os setores, dentre os quais se destaca a educação. Cada governo respondeu às demandas segundo suas inclinações, nem sempre em consonância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (Organização Pan-Americana de Saúde, 2021). Nesse sentido, o planejamento de ações voltadas aos escolares, em especial, deve incorporar, na retomada, dentre outros aspectos, o engajamento de todos os envolvidos (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2022a). Assim, será possível estabelecer estratégias factíveis para enfrentar os prejuízos no campo da saúde que, fatidicamente, influenciarão o desenvolvimento das potencialidades dessa população (Dias;

Pinto, 2020; Menezes, 2021; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2022a).

O Termo de Compromisso representa a principal ferramenta norteadora para que estados e municípios possam melhor desenhar a reorientação dos serviços neste contexto, considerando os desfechos sociais a partir da Covid-19, a efetividade da aplicação dos recursos, o dimensionamento de equipes, a superação da subutilização dos espaços públicos potenciais para ações de saúde na escola e a inclusão de outros atores no planejamento anual do referido programa (Santos; Adinolfi, 2022).

No município de Campo Grande-MS, segundo o Termo de Compromisso para o ciclo 2021-2022, foram ações obrigatórias a prevenção à Covid-19 e a promoção da alimentação saudável com prevenção da obesidade infantil. Dentre as 12 ações previstas e relacionadas a partir do esforço interministerial, as equipes de saúde precisam selecionar mais uma ação obrigatória, totalizando três ações obrigatórias, segundo as necessidades do território em que se dão as práticas (Campo Grande, 2022a).

Nesses termos, a possível divergência de interesses entre as Secretarias de Saúde e de Educação comprometeu, justamente, a principal diretriz do PSE: a intersetorialidade. As demandas identificadas nos territórios, e descritas pelas equipes de saúde, nem sempre estiveram alinhadas às ações obrigatórias e, portanto, desenvolvidas nas escolas, conforme relatórios locais e Ficha de Atividade Coletiva — divergências que têm sido abordadas por diversos autores. Muito embora o Termo de Compromisso seja um registro importante dos acordos firmados, a discussão plural com atores-chave ainda se mostra distante quando se trata de aspectos operativos e, outrossim, torna-se entrave à sua efetiva implementação (Lopes; Nogueira; Rocha, 2018; Rumor *et al.*, 2022; Silva, 2019; Sousa; Esperidião; Medina, 2017).

De acordo com a UNESCO (2022b), promover a saúde nas escolas deve preconizar adesão a cinco passos importantes para a implementação das ações, a saber: conhecer diretrizes e estabelecer equipes; realizar diagnóstico local em cada um dos territórios de atuação; selecionar as estratégias mais contextualizadas; implementar o modelo e acompanhá-lo periodicamente; e identificar limitações e refinar o manejo, com vistas às melhorias sistematizadas (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2022b). Ao considerar características relacionadas à gestão desses processos, é possível estabelecer uma percepção ampliada das dimensões que envolvem a promoção da saúde na escola, como mostra a Figura 12.

Figura 12 – Dimensões consideradas na gestão de Escolas Promotoras de Saúde, segundo a OPAS



Fonte: Moysés (2005)

Dada a complexidade organizacional do PSE, é impositivo integrar saberes e práticas para a superação do distanciamento entre aspectos normativos e operativos, e, com isso, prospectar a possibilidade de estabelecer planejamentos anuais mais propositivos, em resposta às vulnerabilidades vivenciadas pelas equipes de saúde. Para isso, a inclusão da comunidade escolar se mostra como um divisor de águas (Fernandes *et al.*, 2022; Gonçalves; Ferreira; Rossi, 2022; Oliveira *et al.*, 2022).

Dessa forma, é nítido que a participação social representa um dos pilares que sustentam a implementação do PSE. Muito embora os escolares sejam multiplicadores potenciais no seio de suas famílias, a proximidade dos serviços de saúde e de educação com as comunidades estabelece condições favoráveis à formação de vínculos e representa solo fértil para a cooperação e sustentabilidade das ações de promoção à saúde (Sousa; Esperidião; Medina, 2017).

Uma demonstração dessa relação de dependência é a necessidade de adesão às campanhas de vacinação e atualização do calendário vacinal, para controle e erradicação de doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis (Brasil, 2011). O distanciamento entre as comunidades e os serviços de saúde, associado a movimentos de promoção da desinformação, tem trazido prejuízos relacionados a esse aspecto (Vommaro, 2021).

Com alto potencial de participação e baixo desvio padrão, a referida temática relacionada às ações do PSE alcançou resultados positivos e favoráveis à avaliação, de acordo com os achados.

Dada a natureza dos problemas identificados e as prioridades de gestão, conhecer as potencialidades em relação às soluções participativas permitiu lançar luz sobre os aspectos do

programa que demandam maiores investimentos para aproximação com a comunidade escolar. Esta se mostrou, no presente estudo, distante do planejamento, do desenvolvimento, do monitoramento e das possibilidades de avaliação, não somente em razão da Pandemia de Covid-19 e seus desdobramentos, mas também em face da subutilização de seu potencial, possivelmente decorrente das limitações à formação específica dos educadores e às práticas gerenciais atualmente desenvolvidas.

É mister considerar que as soluções participativas são investimentos não monetários, relacionados diretamente com o desenvolvimento das ações e sua significância frente às problemáticas vivenciadas nos territórios. Representam um modo inteligente de garantir a efetividade da gestão pública (Furtado *et al.*, 2021).

A observância dos valores da média e do desvio padrão, indicados nas tabelas anteriormente apresentadas, permitiu contextualizar os resultados advindos da aplicação do questionário com os apontamentos resultantes da tempestade de ideias e da elaboração do modelo lógico, desenvolvidos no início dos trabalhos.

Sobre isso, é possível afirmar que as ações respectivas à vacinação e à alimentação saudável se mostraram mais favoráveis ao estabelecimento de parcerias e de apoio da referida comunidade. As demais ações foram consideradas moderadamente potenciais. Neste grupo, o desvio padrão evidenciou a pluralidade de cenários de práticas e as divergências de percepção entre os gestores, principalmente em relação à saúde bucal, ao direito sexual e reprodutivo e ao enfrentamento da dengue a partir da educação em saúde.

Destaca-se que são muitos os desafios, haja vista que as possibilidades de atuação não são lineares (Rumor *et al.*, 2022). Isso quer dizer que há, no mesmo distrito sanitário, possibilidades de realizar ações sobre IST/AIDS e gravidez não planejada em determinadas escolas, ao mesmo tempo que, em outras, o tema divide opiniões entre educadores e pais, desencadeando conflitos e inviabilizando sua continuidade, ainda que tais ações respondam às demandas locais (Campo Grande, 2022a).

O mesmo ocorre com o tema das drogas e da violência. Territórios que convivem com essas problemáticas as percebem entranhadas no contexto familiar de tal modo, que inibem a iniciativa das escolas de incluir o tema em seus projetos pedagógicos, dificultando a promoção da saúde neste quesito (Silva, 2019). É o caso, por exemplo, das escolas que coabitam com unidades prisionais, visto que pais e/ou outros familiares são egressos ou integrantes desse segmento social, privado de liberdade, como foi destacado no mapeamento de vulnerabilidades realizado pelas equipes de saúde.

Reconhecer-se como parte do processo de territorialização constitui-se como objeto e objetivo das práticas de fomento ao protagonismo juvenil, tão difundido na instituição do PSE. Diretamente ligados ao exercício da cidadania, a participação e o empoderamento desse público representam caminho sustentável na produção das transformações mais efetivas, considerando as nuances geradoras de vulnerabilidades (Bueno; Köptcke, 2022).

Em se tratando de transformações mais efetivas, não se pode desvinculá-las da necessidade de revisitar constantemente suas diretrizes e buscar, dentre outros mecanismos de incorporação, a possibilidade de incluir a participação da comunidade no desenho ético e político presente neste cenário de práticas (Rumor *et al.*, 2022).

As interpretações dos gestores acerca do controle social, monitoramento e avaliação do PSE foram aquelas que apresentaram menor potencial participativo, o que justifica a dificuldade de instituir uma cultura local de avaliação permanente, considerando registros adequados, qualificadores de ação e fidedignos, em razão de suas origens.

No que diz respeito aos benefícios prospectados a partir do PSE, Oliveira *et al.* (2022) destacam a necessidade de buscar meios de aproximação positivos o suficiente para que a comunidade escolar se perceba como protagonista das mudanças almejadas em relação à saúde e à qualidade de vida dos escolares. Nesse sentido, a Semana Saúde na Escola, de acordo com a Portaria nº 798, de 17 de junho de 2015, representa estratégia potencial para integração da tríade saúde – escola – comunidade, desenvolvendo ações acerca de temas que surgem das demandas locais em todo o país.

A identificação de lacunas e avanços a partir do desenvolvimento do programa nasce de um planejamento intersetorial que considere os indicadores locais e o recorte epidemiológico sob o qual se desenham as políticas de saúde. Contudo, considerando a Portaria nº 1.055, de 2017, que reorienta o PSE, registrar adequadamente as informações produzidas representa elo exitoso para o fortalecimento de um sistema de atenção integral (Rumor *et al.*, 2022).

Este ainda é um desafio no município de Campo Grande-MS, cujos registros se mostraram aquém do esperado para subsidiar, por exemplo, uma futura avaliação econômica e/ou análise dos efeitos do programa sobre as condições de saúde dos estudantes, ou, ainda, sobre a sua formação integral, pois, de acordo com Rocha *et al.* (2021), a qualidade da informação gerada nos serviços de saúde é caminho seguro para prospecção de gastos e análise de efetividade.

Ante o exposto, buscar soluções participativas inclui refletir coletivamente, no berço da gestão, sobre os modelos de atenção que estão sendo produzidos, uma vez que o levantamento

das necessidades em saúde, em cada uma das escolas pactuadas, deve ser entendido como mola propulsora à tomada de decisões. Além disso, gerar informações de qualidade, tendo por base o planejamento de atividades, o controle de encaminhamentos, a devolutiva de resultados e o monitoramento periódico (e refinado) com vistas à avaliação, é responsabilidade inescapável quando se espera promover saúde na escola, em consonância com a Agenda 2030 e os desafios por ela impostos (Gonçalves; Ferreira; Rossi, 2022; Oliveira *et al.*, 2022).

5.2 PSE no município de Campo Grande: carência de indicadores

O PSE representa a possibilidade de potencializar a sinergia das ações de promoção à saúde e de ampliar as chances de resultados mais positivos e duradouros. Como produto, implica a ocorrência de dias saudáveis para a vida em comunidade, a qual se mostra complexa e carente de estratégias que considerem suas prioridades (Sousa; Esperidião; Medina, 2017).

Dados municipais apontaram que, em 2022, o PSE alcançou 71.439 estudantes, graças ao trabalho de 401 equipes vinculadas (Campo Grande, 2022b). Todavia, de acordo com os dados disponíveis no SISAB, referentes ao município (sem aplicação de filtros), entre janeiro e dezembro do mesmo ano, como citado anteriormente, o alcance das ações suplanta o referido quantitativo (sem especificações), indicando a necessidade de identificar a origem de tais discrepâncias e garantir a fidedignidade dos dados que alimentam o referido sistema.

Essa e outras situações são desafios que ampliam as dificuldades em estabelecer o prontuário eletrônico, importante iniciativa para favorecer a avaliação das estratégias aplicadas no Sistema Único de Saúde, dentre elas, o PSE (Fernandes *et al.*, 2022).

A portaria que reorientou o programa, em 2017, contemplou o aumento do repasse e a desburocratização em relação aos municípios. Entretanto, o planejamento deve incluir ações de interesse em consonância com o desenho epidemiológico, considerando as 12 ações predefinidas no plano de realização das atividades em todas as escolas pactuadas (Brasil, 2017).

O repasse ocorre anualmente, em parcela única, através do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável). Para cada grupo de 600 estudantes, o valor repassado é de R\$ 5.676. Para cada intervalo entre 1 e 800 estudantes inscritos que suplantarem o número inicial de 600, o valor repassado é de R\$ 1 mil (Brasil, 2017).

Muito embora não tenha sido objetivo do presente estudo, não foram encontrados registros detalhados que permitam, minimamente, identificar quais ações demandam mais recursos, bem como quais regiões sanitárias requerem investimentos mais robustos. Também

não é possível dizer, com os dados existentes, se o repasse é suficiente para alcançar os objetivos no que tange à integralidade do cuidado ao longo do tempo.

O monitoramento do PSE utiliza os dados registrados no SISAB e considera as metas definidas no planejamento municipal. Para qualificar o repasse de recursos, o qual ocorre a partir de condicionalidades, o Ministério da Saúde utiliza três indicadores, a saber: I. Quantidade de tipo de ações: mede a variedade de ações realizadas pela escola; II. Cobertura de ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*: mede a cobertura de ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti* no total de escolas pactuadas; III. Cobertura do PSE: mede a cobertura do PSE no total de escolas pactuadas (Brasil, 2017; Fernandes *et al.*, 2022).

