

A política de saúde na escola: reflexões sobre o planejamento das ações de promoção da saúde

Health Policy in Schools: reflections on the planning of health promotion actions based on the interface between policies

La Política de Salud en la Escuela: reflexiones sobre la planificación de acciones para la promoción de la salud

Cláudia Cristina Pinto Girard¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1232-7153>

Dinair Leal da Hora²

 <https://orcid.org/0000-0002-3278-3914>

Resumo: O Programa Saúde na Escola (PSE) tem como objetivo a promoção da saúde dos educandos. O objetivo deste estudo é identificar as políticas que corroboram com a política de saúde na escola e compreender como a inter-relação entre as diretrizes pode ser potencializadora do planejamento intersetorial e da promoção da saúde de escolares. O método é um estudo baseado na abordagem qualitativa; para tanto, realizou-se pesquisa bibliográfica e análise documental e buscou-se verificar a relação entre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a política da educação para a compreensão das diretrizes que tratam do planejamento intersetorial. Constatou-se uma importante inter-relação entre as políticas, suscitando-se a importância deste conhecimento para a articulação em rede; no entanto, verificaram-se fragilidades no conhecimento dos profissionais e falta de suporte destes no planejamento do PSE. Concluiu-se que há necessidade de mais investimentos na educação continuada dos profissionais, monitoramento e avaliação do programa.

Palavras-chave: Saúde na escola. Política de saúde. Rede intersetorial.

Abstract: School Health Policy – SHP (in Brazilian Portuguese “Política de Saúde na Escola – PSE) is a program that aims to promote better health for students. The objective of this study is to identify the policies that support the School Health Policy and understand how the interrelationship between such guidelines can favor intersectoral planning and schoolchildren’s health promotion. Method: This is a qualitative study developed using bibliographic research and documentary analysis. We sought to verify the relationship between the National Health Promotion Policy, the Unified Health System and the National Primary Care Policy and Education Policy to understand the guidelines that instruct intersectoral planning. An important interrelationship between policies

¹ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Educação na Amazônia, Universidade Federal do Pará (UFPA). Docente da Universidade do Estado do Pará (UEPA). E-mail: cláudiarupali@gmail.com

² Doutora em educação com Pós-doutorado em Educação, Administração Educacional e Sociologia das Organizações Educativas. Professora permanente do Programa de Pós-graduação em Currículo e Gestão Escolar na Educação Básica, Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: tucupi@uol.com.br

was found, raising the importance of this knowledge for networking. However, we also observed some gaps in the professionals' knowledge and lack of their support in the SHP planning. We concluded that more investments in these professionals' continuous education, monitoring and evaluation of the Program are still needed.

Keywords: Health in schools. Health Policy. Intersectoral Network.

Resumen: El PSE es un programa que tiene como foco principal, promover los cuidados en la salud entre los estudiantes. El objetivo del presente estudio es identificar las políticas que sustentan la Política de Salud Escolar, así como comprender cómo la interrelación entre sus directrices, puede ser un potenciador de la planificación intersectorial y la promoción de la salud de los escolares del programa PSE. Método: se trata de un estudio basado en un enfoque cualitativo; se realizó una investigación bibliográfica y análisis documental, se buscó verificar la relación entre la Política Nacional de Promoción de la Salud, el Sistema Único de Salud y la Política Nacional de Atención Primaria y Política de Educación, para la comprensión de las directrices que abordan la planificación intersectorial. Se encontró una importante interrelación entre dichas políticas, elevando la importancia de este conocimiento para el trabajo en red; sin embargo, se constató debilidades en el conocimiento de los profesionales y la falta de apoyo entre ellos en la planificación del programa PSE. Se concluyó que existe la necesidad de realizar más inversiones en la formación continua de estos profesionales, así como la realización de seguimientos y evaluaciones de dicho Programa.

Palabras-clave: Salud Escolar. Políticas de Salud. Red Intersectorial.

Introdução

A ideia de construir relações de trabalho entre a saúde e setores diversos para o alcance de objetivos comuns tem sido tratada desde a década de 1960 nas políticas internacionais, mediadas pelos novos conceitos do processo de saúde-adoecimento, revelando que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico, o que suscita novas abordagens para compreender tais fatores e promover a saúde, com a participação da sociedade no combate às desigualdades sociais (BRASIL, 2017).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 democratizou direitos essenciais, como os dedicados à educação e à saúde, e também regulamentou as políticas públicas com foco no conceito ampliado de saúde³, tornando indispensável a implementação de alguns princípios e diretrizes no Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles a descentralização, a articulação, a intersetorialidade, a integralidade nos programas, articulando-se tais princípios em planejamento, compartilhamento de recursos, equipamentos e conhecimentos (BRASIL, 1988; 1990).