A Ficha de Atividade Coletiva é a ferramenta utilizada para registrar as ações desenvolvidas no contexto do PSE, as quais podem ser classificadas como “ação de educação em saúde”, “atendimento em grupo”, “avaliação/procedimento coletivo” ou “mobilização social” (Brasil, 2017; Lopes; Nogueira; Rocha, 2018). O registro se concentra na esfera da saúde, centralizando as iniciativas plurais no modelo biomédico (Dallacosta *et al.*, 2022).

Entender o SUS como um “comprador” de serviços permite considerar como “custo” todo repasse de recursos efetuado para garantir atenção à saúde e qualidade do cuidado, que, por isso, deve ser computado como gasto direto e/ou indireto coberto pelo sistema (Andrade *et al.*, 2022; Brasil, 2009).

Nessa perspectiva, múltiplos horizontes temporais podem ser aplicados para prospectar resultados que impactem efetivamente a produção da saúde. As intervenções devem ser avaliadas periodicamente, valendo-se de análises plurais que considerem custos e benefícios (Brasil, 2009; Fontenele *et al.*, 2017).

Para Ferreira, Cassiolato e Gonzales (2009), a administração pública não pode manter “velhos moldes de gestão”, sendo necessário modernizar e incluir instrumentos que permitam, de fato, avaliar. Em relação ao PSE, é fundamental reconhecer a necessidade de calcular os investimentos em relação às mudanças que seu desenvolvimento pode provocar na qualidade de vida da população escolar. O desempenho é avaliado pelos resultados, portanto, faz-se necessário medi-los (Fernandes *et al.*, 2022).

Medir os efeitos do PSE tendo por base três indicadores gerais desafia o GTI-M em todo o país. As informações acerca das evoluções a partir do programa carecem de registros adequados, levantamento de prioridades e indicadores locais sensíveis às demandas singulares onde se dão as práticas de promoção à saúde (Dallacosta *et al.*, 2022).

Vale ressaltar a ausência de instrumentos robustos para avaliação do programa e a falta de investimentos mais bem delineados, que contemplem a educação permanente dos profissionais envolvidos, na perspectiva da avaliação em saúde, para, com isso, poder avançar de fato no que tange à análise econômica e à gestão da informação (Lopes; Nogueira; Rocha, 2018).

Considerando essas reflexões acerca dos processos de trabalho neste contexto, o estudo buscou elaborar uma matriz avaliativa para identificação de prioridades, conduzindo a gestão para uma análise futura da eficiência do programa, tendo por base o reconhecimento das demandas, o diagnóstico situacional gerencial, a produção de dados confiáveis, o debate de proposições e o estabelecimento de recomendações intersetoriais.

5.3 PSE no município de Campo Grande: indicadores de multiestratégicos propostos a partir do estudo e aplicação da matriz de prioridades

Tendo em vista os indicadores estabelecidos a partir de 2018 pelo Ministério da Saúde, destinados ao monitoramento e à avaliação, com foco principal nas ações do programa, registradas na Ficha de Atividade Coletiva, observa-se a necessidade de contemplar as demais dimensões que participam de seu desenvolvimento. Assim, o presente estudo buscou, a partir da aplicação da matriz avaliativa de prioridades, elaborar indicadores para as demais dimensões (objetivos, diretrizes e planejamento), levando em consideração o Termo de Compromisso, os relatórios locais e o mapeamento das vulnerabilidades territoriais, a partir do trabalho das equipes de saúde nos distritos sanitários.

São indicadores indiretos, relacionados ao grau de alcance dos objetivos e predefinidos para monitoramento anual (Cohen; Franco, 1999). Com escopo dialógico e participativo, poderão ser aplicados como instrumentos de apoio à gestão municipal e à qualificação das informações que integram a Ficha de Atividade Coletiva, a saber:

Indicador 1: cobertura por ações integradas de capacitação

- Dimensão relacionada: objetivos.
- Interpretação do indicador: mede o percentual de escolas pactuadas que realizaram ações integradas de capacitação com suas equipes pedagógicas, em parceria com a saúde, visando reduzir vulnerabilidades.
- Fonte da informação: relatórios municipais do GTI-M; SISAB; registros do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).
- Método de cálculo:

$$\frac{\text{Escolas pactuadas com ações integradas de capacitação de suas equipes pedagógicas}}{\text{Número total de escolas pactuadas na adesão ao PSE no município}} \times 100$$

- Numerador: número de escolas pactuadas na adesão e que realizaram ações integradas de capacitação de suas equipes pedagógicas, necessárias ao desenvolvimento do PSE, em parceria com as equipes de saúde dos respectivos territórios. Os critérios deverão ser definidos pelo GTI-M, de maneira horizontal e participativa, na adesão ao ciclo de pactuação tido como referência.
- Denominador: número de escolas pactuadas na adesão ao ciclo tido como referência.
- Periodicidade: anual.
- Parâmetro ideal: 100% das escolas pactuadas cobertas por ações integradas de capacitação.
- Meta: alcançar 50% de cobertura anual nas escolas pactuadas.
- Unidade de medida: percentual.
- Governabilidade: alta, pois depende da mobilização local entre saúde e educação.
- Responsável pelo monitoramento e avaliação: GTI-M; equipes locais de saúde e educação.
- Instrumentos de apoio: caderno do gestor; manual instrutivo PSE; material de apoio pedagógico do PSE.

Indicador 2: gerenciamento do cuidado ao longo do tempo

- Dimensão relacionada: diretrizes.

- Interpretação do indicador: avalia o percentual de ações do PSE que respondem diretamente às demandas mapeadas pelas equipes de saúde e educação, promovendo cuidado contínuo.
- Fonte da informação: Relatórios municipais do GTI-M; SISAB.
- Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de ações desenvolvidas pelo PSE em resposta às demandas mapeadas junto às equipes de saúde e de educação}}{\text{Número total de ações de promoção à saúde desenvolvidas pelo PSE}} \times 100$$
- Numerador: número de ações desenvolvidas pelo PSE em resposta às demandas mapeadas junto às equipes de saúde e de educação. Os critérios deverão ser definidos pelo GTI-M, de maneira horizontal e participativa, na adesão ao ciclo de pactuação tido como referência.
- Denominador: número total de ações de promoção à saúde desenvolvidas pelo PSE.
- Periodicidade: anual.
- Parâmetro ideal: 100% das demandas mapeadas, considerando a necessidade de desenvolver ações que favoreçam a integralidade do cuidado a partir da intersetorialidade.
- Meta: contemplar 50% das demandas mapeadas com ações de promoção à saúde, considerando a necessidade de desenvolver ações que favoreçam a integralidade do cuidado a partir da intersetorialidade.
- Unidade de medida: percentual.
- Governabilidade: média, pois exige articulação entre setores e resposta às demandas locais
- Responsável pelo monitoramento e avaliação: GTI-M; equipes locais de saúde e educação.
- Instrumentos de apoio: caderno do gestor; manual instrutivo PSE; material de apoio pedagógico do PSE.

Indicador 3: capacidade operativa das escolas, considerando instalações, equipamentos e insumos necessários ao desenvolvimento do PSE.

- Dimensão relacionada: planeamento.
- Interpretação do indicador: mede o percentual de escolas pactuadas que possuem instalações, equipamentos e insumos adequados para executar ações do PSE nos respectivos distritos sanitários.
- Fonte da informação: relatórios municipais do GTI-M.
- Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de escolas com capacidade operativa para desenvolvimento das ações do PSE no município}}{\text{Número total de escolas pactuadas na adesão a PSE no município}} \times 100$$

- Numerador: número de escolas pactuadas na adesão e com boa avaliação em relação à suficiência das instalações, aos equipamentos e insumos necessários ao desenvolvimento do PSE, cujos critérios deverão ser definidos de maneira horizontal e participativa, na adesão ao ciclo de pactuação tido como referência.
- Denominador: número de escolas pactuadas na adesão ao ciclo tido como referência.
- Periodicidade: anual.
- Parâmetro ideal: 100% das escolas pactuadas com capacidade operativa para desenvolvimento das ações do PSE.
- Meta: alcançar 50% da capacidade operativa nas escolas pactuadas, considerando instalações, equipamentos e insumos relacionados ao desenvolvimento das ações do PSE.
- Unidade de medida: percentual.
- Governabilidade: baixa, pois depende de infraestrutura escolar e investimentos que podem estar fora do alcance direto dos gestores locais.
- Responsável pelo monitoramento e avaliação: GTI-M.
- Instrumento de apoio: caderno do gestor.

No que se refere ao monitoramento dos indicadores, bem como ao acompanhamento da implementação do PSE no município, considera-se relevante criar momentos de supervisão que incluam profissionais com qualificação técnica para estabelecer espaços de discussão acerca das ações, da metodologia de trabalho empregada e da performance das equipes. Também é

importante que tenham disponibilidade para incorporar visitas técnicas como ferramenta de monitoramento e avaliação — daí a importância da qualificação de equipes em todas as regiões sanitárias, com modelagem participativa, como sugerem Baroni e Silva (2022).

Na perspectiva de um programa intersetorial, Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2009) fazem apontamentos relevantes no que diz respeito à coordenação e ao gerenciamento técnico. Os autores abordam o alcance das políticas públicas dedicadas à população em situação de risco, em especial, crianças e adolescentes. Ainda, destacam a escola como espaço de promoção de cidadania e saúde, desde que haja engajamento por parte dos envolvidos. Finalizam suas reflexões com a premissa de que a superação de obstáculos que impedem e/ou atrasam a escola no cumprimento de seu complexo papel é assunto que deve ser debatido amplamente no campo macropolítico, considerando a relevância plural (pela complexidade) e singular (pelas tessituras), permitindo, portanto, a construção de redes reais de apoio, com vistas à superação das vulnerabilidades neste aspecto (Ferreira, Cassiolato; Gonzalez, 2009).

O paradoxo entre teoria e prática, em que se enredam o PSE e seus desdobramentos, amplia a dificuldade de operacionalização efetiva das ações. Com isso, garantir a qualidade dos registros, gerir as informações produzidas, favorecer a intersetorialidade e articular ações permanentes e integrais com o devido monitoramento configuram desafios que pedem medidas, dentre as quais se destaca a criação de mecanismos horizontais para analisar e discutir o cuidado ao longo do tempo nessa população (Lopes; Nogueira; Rocha, 2018).

É fundamental destacar a importância do monitoramento e da avaliação, instituindo, no cotidiano do trabalho em saúde, uma tarefa em movimento com caráter formativo, pedagógico e reorientador, retroalimentada pela elaboração de modelos padronizados de observação, reflexão e tomada de decisão (Brasil, 2018b; Cohen; Franco, 1999). A Figura 13 apresenta essa dinâmica.

Figura 13 – Dinâmica avaliativa do PSE



Fonte: produção própria

A elaboração de instrumentos que utilizem tecnologias leves consiste em centelha de contribuição para esse processo, o qual precisa ser melhorado para atender às demandas dos escolares, tendo por base a consolidação da Educação Permanente em Saúde (EPS) no território nacional, alinhando-se com os desafios impostos pela Agenda 2030, como destaca a ONU (Moreira *et al.*, 2019). E, nesse sentido, o presente estudo buscou sistematizar a identificação e o manejo de prioridades, para fomento de um processo de gestão mais participativo e sensível ao contexto local onde se dá a execução do PSE.

Nesse contexto, a Matriz de Prioridades PSE sugere um instrumento local de governança que possibilita tratamento minimamente sistemático e racional de dados gerenciais, bem como contempla o reconhecimento da complexidade e a variedade dos critérios que precisam ser analisados e discutidos com as equipes, segundo sua magnitude, grau de prioridade gerencial e potencial de participação, cuja aplicação no cenário de práticas pode ser mais bem compreendida a partir da Figura 14.

Figura 14 – Aplicação da Matriz de Prioridades PSE

MATRIZ DE PRIORIDADES PSE				
Pontos	M Magnitude da demanda	P Prioridade para a gestão	PP Potencial de participação	M x P x PP
3	Trata-se de uma demanda prioritária	Requer uma ação imediata	Potencial de participação alto	$3 \times 3 \times 3 = 27$
2	Trata-se de uma demanda urgente ou moderada	Necessária ação em médio prazo	Potencial de participação moderado	$2 \times 2 \times 2 = 8$
1	Não representa uma demanda	Não necessita ação gerencial diferenciada	Potencial de participação baixo	$1 \times 1 \times 1 = 1$

DATA:
DISTRITO SANITÁRIO:
ORIGEM (escola; USF; outro):
PRIORIDADE:
PADRÃO:
DESCRIÇÃO DA DEMANDA:
OBJETIVO:

Estratégia para alcançar o objetivo	Atividades que serão desenvolvidas	Recursos	Resultados esperados	Responsável	Prazo	Indicador
-------------------------------------	------------------------------------	----------	----------------------	-------------	-------	-----------

Ações consideradas prioritárias
- Quantas?
- Quais?