O Programa Saúde na Escola (PSE) destaca-se pela promoção da saúde entre estudantes da rede básica de ensino público, articulando os setores da educação e da saúde, como contribuição para

³ O conceito ampliado de saúde é reconhecido desde 1948 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que define “a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença”, iniciando os debates sobre os fatores determinantes sociais para a compreensão do processo saúde-doença como produto da interação de diversas dimensões, psicológica, econômica, cultural, social, individual, coletiva e comportamental, entre outras. Essa visão de saúde contrapõe-se ao modelo biomédico, reducionista, centrado apenas na análise da doença e na abordagem curativa (BUSS; PELLEGRINI, 2007; RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019).

a educação integral (BRASIL, 2007). Esse Programa tem como pré-requisito a compreensão da visão ampliada da saúde, pois emerge como uma estratégia de integração e de articulação permanente entre as políticas, setores que possuem contexto histórico marcado por aproximações e pelo entrelaçamento de seus objetivos, como a promoção da saúde atrelada à educação para a cidadania (BRASIL, 1990; 2017).

Internacionalmente, programas envolvendo as áreas da educação e da saúde foram implementados na Europa desde 1990, como nas Escolas Promotoras de Saúde, que têm como foco a superação da abordagem tradicional de educação e que investem no conhecimento da saúde na escola com foco na mudança de atitudes e de comportamento dos estudantes, para a concepção de promoção da saúde escolar integrada na agenda educativa da escola, assim como em estratégias visando a participação, à competência de ação e ao empoderamento democrático (CLIF; JENSEN, 2005).

No Brasil, as evidências científicas demonstram que após a Reforma da Saúde, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ocorreu a criação do PSE, por meio do Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O modelo de Programa normatizado faz parte da política de integrar os setores da saúde e da educação e favorecer a articulação entre as unidades básicas de saúde, equipes de saúde, equipe de educação básica escolar e comunidade escolar, a fim de que, pela gestão compartilhada e intersetorializada, os profissionais desses dois setores possam priorizar as necessidades de promoção, prevenção e atenção à saúde dos educandos (BRASIL, 1990, 2007, 2017).

Os dados da Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE)⁴, na última edição, realizada em 2019, destacam que 68,3% dos escolares que participaram da pesquisa estavam em escolas que realizavam ações conjuntas do PSE (INSTITUTO..., 2021). Tais dados demonstram o protagonismo do Programa no que se refere à adesão dos municípios para cadastrar as escolas e dar aos alunos a oportunidade da atenção integral. Nesse sentido, a PeNSE reitera a priorização pela criação de grupo ou comitê que estabeleça a rede intersetorial em cada território e que as diretrizes do PSE se efetivem, promovendo a articulação dos setores saúde e educação, a fim de que ocorra a promoção da saúde desejada para os estudantes, com base em seu empoderamento e na prevenção dos agravos a sua saúde.

⁴ A *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar* (PeNSE) é realizada em parceria pelo Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e investiga os fatores de risco à saúde dos escolares adolescentes. Iniciou-se em 2009 e já ocorreu em 2012, 2015 e 2019. Caracteriza-se por utilizar como amostragem as escolas públicas e privadas cadastradas no Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (INSTITUTO..., 2021).

No entanto, políticas nessa vertente são desafiadoras, pois requerem investimento na gestão de programas comprometidos com a atenção à saúde em uma visão ampliada e na educação de qualidade, entretanto, pelo histórico de negligência do Estado e sua ação fragmentada nos processos da políticas públicas da educação pública (SAVIANI, 2008), deixam-na à mercê de uma educação sem foco nos sujeitos, desconsiderando os determinantes e condicionantes de saúde no território a que pertence a escola, fragilizando a “sustentabilidade nos processos de planejamento” (BRASIL, 2007, p. 11).

Na atualidade, milhares de estudantes enfrentam desafios para retornar ou ter acesso ao ensino na escola pública e usufruir do direito à educação, pois o impacto da pandemia de covid-19 e a inoperância do Governo Federal agravaram a crise já existente em diversos campos, como o educacional, o econômico, o social, o político e o cultural, desdobrando-se na falta de políticas públicas intersetoriais, agravando a brutal desigualdade já existente no país e desestruturando os programas que trabalham nessa vertente (MANIFESTO, 2021).

Tais desajustes podem não só pôr em risco a qualidade da educação e a saúde dos estudantes, como também ameaçam fragilizar as políticas sociais e a garantia dos direitos legais, no que tange à educação e à saúde no Brasil, acentuando-se a necessidade de ações articuladas entre as redes de educação e de saúde, a fim de que a educação não seja restritiva, sem o foco na realidade do aluno, mas que caminhe na direção do intercâmbio ativo, por meio de práticas educacionais mais abrangentes na produção e emancipação dos conhecimentos e aprendizagem (MÉSZÁROS, 2005; FREIRE, 2011).

Nesse sentido, ao considerarmos o PSE, um Programa que tem sua base fundamental na intersetorialidade, na territorialidade, na interdisciplinaridade, em diretrizes potencializadoras na democracia do conhecimento com vistas à educação integral dos educandos, é necessário que as políticas normalizadoras assegurem o cumprimento dos objetivos, dos princípios e das diretrizes, que democratizam a saúde e a educação e favorecem a articulação do conhecimento entre os dois campos, a fim de que contribuam para a promoção da saúde de escolares e para a educação promotora de cidadania.

Assim, o objetivo deste estudo é identificar as políticas que corroboram com a Política de Saúde na Escola e compreender como a inter-relação das diretrizes pode ser potencializadora do planejamento intersetorial e da promoção da saúde de escolares do PSE.

Para alcançar o objetivo, utilizamos o seguinte percurso metodológico: realizou-se um estudo na abordagem qualitativa com pesquisa bibliográfica e análise documental, baseado nas etapas estabelecidas por Lima e Miotto (2007); na etapa I foi realizado o levantamento do material referencial nas bases de dados da Capes, na Biblioteca Virtual da Saúde e no Google acadêmico (*Google Scholar*), utilizando-se os descritores *PSE e/ou “and”* intersetorialidade. Foram selecionados livros e artigos de

autores que tratavam sobre a educação “e/ou” a política educacional; política da saúde, destacando-se: Peres, Grigolo e Schneider (2017); Souza, Gomes e Zanetti (2020); Chiari *et al.* (2018); Pinto e Motta-Rocha (2016); Silva (2019); Saito (2014); Sousa, Esperidião e Medina (2017); Silva, Batistella e Gomes (2007); Teixeira (2010); Arroyo (2015); Libâneo, Oliveira e Toschi (2005); Mészáros (2005); Aguiar (2015); Morin (2003); Cohee (2021); Freire (2011); Carneiro (2012); Paschall *et al.*, (2019). Na etapa 2, foi realizada a seleção documental no *site* do Governo Federal dos seguintes documentos legais: Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que instituiu o PSE; Manual do Gestor do PSE (2015); Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que aprovou o SUS; Portaria Interministerial n. 1.055, de 25 de abril de 2017, que redefiniu as regras de adesão ao PSE; Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988; Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional; Política Nacional de Promoção da Saúde (2014); Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a Política Nacional da Atenção Básica; Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que organiza o Sistema Único de Saúde (SUS); e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2019). Na etapa 3, foi realizada a leitura analítica e interpretativa do acervo bibliográfico e documental, o que possibilitou a elaboração do estudo em duas temáticas, a saber: I) a Política de Saúde na Escola e a articulação com outras políticas; aqui, realizou-se a reflexão sobre as políticas relacionadas ao PSE e sua importância para o planejamento intersetorial e implementação; e II) o planejamento integrado no PSE com base na articulação dos objetivos e diretrizes potencializadoras da promoção da saúde; discutiu-se sobre território escolar, a problematização de seus indicadores e a responsabilidade dos governantes na efetivação das ações do PSE.

I A Política de Saúde na Escola e a articulação com outras políticas

O termo *política* apresenta várias interpretações, assumindo significados como "ciência do Estado", "doutrina do Estado", "ciência política", "filosofia política". O conceito moderno refere-se a política como “ciência que faz referência ao Estado” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2011, p. 964). A compreensão desse conceito é necessária para explicar a existência de um conjunto de atividades relativas a atos, como ordenar ou proibir alguma coisa, com efeitos vinculadores sobre um grupo social ou um território, no qual o Estado pode ser o sujeito ou o objeto, quando se refere à esfera da política como atos para a manutenção da sua própria defesa.

Segundo Teixeira (2010, p. 144), o termo *política* refere-se à “prática social, cuja finalidade diz respeito à condução de pessoas, grupos, instituições, para o alcance de determinados objetivos, quanto aos ‘saberes’ relativos a estas atividades”, que podem ser baseados ou não em conhecimentos produzidos com base no conjunto de objetivos que informam determinado programa de ação

governamental e condicionam sua execução. Nesse sentido, pode-se entender a política como as decisões tomadas pelas autoridades competentes, para estabelecerem soluções diante dos problemas sociais.

A política social é uma proposta planejada para enfrentamento das desigualdades sociais. No Brasil, a desigualdade remonta à colonização, é considerada histórico-estrutural porque evoluiu aos modos da produção capitalista, e é também considerada estrutural, pois tornou-se a essência do contexto histórico dessa produção (DEMO, 2007). Pensar nas políticas sob o aspecto do poder que há nas mãos de quem as elabora e governa um país, estado ou município é acreditar que seus líderes têm a responsabilidade de cumprir o estabelecido nas políticas. No entanto, no Brasil, a existência de inúmeras desigualdades sociais nos faz refletir que existem várias políticas públicas sociais legisladas, mas na prática não há o investimento necessário vindo das autoridades legais para sua efetivação.