SEI NÃO SEI →

← Aplique a Matriz de Prioridades PSE

Quais aspectos precisam ser valorizados?

SEI NÃO SEI →

← Aplique a Matriz de Prioridades PSE

Qual é o nível de conhecimento da gestão acerca desses aspectos?

SEI NÃO SEI →

← Capacitação
Educação permanente
Mapeamento

Como é possível melhorar?

SEI NÃO SEI →

← Escuta acolhedora
Retorne às demandas

PLANEJAMENTO INTERVENÇÃO TEMPO

REALIZAR → REALIZANDO → REALIZADO →

Como coletar os dados de que preciso?

SEI NÃO SEI →

← Melhorar os registros a partir da padronização

Quais são os resultados preliminares?

SEI NÃO SEI →

← Avalie o processo periodicamente

Fonte: produção própria

6 CONCLUSÕES

O presente estudo evidenciou que o monitoramento do Programa Saúde na Escola (PSE) no município é realizado com base nos dados registrados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), utilizando os indicadores recomendados pelo Ministério da Saúde como instrumentos avaliativos. As ações foram registradas predominantemente pela esfera da saúde, por meio da Ficha de Atividade Coletiva, sob as categorias: educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação, procedimento coletivo e mobilização social. No entanto, os documentos complementares, como relatórios, atas e registros de encontros técnicos, não apresentaram padronização quanto à elaboração, sistematização e arquivamento, o que compromete a consistência das informações disponíveis para análise.

Entre as diretrizes do PSE, destaca-se como prioritária a necessidade de mensurar o cuidado ao longo do tempo. Contudo, os instrumentos atualmente utilizados para registro das ações, bem como a forma como as informações são organizadas, impõem limitações ao monitoramento dessa dimensão. Com potencial de participação considerado moderado, essa diretriz revelou-se um desafio gerencial, especialmente diante da sobrecarga das equipes de saúde e do distanciamento das escolas em relação à articulação em rede, dificultando a efetivação da intersetorialidade.

As prioridades identificadas no estudo estão fortemente relacionadas aos aspectos operacionais do programa, com destaque para ações como verificação e atualização do calendário vacinal, promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil. Outras temáticas também se mostraram relevantes, como prevenção da violência e de acidentes, promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento ao uso de substâncias psicoativas, combate ao mosquito *Aedes aegypti*, redução de vulnerabilidades, fortalecimento da comunicação, participação social, diagnóstico local e articulação em rede, todas reconhecidas por sua magnitude e nível de prioridade, em consonância com a literatura especializada.

A articulação de ações integradas e o enfrentamento das vulnerabilidades foram considerados os objetivos mais relevantes para fins de monitoramento e avaliação, em razão do elevado potencial de participação. Além disso, a avaliação do cuidado ao longo do tempo e a identificação de fatores que favorecem ou dificultam a implementação das ações foram apontadas como demandas estratégicas no âmbito das diretrizes e do planejamento do programa.

Essas prioridades subsidiaram a construção de três indicadores gerenciais: (1) cobertura por ações integradas de capacitação; (2) alcance do cuidado ao longo do tempo; e (3) percentual de escolas com capacidade operativa, considerando infraestrutura, equipamentos e insumos. Tais indicadores representam uma oportunidade de aproximação entre as equipes gestoras e executoras, contribuindo para o fortalecimento da gestão local.

Como proposta de fomento às soluções participativas, o estudo apresenta a Matriz de Prioridades do PSE como instrumento gerencial voltado à identificação de demandas no cenário de práticas do programa. Essa matriz tem potencial para estimular a construção de uma agenda intersetorial mais inclusiva e promover uma cultura avaliativa mais consistente e contextualizada.

As limitações do estudo estiveram relacionadas aos impactos da pandemia da Covid-19 sobre as dinâmicas intersetoriais, à ausência de representantes da educação entre os participantes, às dificuldades de acesso a determinadas informações locais e às mudanças na composição das equipes gestoras da Atenção Básica e do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M).

Diante da relevância do PSE na promoção da saúde escolar, recomenda-se a realização de novas pesquisas voltadas à avaliação do programa, com ênfase na qualidade das informações produzidas e na efetivação da intersectorialidade, a partir da construção e aplicação de indicadores sensíveis às realidades locais.

7 RECOMENDAÇÕES

Com base nos achados da pesquisa, este estudo apresenta recomendações voltadas ao aprimoramento da gestão e da execução do Programa Saúde na Escola (PSE) no contexto municipal.

A literatura aponta que a integração entre saúde e educação, proposta pelo PSE, requer a incorporação efetiva de práticas intersetoriais que favoreçam a participação de diversos atores sociais. A ausência de vínculos com a comunidade dificulta a construção de mecanismos sustentáveis para a continuidade das ações no território.

Recomenda-se o fortalecimento dos registros das atividades realizadas, bem como o aprofundamento do conhecimento sobre a magnitude dos aspectos técnicos e operacionais e sua relação com o potencial de participação. Esses elementos são fundamentais para orientar a priorização no monitoramento e na avaliação das ações.

No âmbito da gestão, destaca-se a necessidade de garantir maior estabilidade na composição do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), evitando rupturas que fragilizam os vínculos entre as equipes e comprometem a continuidade do trabalho intersetorial. Sugere-se, portanto, o delineamento de modelos de gestão e arranjos institucionais que valorizem a coordenação horizontal, reconhecendo essa prática como competência essencial para a governabilidade local do programa.

É recomendável fomentar uma cultura de avaliação contínua das práticas e estratégias do PSE, com base em indicadores, parâmetros e padrões que orientem a melhoria e a sustentabilidade dos serviços. Para isso, é necessário planejar com maior rigor, adotar procedimentos mais cuidadosos na execução das ações e mobilizar os profissionais para o compromisso coletivo com a população, para além do cumprimento de metas formais.

Sugere-se, ainda, que o nível regional de gestão do PSE redesenhe seus processos de trabalho, adaptando-os às especificidades locais, de modo a fortalecer vínculos e abrir novos caminhos para a promoção da saúde no ambiente escolar.

As demandas emergentes dos territórios devem ser revisitadas em espaços de diálogo intersetorial, com base em modelos participativos e democráticos, alinhados à perspectiva de uma governança municipal que incorpore a avaliação em saúde como pauta estratégica.

Por fim, reconhece-se que o PSE, construído e gerido de forma colaborativa, representa uma iniciativa potente na efetivação do direito à saúde por meio da educação. No entanto, recomenda-se que a gestão municipal incorpore a avaliação como prática cotidiana, com o

compromisso genuíno de avaliar para transformar. Somente assim será possível, mesmo diante das limitações de recursos, criar condições favoráveis à promoção de escolhas saudáveis, à adoção de posturas solidárias e à superação das adversidades que comprometem a saúde, a qualidade de vida e o desempenho escolar das crianças brasileiras.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, P. M. C.; SILVA, R. T.; PEREIRA, T. P.; SILVA, B. R. V. S.; SANTIAGO, L. C. S.; SOBRINHO, J. E. L.; CARDOSO, M. D. Abrangência do Programa Saúde na Escola em Vitória de Santo Antão-PE. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 62-71, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E304>. Acesso em: 18 jul. 2024.
- ANUNCIAÇÃO, L. L.; CARVALHO, R. C.; SANTOS, J. E. F.; MORAIS, A. C.; ALMEIDA, V. R. S.; SOUZA, S. L. Violência contra crianças e adolescentes: intervenções multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde na escola. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 201-212, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E315>. Acesso em: 15 ago. 2024.
- ARMANI, D. **Como elaborar projetos?** Guia prático para elaboração e gestão de projetos sociais. 1. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2004.
- BARONI, J. G.; SILVA, C. C. B. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 103-115, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E307>. Acesso em: 15 ago. 2024.
- BASSAN, E. **Gestão da qualidade:** ferramentas, técnicas e métodos. 1. ed. São Paulo: UICLAP, 2018.
- BRAMBILLA, D. K.; KLEBA, M. E.; DAL MAGRO, M. L. P. Cartografia da implantação e execução do Programa Saúde na Escola (PSE): implicações para o processo de desmedicalização. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 36, p. e217558, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-4698217558>. Acesso em: 15 ago. 2024.
- BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 234, p. 2, 6 dez. 2007.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 135, p. 13563, 16 jul. 1990a.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055, 20 set. 1990b.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 134, n. 248, p. 27833, 23 dez. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Caderno do Gestor do PSE**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 46 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_gestor_pse_2022.pdf. Acesso em: 16 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Institui a redefinição das regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 79, p. 36-37, 25 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Documento orientador**: Indicadores e Padrões de Avaliação – PSE Ciclo 2021/2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. **Relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica**. Programa Saúde na Escola. Disponível em: <http://sisab.saude.gov.br>. Acesso em: 7 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciências e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 150 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Guia de planejamento da gestão do trabalho e da educação na saúde no âmbito estadual e municipal do sistema único de saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS)**: anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais da saúde no SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Construindo e gerenciando indicadores: guia metodológico**. Brasília, DF: Superior Tribunal de Justiça, 2018b.

BUENO, D. R.; KÖPTCKE, L. S. A participação juvenil no Programa Saúde na Escola (PSE): uma reflexão sobre o papel da gestão federal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 29-44, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E302>. Acesso em: 16 ago. 2024

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 16 ago. 2024.

CAMPO GRANDE. Prefeitura Municipal de Campo Grande. **Plano Municipal de Saúde: 2018-2021**. Campo Grande: Secretaria Municipal de Saúde Pública, 2017.

CAMPO GRANDE. Prefeitura Municipal de Campo Grande. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. **Considerações sobre o Programa Saúde na Escola 2021/2022**. Campo Grande: Divisão de Ações Programáticas e Políticas Estratégicas da Atenção Básica; Departamento de Atenção Básica, 2022a.

CAMPO GRANDE. Prefeitura Municipal de Campo Grande. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. **PSE: extrato de escolas e equipes pactuadas – biênio 2021/2022**. Campo Grande: Coordenadoria da Rede de Atenção Básica, 2022b.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400021>. Acesso em: 16 ago. 2024.

CARVALHO, F. F. B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400009>. Acesso em: 16 ago. 2024.

CAVALARI NETO, R.; BERGER, S. M. D.; SOUZA, J. M.; LATGÈ, P. K.; MACHADO, M. T. C.; ALVAREZ, M. M. Pobreza e exclusão social na violação de direitos das crianças e adolescentes em situação de rua. **Revista Inter-Ação**, Goiânia, v. 44, n. 1, p. 63-76, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ia.v44i1.55622>. Acesso em: 16 ago. 2024.

CHIARI, A. P. G.; FERREIRA, R. C.; AKERMAN, M.; AMARAL, J. H. L.; MACHADO, K. M.; SENNA, M. I. B. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 34, n. 5, p. e00104217, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217>. Acesso em: 16 ago. 2024.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>. Acesso em: 16 ago. 2024.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A. avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CORRÊA, H. W.; TOASSI, R. F. C.; FIRMINO, L. B. Programa Saúde na Escola: potencialidades e desafios na construção de redes de cuidado. **Saúde em Redes**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 37-47, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n3p37-47>. Acesso em: 16 ago. 2024.

DALLACOSTA, M.; RODRIGUES, R. M.; SCHÜTZ, G.; CONTERNO, S. Programa Saúde na Escola: desafios e possibilidades para promover saúde na perspectiva da alimentação saudável. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 244-260, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E318>. Acesso em: 16 ago. 2024.

DIAS, E.; PINTO, F. C. F. A Educação e a Covid-19. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 108, p. 545-554, jul./set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362019002801080001>. Acesso em: 16 ago. 2024.

DIAS, M. S. A.; OLIVEIRA, I. P.; SILVA, L. M. S.; VASCONCELOS, M. I. O. MACHADO, M. F. A. S.; FORTE, F. D. S.; SILVA, L. C. C. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

FARIA, L.; ALVAREZ, R. E. C.; SANTOS, L. A. C. Desigualdades socioeconômicas na América Latina e Caribe: o futuro pós-pandemia para a formação profissional na saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 30, p. e2023029, 2023. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702023000100029>. Acesso em: 16 ago. 2024.

FARIAS, I. C. V.; SÁ, R. M. P. F.; FIGUEIREDO, N.; MENEZES FILHO, A. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 261-267, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02642014>. Acesso em: 16 ago. 2024.

FERNANDES, L. A.; CRUZ, K. G.; SILVA, J. R. M.; RUZANY, M. H.; FRANZOI, M. A. H.; PEDROSO, R. T.; BRAMBATTI, L. P. Promoção da saúde e intersetorialidade na escola: a monumental ambição do Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 5-8, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E300>. Acesso em: 16 ago. 2024.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALES, R. **Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo**. Brasília, DF: IPEA, 2009. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1545/1/TD_1369.pdf. Acesso em: 16 ago. 2024.