A Constituição Federal de 1988 não só reconheceu a educação e a saúde como direitos sociais, como também atribuiu ao Estado a garantia desses direitos, quando estabeleceu que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”, em seu art. 192 (BRASIL, 1988), e a garantia do direito à “educação, direito de todos e dever do Estado e da família”, no art. 205, estabelecendo que todo brasileiro tem direito ao exercício pleno de cidadania, e a ele é assegurado o direito à saúde e educação de qualidade. No entanto, percebe-se um movimento de exclusão de crianças, jovens e adolescentes, que não participam dos mecanismos integralizadores das políticas para ter acesso à escola e ao atendimento de sua saúde.

O PSE⁵ é um programa com gestão compartilhada entre a Secretaria de Educação e a Secretaria de Saúde, nas três esferas de governo, com a coordenação geral de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI⁶), com a responsabilidade de coordenar o planejamento integrado das ações, nos municípios cadastrados, entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema de Ensino Público da Educação Básica (BRASIL, 2007); no entanto, entre os inúmeros desafios que compõem a agenda das políticas sociais dessa natureza, a intersetorialidade, a gestão compartilhada, a rede intersetorial e o território no PSE chamam-nos a atenção por sua singularidade e pelos variados enfoques que emergem nos dois campos, educação e saúde, carecendo de reflexões e apropriação das definições e dos múltiplos significados

⁵ O Decreto Interministerial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE). As diretrizes do Programa subsidiam-se na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Portaria n. 687, de 30 de março de 2006 (BRASIL 2006; BRASIL, 2015a).

⁶ Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), formado por um representante do Ministério da Educação e outro do Ministério da Saúde. Os dois representantes compõem minimamente, na esfera municipal, o grupo de trabalho que coordena o planejamento e a implementação das ações do PSE (BRASIL, 2015b).

atribuídos para facilitar a problematização, o planejamento intersetorial e a implementações de ações consoantes com as diretrizes das políticas públicas.

Consideramos que, após a criação do PSE em 2007, ocorreu maior aproximação entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das escolas cadastradas, conforme se descreve na PeNSE (INSTITUTO..., 2021); no entanto, por ser um Programa afinado com a gestão intersetorial para a realização das ações integradas, é necessária a identificação de conceitos teóricos de saúde e educação para a implementação de ações em uma perspectiva mais ampla de saúde e de educação. A falta de pontuação e compreensão sobre as diretrizes do Programa denota, em algum grau, um prejuízo na articulação dos preceitos da política do SUS e da política da educação, no processo de construção de planos de trabalho compartilhados, correndo-se o risco de descaracterizar seus objetivos e diretrizes (PERES; GRIGOLO; SCHNEIDER, 2017).

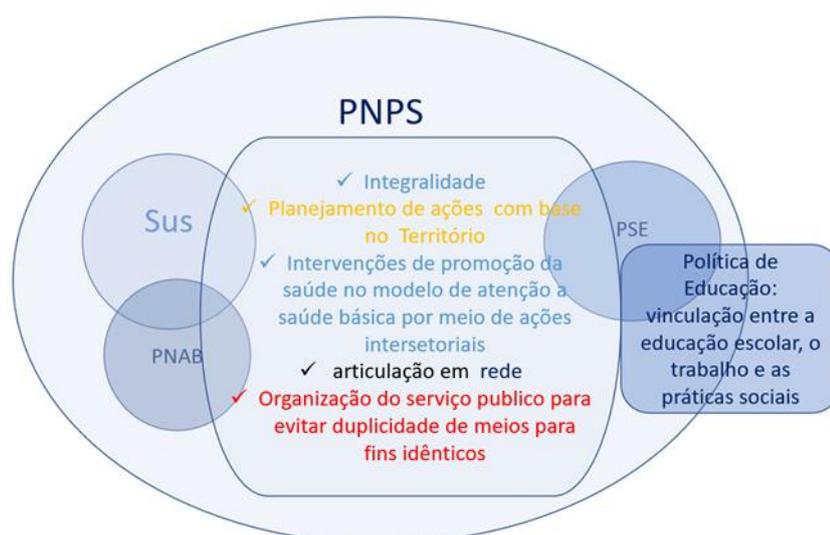
Países desenvolvidos comprovadamente investem mais na educação e na qualidade de vida dos estudantes e, atualmente, a articulação da escola com as unidades básicas de saúde para promover atenção primária e cuidados básicos aos escolares, tem sido uma prioridade nesses países. O estudo realizado por Paschall *et al.* (2019), nos Estados Unidos, demonstrou que, para os estudantes adolescentes que frequentavam escolas associadas aos serviços de saúde e tendo à disposição ações preventivas de acordo com suas necessidades, como imunizações e exames físicos, pode-se prever objetivamente maior escolaridade na idade adulta.

Os autores apontam que, quando as múltiplas ações são integradas, combinando-se as etapas comuns de diferentes programas para o alcance de diferentes metas, como os organizados e articulados entre os serviços de saúde e de educação, elas promovem benefícios logísticos e otimização dos recursos e equipamentos, gerando relação custo-benefício mais atrativa, pois potencializam-se as ações de promoção da saúde na atenção primária e melhora-se o desempenho acadêmico e educacional (PASCHALL *et al.*, 2019).

Países em desenvolvimento, como o Brasil, causam danos estruturais na economia quando não investem na estruturação de programas que priorizem e assegurem a educação para o empoderamento dos educandos para a plena cidadania, pois há evidências de que: “Subinvestimento na saúde nessa faixa etária [na atenção à segunda infância e adolescência] agora é reconhecida como uma falsa economia, [pois ao longo do tempo se transformará em subdesenvolvimento humano e econômico]; desta forma, os países desenvolvidos reconhecem, cada vez mais, que a falta de uma saúde escolar eficaz compromete seriamente os retornos do seu investimento em educação” (COHEE *et al.*, 2021, p. 426, tradução nossa).

Nesse sentido, considerando que o PSE é um Programa que tem como referência as políticas que evoluíram da Reforma Sanitária⁷ e da Reforma da Educação⁸, foi possível a elaboração de um diagrama, observado na **Figura I**, demonstrando as políticas que se relacionam com a política de educação e saúde, e ali percebem-se quais diretrizes se relacionam para compor o PSE. Conforme verificado nesta Figura I, foram elencadas quatro políticas: Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), política do SUS, Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e política da educação. Por meio do esquema simplificado, foi possível observar a inter-relação entre as políticas e suas diretrizes na visão ampliada de saúde.

Figura I – Diagrama da inter-relação entre as políticas e as diretrizes relacionadas à promoção da saúde no PSE



SUS – Sistema Único de Saúde; PSE – Programa Saúde na Escola; PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.

Fonte: As autoras, 2022.

A Figura I permite também demonstrar que as diretrizes da integralidade, do planejamento de ações com base no território, das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção básica

⁷ A *Reforma Sanitária* foi um grande movimento que contou com a participação dos profissionais de saúde, dos parlamentares e das entidades representativas da população, e suas proposições na década de 1980 culminaram na mudança da política de saúde, observando-se os conceitos amplos de saúde e consequentemente a adição de seu direito na Constituição de 1988 (BRASIL, 1987).

⁸ A *Reforma da Educação* foi uma série de mudanças ocorridas na política de educação básica nos dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), observadas por um tipo de projeto social mais amplo, no entanto, ambos associados de forma ativa, consentida e subordinada aos organismos internacionais (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2003).

por meio de ações intersetoriais, da articulação em rede da saúde e educação e da organização do serviço público para evitar duplicidade, estão presentes na política do SUS, da PNAB e do PSE. Destaca-se a importância da compreensão da inter-relação entre tais diretrizes para a construção da gestão e planos de trabalho intersetoriais, considerando que tais requisitos são normatizados pela PNPS e imprescindíveis para o alcance dos objetivos propostos pelo PSE.

1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS é considerado uma grande conquista da saúde pública brasileira; sua origem deve-se ao período de redemocratização da década de 1980, com a participação de diversos segmentos da população, contribuindo para a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que permitiu debates sobre os diversos problemas dos sistemas de saúde, contribuindo com a Reforma Sanitária e as mudanças jurídica e institucional do sistema público de saúde, aprovado na Constituição Cidadã de 1988, que “acatou as proposições da sociedade civil organizada”, permitindo a conquista dos direitos democráticos à saúde (AGUIAR, 2015, p. 43).

A Constituição de 1988 tornou possível a instituição do SUS, por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, um modelo de prestação do serviço de saúde originário da Reforma Sanitária, baseado em conceitos amplos sobre a saúde, “em contraposição ao modelo biomédico privatista, reducionista e hegemônico que vigorava no Brasil desde a segunda metade do século XX” (AGUIAR, 2015, p. 44). Com os grandes avanços e os muitos desafios enfrentados, é possível verificar que a implementação dos princípios filosóficos e organizativos do SUS, ao longo dos últimos 30 anos, democratizou a atenção à saúde.

A legislação que subsidia a organização do SUS dispõe sobre a obrigatoriedade do processo de planejamento da assistência à saúde, subsidiado na regionalidade e na integração, em todos os níveis, exigindo-se a delimitação das Regiões de Saúde, um espaço geográfico “definido a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, contendo as redes de comunicação e da infraestrutura que devem ser compartilhados, com a finalidade de integrar o planejamento em saúde e a execução de ações e serviços” (BRASIL, 2011, p. 1).

A importância do reconhecimento da identidade cultural nos diversos territórios torna possíveis os princípios norteadores do SUS, bem como a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), compreendida como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011, p. 1).