FERREIRA, I. R. C.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S.; MOYSÉS, S. T. **Avaliação da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da metodologia de avaliação rápida**. Curitiba: Ed. Champagnat, 2014.

FONTENELE, R. M.; SOUSA, A. I.; RASCHE, A. S.; SOUZA, M. H. N.; MEDEIROS, D. C. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 167-179, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S13>. Acesso em: 16 ago. 2024.

FURTADO, L. A. C.; NASSER, M. A.; NAKANO, A. K.; FEGADOLLI, C.; SILVA, C. G.; SOUZA, L. R.; RODRIGUES, J. F.; PAULA, L.; BRAGAGNOLO, L. M. **Pesquisa desigualdades e vulnerabilidades na epidemia de COVID-19**: monitoramento, análise e recomendações. São Paulo: UNIFESP; Fundação Tide Setubal, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/61363>. Acesso em: 16 ago. 2024.

GOMES JUNIOR, W. R.; SILVA, N. **Políticas educativas e direitos de cidadania**: Programa Saúde na Escola. Cruz das Almas, BA: Mestrado Profissional em Gestão Pública e Segurança Social (PPGPSS-UFRB), 2021. Fascículo, v. 4. Disponível em: https://ufrb.edu.br/portal/images/noticias2021/VOLUME_4_-_PROGRAMA_SA%C3%A9DE_NA_ESCOLA.pdf. Acesso em: 16 ago. 2024.

GONÇALVES, P. D. S.; FERREIRA, S. C.; ROSSI, T. R. A. Uma análise do processo de trabalho dos profissionais da saúde e educação no PSE. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 87-102, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E306>. Acesso em: 16 ago. 2024.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Tradução Beth Honorato. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011. (Série Saúde, Cultura e Sociedade).

GURGEL JÚNIOR, G. D.; PACHECO, H. F.; OLIVEIRA, S. R. A.; SANTOS, F. A. S. (org.). **Novos modelos de gestão no SUS e as relações interinstitucionais de controle em foco**. Recife: Ed. UFPE, 2021.

HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Diretoria de Pesquisas – DPE. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **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.

KÖPTCKE, L. S. (Org.). **Pesquisa nacional de avaliação da gestão intersetorial do Programa Saúde na Escola (PSE) 2021-2022**: estudo de avaliabilidade. Brasília, DF: Editora Fiocruz, 2023.

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 773-789, jul./set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819>. Acesso em: 16 ago. 2024.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Revista Proposições**, [S. l.], v. 29, n. 2 (87), p. 389-415, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>. Acesso em: 16 ago. 2024.

MATRIZ Avaliativa para o Programa Saúde na Escola. [S. l: s. n.], 2021, 1 vídeo (3min 40s). Publicado pelo canal GEP HUMAP. Disponível em: <https://youtu.be/zCpgxsZgT6E?si=0pYRRKD6gWYeWcSO>. Acesso em: 20 ago. 2024.

MENEZES, J. B. F. Práticas de avaliação da aprendizagem em tempos de ensino remoto. **Revista de Instrumentos, Modelos e Políticas em Avaliação Educacional**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. e021004, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51281/impa.e021004>. Acesso em: 16 ago. 2024.

MOREIRA, M. R.; KASTRUP, É.; RIBEIRO, J. M.; CARVALHO, A. I.; BRAGA, A. P. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030. **Revista Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 7, p. 22-35, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S702>. Acesso em: 16 ago. 2024.

MOYSÉS, S. T. **Escolas promotoras de saúde**: oficina de alimentação do escolar. 2005. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/1698054/>. Acesso em: 17 jul. 2024.

OLIVEIRA, F. P. S. L.; VARGAS, A. M. D.; HARTZ, Z.; DIAS, S.; FERREIRA, E. F. 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**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 72-86, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E305>. Acesso em: 16 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **Articulando os Programas de Governo com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**: orientações para organizações políticas e a cidadania. Sistema ONU no Brasil, 2018. Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-10/Publica%C3%A7%C3%A3o%20Articulando%20os%20ODS_REQ_ID_6998.pdf. Acesso em: 16 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. UNESCO. **Transformar cada escola em uma escola promotora de saúde**: padrões e indicadores globais. Washington, D. C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275725122>. Acesso em: 16 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. UNESCO. **Transformar cada escola em uma escola promotora de saúde**: guia de implementação. Washington, D. C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000381906>. Acesso em: 16 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Relatório anual 2020**. Saúde Universal e a Pandemia. Sistemas de Saúde Resilientes. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54862>. Acesso em: 16 ago. 2024.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F.; MORETTI-PIRES, R. O. Avaliação participativa: análise da primeira oficina do VER-SUS Florianópolis (SC). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 169-178, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611113>. Acesso em: 16 ago. 2024.

RICO, E. M. **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Educação. Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos. **Instrutivo de análise do registro do PSE carioca**. Coordenadoria da rede de Atenção Básica, 2020.

ROCHA, C. A.; ROSSI, T. A.; BOA SORTE, N. C. A.; MACIEL, R. R. B. T. Análise econômica em saúde: o que precisamos saber? **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. e49101018527, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18527>. Acesso em: 16 ago. 2024.

RUMOR, P. C. F.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; SOUZA, J. B.; MANFRINI, G. C.; SOUZA, J. M. Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 116-128, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E308>. Acesso em: 20 ago. 2024.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 508-511, maio/jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>. Acesso em: 20 ago. 2024.

SANTOS, E. M.; ADINOLFI, V. T. S. Percepção dos gestores escolares ao Programa Saúde na Escola. **Revista Olhares**, Guarulhos, v. 10, n. 1, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/367185017_PERCEPCAO_DOS_GESTORES_ESCOLARES_AO_PROGRAMA_SAUDE_NA_ESCOLA/fulltext/63c5ed7fd9fb5967c2e0423c/PERCEPCAO-DOS-GESTORES-ESCOLARES-AO-PROGRAMA-SAUDE-NA-ESCOLA.pdf?origin=scientificContributions. Acesso em: 20 ago. 2024.

SCHNEIDER, S. A.; MAGALHÃES, C. R.; ALMEIDA, A. N. Percepções de educadores e profissionais de saúde sobre interdisciplinaridade no contexto do Programa Saúde na Escola. **Revista Interface**, Botucatu, v. 26, p. e210191, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210191>. Acesso em: 20 ago. 2024.

SILVA, C. L.; KERSTING, C. B.; GRIBOGGI, A. M. Participação social na gestão dos recursos hídricos: uma análise dos comitês de bacias hidrográficas a partir da Matriz GUT (gravidade, urgência e tendência). **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 4, p. 1517-1541, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.4-004>. Acesso em: 20 ago. 2024.

SILVA, C. S. **Saúde na Escola: intersectorialidade e promoção da saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 33, n. 3, p. 207-216, set. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341999000300001>. Acesso em: 20 ago. 2024.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>. Acesso em: 20 ago. 2024.

TAMAKI, E. M.; TANAKA, O. Y.; FELISBERTO, E.; ALVES, C. K. A.; DRUMOND JÚNIOR, M.; BEZERRA, L. C. A.; CALVO, M. C. M.; MIRANDA, A. S. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400007>. Acesso em: 20 ago. 2024.

VOMMARO, P. O mundo em tempos de pandemia: certezas, dilemas e perspectivas. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 1095-1115, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/51001>. Acesso em: 20 ago. 2024.

WACHS, L. S.; FACCHINI, L. A.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; FASSA, M. E. G.; FASSA, A. G. Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 38, n. 6, p. e00231021, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT231021>. Acesso em: 20 ago. 2024.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e saúde coletiva**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 145-154, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100022>. Acesso em: 20 ago. 2024.

YOUSUF, M. I. Using experts' opinions through Delphi technique. **Practical Assessment, Research and Evaluation**, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 1-8, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/253041760_Using_Experts%27_Opinions_Through_Delphi_Technique. Acesso em: 20 ago. 2024.

ZARILI, T. F. T.; CASTANHEIRA, E. R. L.; NUNES, L. O.; SANINE, P. R.; CARRAPATO, J. F. L.; MACHADO, D. F.; RAMOS, N. P.; MENDONÇA, C. S.; NASSER, M. A.; ANDRADE, M. C.; NEMES, M. I. B. Técnica Delphi no processo de validação do Questionário de Avaliação da Atenção Básica (QualiAB) para aplicação nacional. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. e190505, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190505>. Acesso em: 20 ago. 2024.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordo e aceito participar da pesquisa avaliativa intitulada “Matriz avaliativa para o Programa Saúde na Escola: da elaboração à proposição de indicadores multiestratégicos no município de Campo Grande-MS”, desenvolvida pela pesquisadora Geisa Alessandra Cavalcante de Souza, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, nível Doutorado, oferecido pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a supervisão da Prof.^a Dra. Sônia Maria Oliveira de Andrade.

O objetivo desta pesquisa é elaborar matriz avaliativa para o referido programa, no município de Campo Grande-MS, de modo a contribuir com o estabelecimento de indicadores locais e padrões avaliativos.

Estou ciente de que, eventualmente, posso me sentir desconfortável com as questões. Todavia, esse mero dissabor pode ser mediado pela equipe de pesquisa, a qual dispõe de profissionais psicólogo e assistente social, que adotarão as estratégias que forem mais adequadas para a situação singular. Tais estratégias envolvem acolhimento, escuta qualificada, esclarecimento de dúvidas e possível orientação para desistência da referida participação, com devido acompanhamento no período de vigência da pesquisa.

Não devo ter nenhuma despesa financeira em razão da minha participação. Todavia, se preciso for, serei ressarcido por quaisquer despesas que, porventura, tiver. Fui esclarecido(a) de que esta pesquisa foi aprovada via Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o parecer nº 4.164.583/2020, o que garante que serão cumpridas as normas éticas destinadas à pesquisa com seres humanos, que são legítimas as informações doravante apresentadas pela pesquisadora, podendo solicitar que seja excluído da pesquisa, sem que isso acarrete qualquer prejuízo moral e/ou financeiro à minha pessoa.

Entendi a importância desta pesquisa para o contexto avaliativo do Programa Saúde na Escola, a qual pode representar a possibilidade de propor a instituição de ferramentas que facilitem e otimizem o processo de gestão nesta perspectiva. Assim, fui informado(a) de que o estudo se estenderá por um período de quatro anos (previsão de término até 2022), de modo a alcançar todas as escolas (municipais e estaduais) pactuadas com o referido programa no município de Campo Grande-MS.

Estou ciente de que os dados coletados serão tratados sob a perspectiva ética, garantindo sua confidencialidade durante e após o término da pesquisa, estando disponíveis por cinco anos, sendo descartados adequadamente no final deste período.

Aceito participar e contribuir com a pesquisa, nesses termos, e atesto recebimento de 01 (uma) cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Campo Grande, _____ de _____ de _____.

Geisa Alessandra Cavalcante de Souza
Pesquisadora PPGSD - UFMS

(Nome completo do participante)

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – EIXOS PRIORITÁRIOS

Este questionário é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “Matriz avaliativa para o Programa Saúde na Escola: da elaboração à proposição de indicadores multiestratégicos no município de Campo Grande-MS”.

Refere-se ao levantamento de prioridades por eixo de ação, na perspectiva da Equipe Gestora. Responda com atenção, de modo a subsidiar a elaboração de indicadores sensíveis.

Busque estabelecer alinhamento entre as respostas e sua condição de membro integrante da equipe gestora do PSE no município.

Dimensão I. Desempenho por eixo de ação

Refere-se à percepção pessoal acerca da necessidade de priorizar a elaboração de indicadores que meçam a eficiência dos eixos de ação, considerando:

- * Magnitude – tamanho da demanda;
- * Prioridade – nível de importância do item em análise;
- * Potencialidade para estabelecer soluções participativas – características da comunidade local (equipes de saúde, de educação, família, parceiros) favoráveis ao envolvimento e à discussão coletiva das demandas advindas do desenvolvimento do PSE.

COMPONENTES

1. Combate ao mosquito *Aedes aegypti*:

Magnitude () baixa () média () alta

Prioridade () baixa () média () alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas () baixa () média () alta

2. Práticas de atividades físicas e lazer:

Magnitude () baixa () média () alta

Prioridade () baixa () média () alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas () baixa () média () alta

3. Prevenção do uso de álcool, tabaco, *crack* e outras drogas:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

4. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

5. Prevenção das violências e acidentes:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

6. Identificação de educandos com sinais de agravos de doenças em eliminação:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

7. Saúde bucal e aplicação de flúor:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

8. Verificação e atualização de calendário vacinal:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

9. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

10. Promoção da saúde auditiva:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

11. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

12. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com sinais de alteração:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Dimensão II. Alcance dos objetivos

Refere-se à percepção pessoal acerca da necessidade de priorizar a elaboração de indicadores que meçam o alcance dos objetivos, considerando:

* Magnitude – tamanho da demanda;

* Prioridade – nível de importância do item em análise;

* Potencialidade para estabelecer soluções participativas – características da comunidade local (equipes de saúde, de educação, família, parceiros) favoráveis ao envolvimento e à discussão coletiva das demandas advindas do desenvolvimento do PSE.