Na organização e no estabelecimento das ações de saúde, é necessário estabelecer a Região de Saúde e o suporte da RAS, mediante um Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, que é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos nas Comissões Intergestores Tripartites (CITs), com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, discriminando as responsabilidades cabíveis, baseada em indicadores e metas de saúde, definidas por critérios de avaliação, capacidade de resposta do sistema e recursos financeiros disponibilizados, além dos demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Para a garantia da integralidade da assistência indica-se, no processo de planejamento, a construção dos Mapas de Saúde, que são as descrições geográficas da distribuição de recursos humanos e das atividades de saúde promovidas pelo SUS e pela iniciativa privada; também devem ser considerados os investimentos financeiros e a capacidade da prestação do serviço mediante a análise dos indicadores de saúde do sistema, conforme o art. 2º do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, é perceptível que o planejamento em saúde, segundo os princípios do SUS, exige o conhecimento de vários conceitos, tendo em vista que, para a análise dos indicadores do processo saúde-doença, é necessário o conhecimento de “fatores complexos incluindo os biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais” (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2006, p. 159), destacando-se a importância da interdisciplinaridade e intersetorialidade para ampliar a capacidade explicativa dos fenômenos que interferem nos estados de saúde individuais e coletivos e favorecer a capacidade de formular alternativas de solução para os problemas e necessidades de saúde (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2006).

Assim, na política, pela vertente da saúde na escola, que adota o princípio da intersetorialidade para a articulação das ações do SUS às ações das redes de educação básica pública, compartilhando saberes e responsabilidades para ampliar, formular alternativas de solução para os problemas e necessidades de saúde aos estudantes e suas famílias, acredita-se que é importante refletir sobre os princípios doutrinários e organizativos do SUS e sobre o conjunto de outras políticas que emergiram com sua implementação: a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS), a Política da Atenção Básica (PNAB) e a política da educação.

1.2 A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e o Programa Saúde na Escola (PSE)

No Brasil, como analisa Aguiar (2015), o SUS é o responsável pela garantia de acesso de toda a população ao conjunto de ações de atenção à saúde, o que inclui as ações de promoção, prevenção

e assistência a ela. Nesse sentido, o campo da saúde coletiva emergiu no Brasil como uma qualificação do SUS; no entanto, teve amparo das iniciativas internacionais de promoção da saúde, como a Carta de Ottawa⁹ e o relatório de Marc Lalonde¹⁰, ambos considerando que a saúde deve partir da visão da biologia, do ambiente e do estilo de vida, e ainda que a organização da assistência sanitária deve priorizar os segmentos da população de maior risco, identificando as desigualdades sanitárias.

Nesse sentido, a promoção da saúde escolar fez um progresso considerável após o início dos anos 1990, na Europa, expandindo a abordagem tradicional, que visava influenciar conhecimentos para mudança de atitudes e comportamentos dos educandos, investindo na abordagem da Escola Promotora de Saúde¹¹, que vincula democracia e participação da comunidade, e acabou por ganhar aceitação como uma das abordagens mais poderosas para promover a saúde escolar, visto que é baseada no empoderamento dos sujeitos e em ações integradas de saúde vinculadas à agenda educativa das escolas (CLIFT; JENSEN, 2005).

No Brasil, a aprovação, em 2006, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), redefinida em 2014 com o objetivo geral de promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes das determinantes sociais, econômicas, políticas, potencializou as diretrizes de articulação, da cooperação entre os setores para a ampliação da gestão e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, para que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental vinculadas à RAS (BRASIL, 2015a).

A PNPS é considerada um marco para a definição de metas e a alocação de recursos específicos para a área da Promoção da Saúde (PS), tendo entre seus princípios a adoção da intersectorialidade, a intrasectorialidade e a territorialidade. Tais princípios protagonizam o exercício de ações com debates

⁹ *A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresentou sua Carta de Intenções, reconhecendo com o pré-requisito para a saúde as condições e os recursos fundamentais: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis – justiça social e equidade. A saúde é defendida como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer quanto prejudicar a saúde (FERREIRA; BUSS, 2002).

¹⁰ *Movimento canadense* surgido com o Relatório Lalonde, *Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses* (1974). É considerado o primeiro relatório governamental moderno no mundo ocidental a reconhecer que a ênfase em assistência médica sob o ponto de vista biomédico é insuficiente para definir a saúde e que é necessário ampliar a visão para além do sistema tradicional de saúde (tratamento dos doentes), se o objetivo é melhorar a saúde pública (FERREIRA; BUSS, 2002).

¹¹ *A Escola Promotora de Saúde* (EPS) foi o modelo de escola criado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) em 1996, com a proposta de atuação em saúde na escola para a promoção de saúde dos escolares em um modelo participativo baseado na construção coletiva, empoderamento da comunidade e autonomia dos sujeitos (SILVA, 2019, p. 52).

e troca de saberes entre setores distintos, o exercício da desfragmentação das ações e a consideração das especificidades locais, como as condicionantes e determinantes da saúde em um dado território (BRASIL, 2015a). Assim como no modelo das Escolas Promotoras da Saúde, tais diretrizes validam a necessidade da gestão compartilhada por setores que apresentam objetivos comuns em um mesmo território.