COMPONENTES

1. Promoção da saúde, prevenção de agravos, fortalecimento do trabalho em rede:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

2. Articulação de ações integradas, vislumbrando repercussões positivas nas famílias dos educandos:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

3. Efeitos sobre a formação integral, “preparo para a vida”:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

4. Fortalecimento de um sistema de atenção social, com vistas à promoção da cidadania e à efetivação de direitos humanos:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

5. Enfrentamento e redução de vulnerabilidades que comprometam o pleno desenvolvimento escolar:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

6. Comunicação integrada e efetiva para melhora das condições de saúde dos estudantes:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

7. Estímulo e fortalecimento da participação social: escola, saúde, famílias:

Magnitude () baixa () média () alta

Prioridade () baixa () média () alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas () baixa () média () alta

Dimensão III. Diretrizes

Refere-se à percepção pessoal acerca da necessidade de priorizar a elaboração de indicadores que meçam o alinhamento das diretrizes do PSE com a capacidade operativa do município, considerando:

* Magnitude – tamanho da demanda;

* Prioridade – nível de importância do item em análise;

* Potencialidade para estabelecer soluções participativas – características da comunidade local (equipes de saúde, de educação, família, parceiros) favoráveis ao envolvimento e à discussão coletiva das demandas advindas do desenvolvimento do PSE.

COMPONENTES

1. Descentralização e respeito à autonomia federativa:

Magnitude () baixa () média () alta

Prioridade () baixa () média () alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas () baixa () média () alta

2. Integração e articulação em rede:

Magnitude () baixa () média () alta

Prioridade () baixa () média () alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas () baixa () média () alta

3. Territorialidade:

Magnitude () baixa () média () alta

Prioridade () baixa () média () alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas () baixa () média () alta

4. Interdisciplinaridade e Intersetorialidade:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

5. Cuidado ao longo do tempo:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

6. Controle social:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

7. Monitoramento e avaliação permanente:

Magnitude ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Prioridade ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas ☐ baixa ☐ média ☐ alta

Dimensão IV. Planejamento de ações

Refere-se à percepção pessoal acerca da necessidade de priorizar a elaboração de indicadores que meçam o alinhamento entre o planejamento das ações e as diretrizes do PSE, considerando:

* Magnitude – tamanho da demanda;

* Prioridade – nível de importância do item em análise;

* Potencialidade para estabelecer soluções participativas – características da comunidade local (equipes de saúde, de educação, família, parceiros) favoráveis ao envolvimento e à discussão coletiva das demandas advindas do desenvolvimento do PSE.

COMPONENTES

1. Diagnóstico local – contexto escolar:

Magnitude () baixa () média () alta

Prioridade () baixa () média () alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas () baixa () média () alta

2. Diagnóstico local – contexto saúde:

Magnitude () baixa () média () alta

Prioridade () baixa () média () alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas () baixa () média () alta

3. Capacidade operativa das escolas:

Magnitude () baixa () média () alta

Prioridade () baixa () média () alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas () baixa () média () alta

4. Capacidade operativa das unidades de saúde:

Magnitude () baixa () média () alta

Prioridade () baixa () média () alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas () baixa () média () alta

5. Alinhamento com o currículo escolar e a política de educação integral:

Magnitude () baixa () média () alta

Prioridade () baixa () média () alta

Potencialidade para estabelecer soluções participativas () baixa () média () alta

6. Registros adequados no SISAB e gestão da informação:

Magnitude () baixa () média () alta

Prioridade () baixa () média () alta

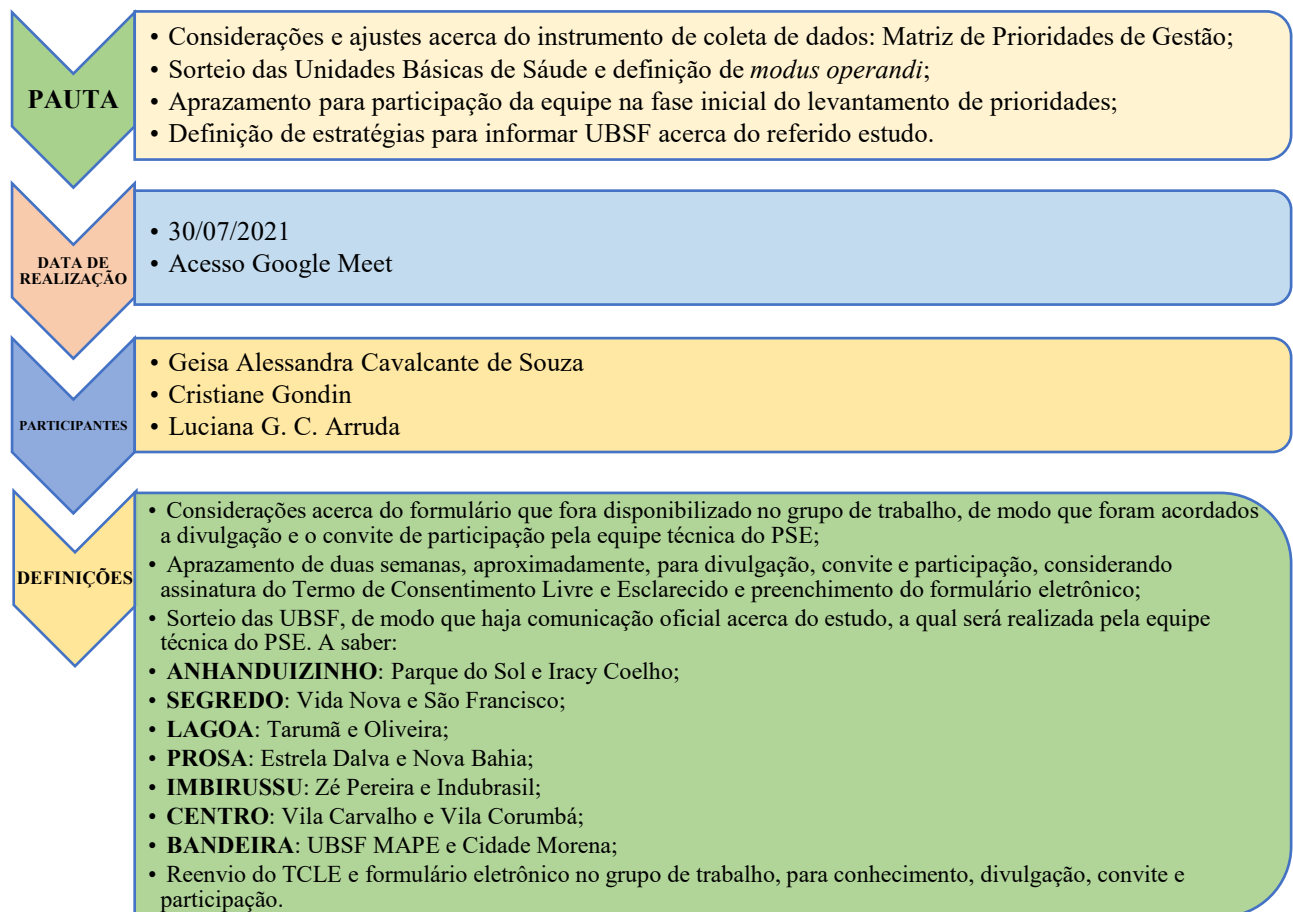
Potencialidade para estabelecer soluções participativas () baixa () média () alta

APÊNDICE C – Resumo da reunião com equipe técnica - GTI-M

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE

Matriz avaliativa para o Programa Saúde na Escola: da elaboração à proposição de indicadores multiestratégicos no município de Campo Grande-MS

RESUMO DA REUNIÃO COM A EQUIPE TÉCNICA



GEISA ALESSANDRA CAVALCANTE DE SOUZA – PESQUISADORA PSE
CONTATOS: (67) 98117-7611 geisa.cienciabruta@gmail.com geisaacs@hotmail.com



ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Geisa Alessandra Cavalcante de Souza, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 99593750134, portador (a) do documento de identidade sob n°. 1277821 SSP MS residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Rua Tenente Antônio João Ribeiro n°. 946, bairro Coophamato nesta Capital, telefone n°. (67)98117-7611, pesquisador (a) do Curso de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste- DOUTORADO, da instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, com o título do projeto de pesquisa "MATRIZ AVALIATIVA PARA O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: DA ELABORAÇÃO À PROPOSIÇÃO DE INDICADORES MULTISTRATÉGICOS NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE- MS", o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

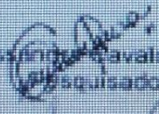
Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

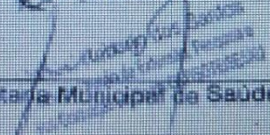
A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 09 de março de 2020.

Geisa Alessandra Cavalcante de Souza
 Pesquisadora


 Secretária Municipal de Saúde


ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Educação

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCACAO

OFÍCIO N. 1.708/GEFOR/SEMED Campo Grande, 03 de Junho de 2020.

010110
1101

Prezado Senhor:

Em resposta ao ofício n. 2.578/DAPPE/SESAU, pelo qual se solicita a autorização para Gelsa Alessandra Cavalcante de Souza realizar a pesquisa "Matriz avaliativa para o Programa Saúde na Escola: da elaboração à proposição de Indicadores multiestratégicos no Município de Campo Grande/MS", nas escolas municipais participantes do Programa, Informamos nosso parecer favorável.

Ainda, para início do trabalho, faz-se necessário apresentar-nos o protocolo de solicitação do Comitê de Ética e Pesquisa/CEP e proceder às orientações sobre a pesquisa aos envolvidos, com apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido.

Evidencia-se que as atividades deverão ser acompanhadas pela direção e/ou coordenação das escolas e uma cópia deste ofício deverá ser entregue na unidade de ensino, para o acerto dos trâmites necessários.

Outrossim, depois da conclusão das atividades, será necessário disponibilizar uma cópia do trabalho completo, conforme normas da ABNT, preferencialmente encadernada, a ser entregue na CEFOR/SEMED, para compor o acervo da biblioteca deste Órgão Central.

Na oportunidade, colocamo-nos à disposição, pelo telefone n. 99233-1056, falar com Cristiane Gondin, na Gerência do Ensino Fundamental e Médio deste Órgão Central.



Elza Fernandes Ortelhado
Secretária Municipal de Educação

Ao Senhor José Mauro Pinto de Castro Filho
Secretário Municipal de Saúde

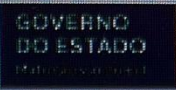
SINIELTO BEVORIO MONTENHO, ASS. VILA MARGAREDA, 1304 - 79233-000 - FONE: 99233114-2000 - E-MAIL: SPMED@GRC-CAMPOGRANDE.MS

ANEXO C – Autorização da Secretaria de Estado de Educação



SED
Secretaria de Estado
de Educação





**GOVERNO
DO ESTADO**
Mato Grosso do Sul

Ofício n. 2359/GUPED/GAB/SED/2020

Campo Grande/MS, 18 de Julho de 2020.

Senhora Coordenadora,

Comunica-se o recebimento da solicitação de autorização, de 9 de julho de 2020, para a realização da pesquisa intitulada "Matriz Avaliativa para o Programa Saúde na Escola: da elaboração à proposição de indicadores multiestratégicos no município de Campo Grande - MS", sob a responsabilidade da pesquisadora Gelsa Alessandra Cavalcante de Souza e sob a orientação da Profa. Dra. Sônia Maria Oliveira de Andrade.

Informa-se que, após análise dos documentos encaminhados e do projeto, a Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso do Sul (SED/MS) é de parecer favorável à realização da referida pesquisa nas escolas estaduais de Campo Grande que aderiu ao Programa Saúde na Escola (PSE).

Salienta-se que a referida pesquisa deverá ser realizada após o retorno das aulas presenciais, necessitando, assim que estiver definido em quais escolas estaduais será realizada a pesquisa, informar à SED/MS para que as escolas sejam comunicadas.

Ressalta-se que a visita deve restringir-se somente à observação e entrevistas, não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

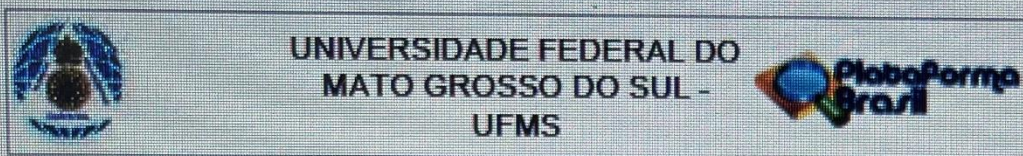
Esta Pasta coloca à disposição a Coordenadoria de Políticas Específicas para a Educação, por meio do telefone (67) 3318-2235 e do e-mail copeed.sed@gmail.com.

Atenciosamente,

MARIA CECILIA AMENDOLA DA MOTTA
Secretária de Estado de Educação
Assinado Digitalmente

Assinatura digitalizada por: MARIA CECILIA AMENDOLA DA MOTTA, 22033103872. Hora do envio: 11/07/2020 16:41:12
 Este documento é cópia do original. Para conferir o original, acesse o site www.sistema.gestor.br, informe o código de verificação e clique em "verificar".

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética



Continuação do Parecer: 4.164.583

pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_1515558.pdf	07/07/2020 19:44:11		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER CONSUBSTANCIADO_CEP_4136336.pdf	07/07/2020 19:36:31	Gelsa Alessandra Cavalcante de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/07/2020 19:35:12	Gelsa Alessandra Cavalcante de Souza	Aceito
Outros	formulario.pdf	07/07/2020 19:32:58	Gelsa Alessandra Cavalcante de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	07/06/2020 17:26:37	Gelsa Alessandra Cavalcante de Souza	Aceito
Outros	autorizacao_semed.pdf	07/06/2020 17:25:36	Gelsa Alessandra Cavalcante de Souza	Aceito
Outros	autorizacao_sesau.pdf	07/06/2020 17:24:51	Gelsa Alessandra Cavalcante de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	07/06/2020 17:21:20	Gelsa Alessandra Cavalcante de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
 Bairro: Centro Postal: 540 CEP: 79 075-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67) 3345-7187 Fax: (67) 3345-7182 E-mail: conep@ufms.br

ANEXO E – Artigo publicado

**MATRIZ DE PRIORIDADES PARA O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM PROCESSO PARTICIPATIVO DE GESTÃO** <https://doi.org/10.56238/arev6n4-432>

Data de submissão: 26/11/2024

Data de publicação: 26/12/2024

Geisa Alessandra Cavalcante de Souza

Assistente Social, Doutoranda em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
E-mail: geisaacs@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2019-3239>

Sônia Maria Oliveira de Andrade

Psicóloga, Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Brasil
Professor Titular da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: soniaufms@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9897-6081>

Elenir Rose Jardim Cury

Graduada em Odontologia, Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Brasil
Professor Titular da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: elenir.cury@ufms.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2711-0667>

Renata Palópoli Picoli

Fonoaudióloga, Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Brasil
Professor do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: renata.picoli@fiocruz.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3753-683>

Nathan Aratani

Enfermeiro, Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Brasil
Professor Adjunto da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: nathan.aratani@ufms.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4602-73>

Edson Mamoru Tamaki

Administrador, Doutorado em Economie Publique, Gestion Activités nonMarchandes pelo
Université Paris-Dauphine - Paris IX,
Professor Colaborador Aposentado da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: emtamaki@gmail.com

Amanda Pereira Risso Saad

Psicóloga, Doutora, Pós-Doutoranda em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
E-mail: amanda.saad@ufms.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8527-4366>

RESUMO

OBJETIVO: Descrever processo participativo de gestão na elaboração de instrumento de priorização para o Programa Saúde na Escola.

MÉTODO: Trata-se de estudo quantitativo, transversal e avaliativo, focado em melhorias na gestão do Programa Saúde na Escola. Elaborou-se instrumento de priorização dos aspectos gerenciais, baseado em critérios de magnitude, prioridade e potencial de participação. Utilizou-se metodologia participativa, desenvolvida por meio de oficinas de consenso com gestores locais, em um município do Centro-Oeste do Brasil, entre julho de 2021 e junho de 2023. Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva.

RESULTADOS: Elaboração de uma matriz de prioridades, considerando o potencial de participação dos atores envolvidos. As áreas protagonizadas pelo setor de saúde apresentaram maior potencial de participação, incluindo prioridades como vacinação, prevenção da obesidade, articulação de ações, enfrentamento de vulnerabilidades, cuidado longitudinal, diagnóstico local, capacidade operativa das unidades de saúde e gestão da informação. Por sua vez, componentes do contexto educacional, tais como o diagnóstico local e a capacidade operativa das escolas, apresentaram menor potencial de participação.

CONCLUSÕES: O setor de saúde demonstrou maior potencial de participação em comparação ao setor educacional. O processo estimulou uma integração mais efetiva entre os gestores locais para classificar demandas emergentes e definir prioridades gerenciais. O engajamento do grupo na construção coletiva do instrumento de priorização sugere a necessidade de inclusão de estratégias participativas que viabilizem a troca de experiências e as boas práticas intersetoriais, aprimorando o monitoramento e a avaliação em áreas fundamentais. Esse processo permite a horizontalidade, promove um trabalho colaborativo em resposta às vulnerabilidades territoriais, fortalece a capacidade operativa das instituições e a gestão da informação. Ainda, contribui para um cuidado longitudinal e um diagnóstico local mais preciso, o que pode aumentar o potencial de participação de todos os setores envolvidos, fator essencial para a promoção da saúde nesse contexto.

Palavras-chave: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Planejamento Participativo. Serviços de Saúde Escolar.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE), iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), propõe estratégias e mecanismos para fortalecer potencialidades locais e enfrentar condicionantes sociais desfavoráveis, promovendo ações que estimulem escolhas mais saudáveis frente às vicissitudes que comprometem o desempenho escolar de crianças e jovens e a qualidade de vida de suas famílias (Brasil, 2007; Farias *et al.*, 2016).

Vigente há 17 anos, o PSE está estruturado em quatro dimensões: ações, objetivos, diretrizes e planejamento. Cada uma delas possui componentes norteadores para promoção da saúde e prevenção de doenças, considerando aspectos psicossociais e pedagógicos no cuidado da população-alvo. Ao longo do tempo, o programa sofreu modificações para aprimorar sua implementação e seu desempenho nos municípios (Lopes; Nogueira; Rocha, 2018), e, em sua versão mais recente (Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020), foram incluídas ações de prevenção à COVID-19 (Brasil, 2020). O PSE utiliza o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e o software e-SUS Atenção Primária (e- SUS APS) para registrar a Ficha de Atividade Coletiva, na qual são descritas as atividades desenvolvidas pelos municípios (Brasil, 2022).

Validado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual representa uma resposta estatal aos esforços de movimentos sociais para revitalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), que destaca a intersetorialidade para enfrentar problemas multifacetados e estabelecer relações mais horizontais, o PSE representa um marco na promoção da saúde de estudantes, buscando superar modelos higienistas que, anteriormente, focavam no ordenamento sanitário e na inclusão de uma lógica medicalizante como ferramentas para atender a fracassos escolares associados às demandas de saúde (Farias *et al.*, 2016; Silva, 2019; Brasil, 2012, 2018).

No entanto, é preciso reconhecer que fortalecer os fatores de proteção para crianças, jovens e famílias através da educação em saúde é um desafio complexo, pois os municípios apresentam características singulares que influenciam o desenvolvimento do programa, tais como localização, urbanização, preparo das equipes e infraestrutura. Ademais, a necessidade de coordenação entre os diversos setores, a adaptação às especificidades territoriais e a garantia de participação ativa da comunidade escolar exigem uma gestão eficiente e integrada. Com estrutura de governança tripartite, os diferentes níveis de governo devem estabelecer mecanismos integradores para enfrentar esses desafios e garantir o cuidado longitudinal (Farias *et al.*, 2016; Köptcke, 2023).

Embora a implementação de atividades que incentivem hábitos saudáveis e o desenvolvimento de ações pedagógicas intersetoriais voltadas à saúde, à cidadania e aos direitos humanos seja essencial para alcançar os objetivos do programa, avançar na redução da vulnerabilidade e melhorar indicadores de saúde requer o aprimoramento de mecanismos e práticas gerenciais. Outrossim, é fundamental considerar a limitação de recursos e o aumento projetado de demandas, devido a atrasos educacionais e lacunas de cuidado desencadeados pela pandemia da COVID-19, que exigem um mapeamento cuidadoso de prioridades. Nesse contexto, o uso de tecnologias leves oferece a possibilidade de aprimorar o processo de gestão, valorizando o conhecimento e a experiência dos profissionais envolvidos. Além disso, a escuta ativa e coordenada das demandas locais torna a gestão mais eficiente, promovendo uma atenção integral (Cohen; Franco, 1999; Tamaki *et al.*, 2012).

Apoiando-se em princípios fundamentais como a intersetorialidade, que promove a colaboração entre os diferentes setores governamentais e sociais; a territorialidade, que assegura que as ações do programa sejam adaptadas às necessidades locais; e a participação, que envolve a comunidade escolar na tomada de decisões e na implementação das ações, o Ministério da Saúde destaca a necessidade de se desenvolverem instrumentos locais que permitam uma análise técnica das prioridades e valorizem a construção coletiva de soluções, a partir da atuação do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM) e de gestores de unidades de saúde e de escolas, ambas inseridas no Plano Anual de Pactuação (Ferreira *et al.*, 2014).

O GTIM é responsável por um planejamento integrado, incluindo ações de educação permanente, articulação intersetorial e incorporação de percepções locais, a fim de cumprir compromissos firmados com os Ministérios da Saúde e da Educação (Brasil, 2022).

Por sua vez, os gestores de unidades de saúde têm a responsabilidade de elaborar, implementar, monitorar e avaliar planos estratégicos, além de gerir recursos e promover ações intersetoriais com base no conhecimento das demandas locais (Brasil, 2022).

Já os gestores das escolas devem desenvolver uma agenda pedagógica que inclua as ações predefinidas pelo PSE, além de liderar a equipe escolar para alcançar os objetivos do programa (Brasil, 2022).

Destaca-se, nesse ponto, a importância do envolvimento do GTIM na coordenação de estratégias participativas, promovendo engajamento e comprometimento dos gestores locais na identificação dos componentes com maior potencial de implementação nos territórios (Köptcke, 2023).

Dessa forma, o presente estudo apresenta uma matriz de prioridades para o PSE, com o objetivo de oferecer um instrumento de priorização de demandas gerenciais. Utilizando metodologia

participativa, permite analisar o processo de trabalho, identificar o potencial de participação dos atores envolvidos e orientar a tomada de decisões, considerando singularidades territoriais.

Essa abordagem foi aplicada no município de Campo Grande, MS, mas pode ser utilizada em outros locais com contextos gerenciais semelhantes.

2 METODOLOGIA

Este artigo faz parte de um estudo de doutoramento, quantitativo, transversal e avaliativo, cujo objetivo foi descrever o desenvolvimento de um processo participativo de gestão na elaboração de um instrumento de priorização para o PSE.

Participaram do estudo onze gestores: quatro atuantes no GTIM e sete atuantes em Unidades de Saúde da Família (USF) inseridas em cada uma das regiões sanitárias que compõem o município de Campo Grande (Centro, Prosa, Segredo, Anhanduizinho, Imbirussu, Bandeira e Lagoa). Ainda que gestores de escolas não possuam responsabilidade gerencial sobre o PSE, sua participação foi incentivada para enriquecer o processo. Entretanto, não houve adesão.

A proposta de pesquisa foi apresentada ao GTIM durante um encontro realizado na Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), em julho de 2021, tendo em vista sua composição, já que representa as áreas de saúde e de educação, e sua responsabilidade quanto a planejamento, execução, articulação intersetorial, monitoramento e avaliação do programa na esfera municipal, garantindo a integração das políticas de saúde e educação (Brasil, 2022).

Nessa oportunidade, foi realizada uma “tempestade de ideias” a partir da questão norteadora: “Gestão do PSE: estamos falando de quê?”. As percepções do GTIM foram registradas, destacando-se os termos mais recorrentes.

Sequencialmente, foram apresentados dois modelos lógicos do PSE disponíveis na literatura (Ferreira; Cassiolato; Gonzales, 2009; Fontenele *et al.*, 2017), com o objetivo de “revisitar o cotidiano de práticas” e conhecer os elementos mais importantes à gestão municipal do programa. Para tanto, levantou-se mais uma questão norteadora: “Considerando os aspectos que participam da instituição de um Modelo Lógico (recursos, insumos, ações, resultados), quais são os elementos mais importantes à gestão do PSE no município?”. Em uma construção dialogada, mediada à luz dos “círculos de cultura” aplicáveis ao desenvolvimento de uma perspectiva crítica em contextos plurais (Freire, 2003), o grupo registrou suas considerações em fichas, resultando em um quadro de elementos que compuseram um modelo visual de gestão e trabalho. Essa etapa propiciou uma visão clara e organizada dos aspectos que interagem com a execução das ações, sendo essencial ao planejamento e

à gestão do programa, como destacam Baroni e Silva (2022) e Köptcke (2023) quanto à instituição de modelos lógicos utilizados em seus estudos.

Na mesma ocasião, foi apresentado um roteiro para levantamento de prioridades, composto por 33 itens distribuídos entre as dimensões do programa — I. Ações; II. Diretrizes; III. Objetivos; IV. Planejamento —, a fim de avaliar um componente específico dentro de cada dimensão, permitindo análise detalhada das prioridades gerenciais. Esses componentes, predefinidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação para implementação do PSE, estão disponíveis no Manual Instrutivo PSE (Brasil, 2011) e foram atualizados pela Portaria nº 1.055, de 25 de abril de 2017 (Brasil, 2017).