O PSE é um dos programas com foco na promoção da saúde que emergiu após a PNPS, com as seguintes diretrizes: descentralização, integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde, territorialidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo; controle social; monitoramento e avaliação (BRASIL, 2007). Percebe-se que tais diretrizes se coadunam com as diretrizes da PNPS. Nesse sentido, o investimento para a garantia dos objetivos do PSE fortalece a PNPS e potencializa a garantia dos direitos sociais suscitados nas demais políticas que se articulam com o Programa.

O novo texto da PNPS, publicado em novembro de 2014, sinalizou avanços importantes no que se refere às competências dos entes federativos e ao reconhecimento do papel prioritário da Estratégia Saúde da Família (ESF) na promoção da saúde. Entretanto, recebeu algumas críticas em relação à necessidade de maior integração entre os princípios e diretrizes da promoção da saúde e o conjunto de ações públicas de proteção social, e sobre a falta de melhoria nas estratégias avaliativas capazes de favorecer a análise da implementação da Política em suas múltiplas dimensões, nas diferentes regiões do país (MAGALHÃES, 2016).

1.3 A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Programa Saúde na Escola (PSE)

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) emergiu do processo de consolidação do SUS. Foi instituída em 2006, pelo governo federal, com o objetivo de estabelecer as diretrizes organizacionais, os processos de trabalho e as recomendações norteadoras do SUS, como se descreve:

[...] define a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para o cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população, e destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do SUS, ordenando o fluxo e contrafluxo de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017b).

Em 1994, foi implantado no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), e aprimorado posteriormente na ESF, que constitui a intervenção primordial para a cobertura da Atenção Primária em Saúde (APS), gerando expansão e qualificação da Atenção Básica¹² (AB). A ESF é a base estrutural

¹² A *Atenção Básica* (AB) é conceituada como o “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados

do processo de trabalho da AB e compreende a definição de um território, implicando o reconhecimento pela equipe de saúde desse espaço geográfico com base nos dados históricos, demográficos, geográficos, socioeconômicos, sanitários e culturais e dos fatores determinantes do processo de saúde e doença da população para a sua caracterização (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010; BRASIL, 2017b).

Uma das diretrizes da PNAB é o Cuidado Centrado na Pessoa, destacando-se o fortalecimento da autonomia dos sujeitos no seu cuidado à saúde, de acordo com suas necessidades, estabelecendo articulação orgânica entre elas e o conjunto das RAS. Nesse sentido, há a importância do fortalecimento do trabalho intersetorial, multiprofissional, transdisciplinar e ações compartilhadas, para alcançar a centralidade no usuário, pois, a complexidade dos problemas que afetam a saúde coletiva exige cada vez mais um processo de trabalho com a atenção integral, qualitativo e resolutivo, do qual o setor saúde sozinho não consegue implementar (BRASIL, 2017b).

A PNAB passou por duas revisões, uma em 2011 e outra em 2017. As três edições ocorreram em governos distintos, caracterizados por contextos socioeconômicos diferentes e, ao longo desse período, vários programas foram incorporados. Na edição de 2011, houve o reconhecimento da ESF para o PSE, a ampliação do acesso e o fomento à resolutividade da atenção em saúde. Em 2017, a terceira edição da PNAB gerou muitas manifestações contrárias no campo da saúde coletiva, pelos incipientes debates para as alterações das propostas, que se apresentavam por vezes contrárias às diretrizes vigentes (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Em sua normatização, a PNAB indica a agenda estratégica em saúde¹³ para garantir a construção do planejamento, com a identificação dos problemas prioritários e as estratégias de intervenção baseadas na territorialização. Apesar do plano de atuação da AB ser instituído na política, verifica-se que há fragilidades no processo de trabalho da ESF no que tange à intersetorialidade, pois os profissionais da saúde, no curso de sua atuação, defrontam-se com várias demandas sociais, como a fome, a miséria, o desemprego, a exclusão social de vulneráveis no território – demandas que extrapolam a competência da equipe de saúde e que necessitam de medidas políticas intersetoriais nas três esferas de governo, para identifica-las e minimiza-las (GOMES; FRACOLLI, 2018).

paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidos por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre o qual as equipes assumem responsabilidade sanitária. Nesse sentido, a escola faz parte do território da AB (BRASIL, 2017b).

¹³ A agenda estratégica em saúde é um instrumento de gestão do SUS que contempla, em cada esfera de governo, a seleção de problemas a serem enfrentados e o estabelecimento de prioridades e estratégias de política em cada período de gestão (TEIXEIRA, 2010).

Entretanto, a escola é considerada um dos eixos de atuação da ESF. Dessa forma, na construção da agenda de trabalho, na AB, há a necessidade de estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, que ampliem a gestão compartilhada entre saúde e educação, para aprimorar o intercâmbio entre esses dois campos de atenção aos educandos, visto que há incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE, os quais são repassados do Ministério da Saúde para a Atenção Básica (BRASIL, 2017a).