Inicialmente, a disposição e os critérios de avaliação das prioridades foram pensados à luz da matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), segundo Silva, Kersting e Griboggi (2023). No entanto, para melhor atender às singularidades do programa, o roteiro foi revisado e aprimorado com a participação ativa do GTIM, que contribuiu com suas experiências práticas e conhecimentos específicos sobre a gestão, ajustando os critérios de avaliação e a disposição dos itens para melhor reflexão acerca das necessidades e prioridades em relação às dimensões e seus componentes.

As modificações incluíram a reorganização dos itens (Etapa I) e a adaptação dos critérios de avaliação (Etapa II) para incluir aspectos específicos do PSE e facilitar a aplicação e a interpretação dos resultados. Baseado no método Delphi Adaptado (Revorêdo *et al.*, 2015), o estudo dispensou o anonimato e a exclusividade de especialistas, permitindo a interação do grupo em todas as etapas e a inclusão de percepções de gestores locais de unidades de saúde. O inventário foi aprimorado em termos de estrutura e disposição dos itens durante três oficinas de consenso. A articulação intersetorial com gestores de cada região sanitária permitiu a incorporação de singularidades territoriais que influenciam o ambiente escolar. O contato com os gestores locais de escolas e unidades de saúde foi realizado por e-mail, acompanhado de um vídeo informativo que apresentava a proposta de pesquisa e o inventário de prioridades.

Para avaliar cada componente das dimensões do programa, foram considerados os critérios de magnitude (tamanho da demanda em relação à gestão), prioridade (nível de importância), e potencial de participação (capacidade de envolver a comunidade e integrar equipes de saúde e de educação no território), definidos e pontuados de 1 a 3, conforme a matriz de pontuação da avaliação das dimensões do PSE e seus respectivos componentes, criada pelo grupo e ilustrada na Tabela 1.

Tabela 1. Matriz de Pontuação de Prioridades Gerenciais PSE

MATRIZ DE PRIORIDADES PSE				
Pontos	M Magnitude da demanda	P Prioridade para a gestão	PP Potencial de participação	M x P x PP
3	Trata-se de uma demanda prioritária	Requer uma ação imediata	Potencial de participação alto	$3 \times 3 \times 3 = 27$
2	Trata-se de uma demanda urgente ou moderada	Necessária ação em médio prazo	Potencial de participação moderado	$2 \times 2 \times 2 = 8$
1	Não representa uma demanda	Não necessita ação gerencial diferenciada	Potencial de participação baixo	$1 \times 1 \times 1 = 1$

Fonte: Elaboração própria.

A determinação do nível de prioridade de cada componente foi obtida pela multiplicação da tríade magnitude (M), prioridade (P) e potencial de participação (PP): $M \times P \times PP$, variando de 1 a 27. A multiplicação ampliou as diferenças entre os valores atribuídos a cada critério, destacando demandas que requerem atenção prioritária por parte da gestão e garantindo a interdependência entre esses critérios.

Trata-se de uma adaptação inovadora da matriz GUT ao substituir gravidade (G) por magnitude (M), urgência (U) por prioridade (P) e tendência (T) por potencial de participação (PP), a qual permitiu uma diferenciação mais clara entre os elementos que compõem cada uma das dimensões do PSE.

O roteiro foi validado e aprovado pelo GTIM (Etapa III), sendo, posteriormente, aplicado a todos os participantes (GTIM e gestores de USF).

Os dados coletados foram analisados quantitativamente utilizando estatística descritiva, e a pontuação de maior frequência foi considerada como a pontuação final do grupo.

Com a finalidade de estabelecer relações entre processo gerencial e necessidades locais, registros locais realizados por gestores de USF referentes às vulnerabilidades territoriais foram disponibilizados para consulta pelo GTIM e utilizados no presente estudo.

A inclusão dos participantes ocorreu após o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os princípios de voluntariedade e autonomia. A pesquisa, a partir da qual se produziu este artigo, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o parecer no 4.164.583/2020.

3 RESULTADOS

Acompanhando o cenário nacional, onde a cobertura do PSE já alcançou 97% do território, com adesão de 5.422 municípios, 97.389 escolas pactuadas e 23.426.003 estudantes beneficiados, o município de Campo Grande, cujo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,784, mantém uma cobertura de 92%. Ele segue estimulando a adesão das escolas ao programa através da atuação

do GTIM e das Equipes de Saúde da Família (ESF), que oferecem uma cobertura de 80% para atender a uma população plural e fronteiriça, incluindo imigrantes, ciganos, indígenas e quilombolas (Brasil, 2022; Campo Grande, 2022).

Nesse contexto, a percepção do GTIM sobre a gestão do programa é determinante para uma implementação eficaz e sustentável (Chiari *et al.*, 2018). Para compreendê-la, foi apresentada uma questão norteadora: “Gestão do PSE: estamos falando de quê?”, destacando-se as expressões recorrentes.

Buscou-se relacionar essas percepções com o processo de trabalho e seus elementos mais importantes, a partir da questão norteadora: “Considerando os aspectos que participam da instituição de um Modelo Lógico (recursos, insumos, ações, resultados), quais são os elementos mais importantes à gestão do PSE no município?”. Essa etapa estimulou a elaboração de um modelo visual de gestão e trabalho, vinculando desafios do processo gerencial e resultados esperados.

A Figura 1 ilustra os elementos da tempestade de ideias e sua relação com o modelo visual de gestão e trabalho.

As reflexões acerca do gerenciamento do programa prepararam o grupo para aprimorar um roteiro de prioridades referente às dimensões do PSE e seus respectivos componentes. Em oficinas de consenso, foram discutidos aspectos essenciais como a disposição dos itens (Etapa I) e os critérios aplicados (Etapa II), com a finalidade de garantir um modelo coerente com o cotidiano de práticas e sensível às demandas locais.

Figura 1. Tempestade de ideias e sua relação com o modelo visual de gestão e trabalho do PSE, Campo Grande, MS, 2023



Fonte: Elaboração própria.

O engajamento do grupo resultou em um instrumento participativo de gestão (Etapa II), que utilizou uma escala de pontos para classificar ações e estabelecer prioridades a partir do potencial de participação nos territórios. O instrumento foi aplicado a todos os participantes do estudo e resultou na matriz de prioridades expressa na Tabela 2.

Tabela 2. Priorização dos aspectos gerenciais relacionados às dimensões do Programa Saúde na Escola e seus componentes, Campo Grande, MS, 2023

MATRIZ AVALIATIVA PSE	M	P	PP	M x P x PP
I. AÇÕES				
1. Verificação e atualização de calendário vacinal	3	3	3	27
2. Alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil	3	3	3	27
3. Combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>	3	3	2	18
4. Alcool, tabaco, <i>crack</i> e outras drogas	3	3	2	18
5. Prevenção das violências e acidentes	3	3	2	18
6. Saúde bucal e aplicação de flúor	3	3	2	18
7. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS	3	3	2	18
8. Cultura de paz, cidadania e direitos humanos	3	2	2	12
9. Saúde auditiva	3	2	2	12
10. Atividades físicas e lazer	2	2	2	8
11. Sinais de agravamento de doenças em eliminação	2	2	2	8
12. Saúde ocular e sinais de alteração	2	2	2	8
II. OBJETIVOS				
1. Articulação de ações integradas	3	3	3	27
2. Enfrentamento e redução de vulnerabilidades	3	3	3	27
3. Efeitos sobre a formação integral	3	3	2	18
4. Comunicação integrada e efetiva	3	3	2	18
5. Estímulo e fortalecimento da participação social: escola, saúde, famílias	3	3	2	18
6. Promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do trabalho em rede	3	2	2	12
7. Fortalecimento de um sistema de atenção social	3	2	2	12
III. DIRETRIZES				
1. Cuidado ao longo do tempo	3	3	3	27
2. Integração e articulação em rede	3	3	2	18
3. Territorialidade	3	3	2	18
4. Controle social	3	3	2	18
5. Monitoramento e avaliação permanente	3	3	2	18
6. Descentralização e respeito à autonomia federativa	3	2	2	12
7. Interdisciplinaridade e intersetorialidade	3	2	2	12
8. Integralidade	2	2	2	8
IV. PLANEJAMENTO				
1. Diagnóstico local – contexto saúde	3	3	2	18
2. Capacidade operativa das unidades de saúde	3	3	2	18
3. Registros adequados no SISAB e gestão da informação	3	3	2	18
4. Alinhamento com o currículo escolar e a política de educação integral	3	2	2	12
5. Diagnóstico local – contexto escolar	3	3	1	9
6. Capacidade operativa das escolas	2	3	1	6

Legenda: M = magnitude; P = prioridade; PP = potencial de participação./Fonte: Elaboração própria.

Na dimensão das Ações, as prioridades gerenciais identificadas foram a) verificação do calendário vacinal e b) alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil. Na dimensão dos

Objetivos, foram a) articulação de ações integradas e b) enfrentamento e redução de vulnerabilidades. Na dimensão das Diretrizes, a prioridade foi o cuidado ao longo do tempo. Por fim, na dimensão do Planejamento, as prioridades gerenciais identificadas foram a) diagnóstico local no contexto da saúde, b) capacidade operativa das unidades de saúde e c) registros adequados no SISAB e gestão da informação.

O menor potencial de participação foi identificado em áreas de domínio do setor educacional, como o diagnóstico local no contexto escolar e a capacidade operativa das escolas.

Registros locais realizados pelas equipes de saúde (Ciclo 2021-2022) apontaram vulnerabilidades em todas as regiões sanitárias, incluindo uso de álcool, tabaco e outras drogas, sedentarismo, precariedade de hábitos de higiene, não adesão à vacinação, bullying, questões de gênero, raça e cor, autolesão, tentativas de suicídio, abandono familiar e intelectual, violência, precariedade de vínculos, famílias disfuncionais, desemprego e ausência de áreas para lazer.

As atividades registradas no SISAB por meio da Ficha de Atividade Coletiva (Ciclo 2021-2022) mostraram-se focadas na ação prioritária de prevenção da COVID-19 e no combate ao mosquito *Aedes aegypti*.

Comparando esses dados com as ações fundamentais apontadas pelo GTIM e com o mapeamento de prioridades, obtido com a participação de gestores de USF, observa-se que o planejamento das ações do PSE e as estratégias gerenciais nem sempre estiveram alinhadas às necessidades do ambiente escolar. Com achados semelhantes, Chiari *et al.* (2018), Fernandes *et al.* (2022) e Köptcke (2023) já destacaram a necessidade de se promover uma conexão mais harmoniosa entre o trabalho desenvolvido pelo GTIM e as demandas territoriais para garantir o cuidado longitudinal frente às vicissitudes que permeiam essa população.

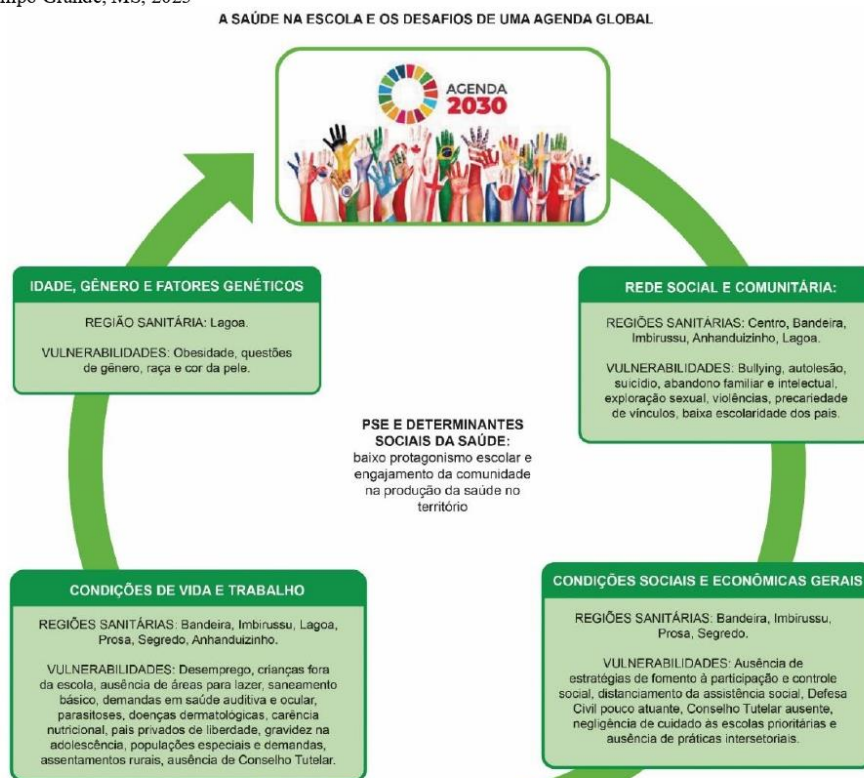
Nesse contexto, a Matriz de Prioridades PSE proporcionou a apresentação sistematizada de prioridades gerenciais, incorporando a complexidade de aspectos que influenciam desde o planejamento até a execução das ações, segundo a magnitude, prioridade gerencial e potencial de participação.

4 DISCUSSÃO

Apoiado na tríade intersetorialidade, territorialidade e participação social, o PSE se fortalece como modelo de promoção à saúde a partir da atuação das ESF no município de Campo Grande (Brasil, 2022). Como mostra a Figura 2, esses fundamentos representam uma série de desafios complexos que devem ser enfrentados por sua gestão tripartite, considerando vulnerabilidades apontadas pelos gestores de USF que participam do cotidiano dos serviços. Em contextos desiguais,

estabelecer prioridades é imprescindível para garantir a continuidade desse modelo assistencial, projetado para abordar e mitigar vulnerabilidades no ambiente escolar (Silva, 2019).

Figura 2. PSE e desafios de uma agenda global: Vulnerabilidades sociais identificadas por distrito sanitário no município de Campo Grande, MS, 2023



Fonte: Elaboração própria.

Compreender como as ações do PSE são pensadas, discutidas, planejadas e executadas no município mostrou-se fundamental para desenvolver um processo participativo na elaboração de um instrumento de priorização. Cohen e Franco (1999) enfatizam que espaços para análises crítico-reflexivas nos serviços permitem o surgimento de soluções mais solidárias e factíveis, indispensáveis à sobrevivência operacional dos programas sociais.

Em linhas gerais, essa sobrevivência operacional requer uma análise minuciosa dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), ou seja, fatores socioeconômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam as condições de vida e trabalho e produzem efeitos

na saúde de pessoas e coletividades impactadas por esses programas. Seguindo um modelo específico de análise (Dahlgren e Whitehead), relacionam saúde global e igualdade social (Buss; Pellegrini Filho, 2007) e, portanto, mostram-se essenciais a um planejamento intersetorial e eficaz no âmbito do PSE (Silva, 2019).

Expressos na tempestade de ideias e descritos em relatórios locais, os DSS presentes em cada uma das regiões sanitárias (Figura 2) traduziram a necessidade de se considerar o potencial de participação dos atores envolvidos para uma implementação mais efetiva nos territórios, buscando apoio daqueles que vivenciam singularidades complexas que limitam a atuação dos profissionais de saúde e desestimulam a equipe pedagógica. Com achados semelhantes em relação às vulnerabilidades, Anunciação *et al.* (2022) abordam o relevante papel da Atenção Primária à Saúde para incluir questões de gênero, raça e cor, condições socioeconômicas, de vida e trabalho, bem como carência de recursos sociais e comunitários na agenda pedagógica, sugerindo o estabelecimento de novos arranjos intersetoriais, com características mais participativas, de modo a ressignificar o papel da escola no âmbito do PSE.

A tempestade de ideias, que estimulou a elaboração do modelo de gestão e trabalho, lançou luz sobre a necessidade de se possibilitar um desenho gerencial que considere esses determinantes sociais, bem como o interesse da comunidade no planejamento de práticas intersetoriais, ainda protagonizadas pelos profissionais de saúde, como destacam Fernandes *et al.* (2022). O modelo, que relacionou recursos e resultados, apresentou hiatos gerenciais como a capacitação efetiva das equipes, o diagnóstico local e a aplicação dos materiais didáticos inerentes à pactuação com as escolas do município.

A produção da saúde nos territórios requer, dentre outros aspectos, o protagonismo da comunidade escolar (Fernandes *et al.*, 2022; Köptcke, 2023), área em que foi identificado o menor potencial de participação. A não adesão de gestores de escolas, muito embora tenha sido uma limitação do estudo, também revelou a influência da sobrecarga de trabalho nos movimentos intersetoriais. Em um contexto de pandemia, muitas escolas enfrentaram desafios significativos como a transição para o ensino remoto, a implementação de medidas restritivas e a gestão de uma crise sanitária sem a devida estrutura (Menezes, 2021). Nessa perspectiva, o setor educacional foi representado pelo GTIM, que reconheceu a limitação e destacou a necessidade de se estabelecer uma agenda pedagógica com as escolas. Essa realidade também foi identificada nos estudos de Corrêa, Toassi e Firmino (2018) e Köptcke (2023), indicando que a sustentabilidade do programa depende de avanços gerenciais, da superação de falhas na gestão, de investimentos consistentes em capacitação, de melhorias na comunicação, nos registros locais e no planejamento estratégico, de monitoramento contínuo, de

engajamento da comunidade escolar, da superação de tabus culturais, de um melhor alinhamento do programa com as prioridades das escolas, bem como de mecanismos robustos para avaliar todo o processo de implementação e realização das ações. Destaca-se o papel fundamental da participação e da colaboração intersetorial para o sucesso do PSE, atribuindo-se aos municípios a adaptação e a priorização das ações, de acordo com suas necessidades específicas.

Para isso, é salutar a reflexão sobre o modelo de gestão e trabalho, destacado por Contandriopoulos (2006), o qual considera, dentre outros aspectos, que a construção do desenho operacional entre os stakeholders (grupo de interesse) melhora os mecanismos de intervenção e identifica desafios de gestão — e foi justamente a identificação desses desafios a partir do modelo construído que contribuiu para o envolvimento do GTIM no processo participativo proposto a partir deste estudo.

A metodologia participativa utilizada neste estudo, com adaptações do método Delphi e da matriz GUT, incluindo oficinas de consenso para aprimorar um instrumento de priorização a partir de critérios contextualizados com o PSE, promoveu soluções criativas para desafios locais e incentivou os gestores a refletirem sobre a importância da participação e sua influência para uma implementação eficaz. Apesar da magnitude de algumas demandas, a prioridade atribuída a elas foi diretamente relacionada ao potencial de participação. Dessa forma, essa adaptação considerou a necessidade objetiva e valorizou a capacidade de mobilização e engajamento dos gestores (Köptcke, 2023).

Muito embora o escopo do estudo estivesse diretamente relacionado às prioridades gerenciais, reconhece-se que a inclusão da comunidade escolar em estudos futuros pode enriquecer o processo decisório a partir da análise crítica de demandas vivenciadas nos territórios, visíveis não apenas aos gestores e profissionais de saúde. Há muitos desafios nesse contexto, haja vista que as possibilidades de atuação não são lineares (Köptcke, 2023).

A incorporação de tecnologias leves e inclusivas representa centelha de contribuição à gestão do PSE, iniciativa que vem sendo aprimorada para atender às demandas dos escolares, intimamente alinhada a aspectos globais como os princípios das Escolas Promotoras da Saúde (EPS) e os desafios da Agenda 2030, conforme dispõe a Organização das Nações Unidas (ONU) (Moreira *et al.*, 2019).

Dessa forma, o presente estudo apresentou o desenvolvimento de um processo participativo de gestão na elaboração de um instrumento de priorização, propondo a Matriz de Prioridades Gerenciais PSE.

O instrumento organiza e classifica demandas territoriais do programa com base em critérios específicos. Sistematiza dados gerenciais, assegura o alinhamento estratégico por meio da articulação

intersetorial e melhora a produtividade a partir da participação. Isso resulta em uma comunicação mais clara e objetiva, tornando a implementação do programa mais eficiente e horizontal.

5 CONCLUSÃO

O setor de saúde demonstrou maior potencial de participação em comparação ao setor educacional. O processo estimulou uma integração mais efetiva entre os gestores locais para classificar demandas emergentes e definir prioridades gerenciais. O engajamento do grupo na construção coletiva do instrumento de priorização sugere a necessidade de inclusão de estratégias participativas que viabilizem a troca de experiências e as boas práticas intersetoriais, aprimorando o monitoramento e a avaliação em áreas fundamentais. Esse processo permite a horizontalidade, promove um trabalho colaborativo em resposta às vulnerabilidades territoriais, fortalece a capacidade operativa das instituições e a gestão da informação. Ainda, contribui para um cuidado longitudinal e um diagnóstico local mais preciso, o que pode aumentar o potencial de participação de todos os setores envolvidos, fator essencial para a promoção da saúde nesse contexto.

REFERÊNCIAS

ANUNCIACÃO, L. L.; CARVALHO, R. C.; SANTOS, J. E. F.; MORAIS, A. C.; ALMEIDA, V. R. S.; SOUZA, S. L. Violência contra crianças e adolescentes: intervenções multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde na escola. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. spe3, p. 201-212, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E315>. Acesso em: 3 nov. 2023.

BARONI, J. G.; SILVA, C. C. B. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. spe3, p. 103-115, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E307>. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 dez. 2007. Seção 1, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm. Acesso em: 7 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, que institui a redefinição das regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020. Dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal para combate à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus/Covid-19, considerando as escolas públicas da rede básica de ensino. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 jul. 2020. Seção 1, p. 2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria-1857-20-ms.htm. Acesso em: 12 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 3 set. 2024.

CAMPO GRANDE (Município). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Ações Programáticas e Políticas Estratégicas da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Considerações sobre o Programa Saúde na Escola – 2021/2022. Campo Grande: Prefeitura Municipal, 2022.

CHIARI, A. P. G.; FERREIRA, R. C.; AKERMAN, M.; AMARAL, J. H. L.; MACHADO, K. M.; SENNA, M. I. B. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00104217, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217>. Acesso em: 13 out. 2023.

COHEN, E.; FRANCO, R. Avaliação de projetos sociais. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 312 p.

CONTRANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>. Acesso em: 3 dez. 2023.

CORRÊA, H. W.; TOASSI, R. F. C.; FIRMINO, L. B. Programa Saúde na Escola: potencialidades e desafios na construção de redes de cuidado. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 4, n. 3, p. 37-47, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n3p37-47>. Acesso em: 8 jan. 2024.

FARIAS, I. C. V. de; SÁ, R. M. P. F. de; FIGUEIREDO, N.; MENEZES FILHO, A. Análise da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 261-267, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02642014>. Acesso em: 17 nov. 2023.

FERNANDES, L. A.; CRUZ, K. G.; SILVA, J. R. M.; RUZANY, M. H.; FRANZOI, M. A. H.; PEDROSO, R. T.; BRAMBATTI, L. P. Promoção da saúde e intersetorialidade na escola: a monumental ambição do Programa Saúde na Escola. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. spe3, p. 5-8, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E300>. Acesso em: 9 dez. 2023.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALES, R. Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do Programa Segundo Tempo. Brasília, DF: IPEA, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/40821>. Acesso em: 17 mar. 2024.

FERREIRA, I. R. C.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S.; MOYSÉS, S. T. Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da metodologia de avaliação rápida. Curitiba: Editora Champagnat, 2014.

FONTENELE, R. M.; SOUSA, A. I.; RASCHE, A. S.; SOUZA, M. H. N.; MEDEIROS, D. C. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 167-179, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S13>. Acesso em: 10 maio 2024.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 28. ed. São Paulo: Paz & Terra, 2003.

KÖPTCKE, L. S. (org.). Pesquisa Nacional de avaliação da gestão intersetorial do Programa Saúde na Escola (PSE) 2021-2022: estudo de avaliabilidade. Brasília, DF: Fiocruz, 2023.

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 773-789, jul./set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819>. Acesso em: 3 set. 2024.

MENEZES, J. B. F. Práticas de avaliação da aprendizagem em tempos de ensino remoto. Revista IMPA, Fortaleza, v. 2, n. 1, e021004, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51281/impa.e021004>. Acesso em: 17 mar. 2024.

MOREIRA, M. R.; KASTRUP, E.; RIBEIRO, J. M.; CARVALHO, A. I.; BRAGA, A. P. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o país cumprir os ODS Brazil heading to 2030. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe7, p. 22-35, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S702>. Acesso em: 9 dez. 2023.

REWORÊDO, L. S.; MAIA, R. S.; TORRES, G. V.; MAIA, E. M. C. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. Arquivos de Ciências da Saúde, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 16-21, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>. Acesso em: 19 maio 2024.

SILVA, C. L.; KERSTING, C. B.; GRIBOGGI, A. M. Participação social na gestão dos recursos hídricos: uma análise dos comitês de bacias hidrográficas a partir da Matriz GUT (gravidade, urgência e tendência). Contribuciones a Las Ciencias Sociales (CLCS), [s. l.], v. 16, n. 4, p. 1517-1541, abr. 2023. DOI: 10.55905/revconv.16n.4-004. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/502>. Acesso em: 13 out. 2023.

SILVA, C. S. Saúde na Escola: intersectorialidade e promoção da saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

TAMAKI, E. M.; TANAKA, O. Y.; FELISBERTO, E.; ALVES, C. K. A.; DRUMOND JÚNIOR, M.; BEZERRA, L. C. A.; CALVO, M. C. M.; MIRANDA, A. S. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400007>. Acesso em: 8 jan. 2024.