A Portaria Interministerial n. 1.055, de 25 de abril de 2017, que redefiniu as regras e os critérios para adesão ao PSE, em seu art. 7º, descreve que “a gestão do PSE deve ocorrer de forma intersetorial, a cargo dos gestores da saúde e da educação e suas representações organizadas em Grupos de Trabalho Intersetoriais – GTI” (BRASIL, 2017a, p. 3). Portanto, os planos devem conter um processo de trabalho de acordo com as necessidades de saúde do território, resultando em projetos compartilhados entre escolas, a ESF, os representantes da comunidade local e outros setores, para a criação de redes de apoio social (BRASIL, 2017b).

No entanto, uma pesquisa realizada por Vieira e Belisário (2018), com objetivo de analisar o PSE no distrito sanitário de uma das capitais brasileiras, sob a ótica da intersetorialidade nas ações de promoção da saúde escolar, observou discrepâncias substanciais entre o que era regulado municipalmente e o que se executava no território junto à comunidade escolar, percebeu a ocorrência de execução unilateral de ações e verificou que a busca de outros setores para ingresso no território escolar não era precedida ou determinada por planos e construções intersetoriais, nem tampouco centrada na promoção de saúde.

Uma pesquisa realizada por Sousa e Shimizu (2021), para analisar elementos da integralidade na Atenção Básica no Brasil, entre os anos de 2012 e 2018, demonstrou que, apesar do sucateamento dos serviços de educação e de saúde, num grande esforço, os profissionais e gestores conseguiram aumentar a realização de ações intersetoriais do PSE; no entanto, Pinto e Motta-Rocha (2016), em uma pesquisa no estado do Espírito Santo, sobre a relação entre saúde e educação na perspectiva dos profissionais, observaram um empobrecimento de referencial teórico embasando a atuação profissional e uma limitação em relação à articulação entre as diversas áreas de conhecimento, tanto na saúde como na educação, e falta de conhecimento básico dos profissionais da educação sobre a saúde pública para suporte no planejamento e implementação das ações intersetorializadas.

Tais evidências fazem pensar se há efetivação, no cumprimento da responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação nas três esferas de governo de subsidiar, contínua e permanentemente, a formação dos gestores e profissionais de saúde e da educação básica para a implementação das ações do PSE, normatizadas na Portaria Interministerial n. 1.055/2017 (BRASIL, 2017a), para a realização do planejamento integrado das ações do PSE entre o SUS e o sistema de

ensino público, no nível da educação básica, pois, se há deficiências de conhecimentos sobre os fundamentos do Programa, então há fragilidades na composição dos planos no que tange ao alcance dos objetivos e diretrizes preconizados pelas políticas.

Ao refletirmos sobre a saúde e a educação em visão ampliada, observa-se que “os vários sistemas existentes na sociedade se relacionam com o sistema educacional. Sofrem influência dele e influenciam-no” (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2012, p. 315); desta forma, destaca-se que, no estabelecimento de setores, há uma tendência da influência de um setor sobre o outro e que, atualmente, o sistema econômico interfere mais nos vários sistemas, pois é mais valorizado o desenvolvimento de competências, um preparo dos sujeitos para o mundo do trabalho e não para o bem-estar coletivo.

Portanto, sem o devido investimento na efetivação das políticas de educação e de saúde, na gestão intersetorial¹⁴ para a qualificação das inter-relações de trabalho, mediações de conflitos setoriais históricos e conhecimento dos pontos de inter-relação entre as políticas, haverá mais ocorrências das ações pontuais, isoladas e fragmentadas no PSE, que pouco contribuirão para a cidadania dos educandos (VIEIRA; BELISÁRIO, 2018).

1.4 Política de Educação

Assim como o setor da saúde se organiza de acordo com as diretrizes do SUS, o setor da educação também se organiza por meio das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece, em seu art. 2º, como princípios e fins “o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania” (BRASIL, 1996). A LDB tem 86 artigos no total, distribuídos em grandes eixos, que indicam, conforme Carneiro (2012, p. 21): “a função do Estado de ser o provedor da qualidade de vida da população” e da equidade.

No Brasil, já foram aprovadas três Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: a primeira foi a Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961; a segunda foi a Lei n. 5.692, de 11 de agosto de 1971; e, finalmente, a Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996, a terceira, oriunda da Reforma da Educação. O art. 1º desta última determina: “A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizacionais da sociedade civil e nas manifestações culturais”. Assim como a saúde se apresenta em uma visão ampla nas legislações, percebe-se a educação num sentido mais

¹⁴ Ação desenvolvida em conjunto por vários setores da atividade governamental, em função da seleção de problemas complexos que exigem a intervenção coordenada de várias áreas, como objeto de políticas públicas (TEIXEIRA, 2010).

abrangente, como potencializador do desenvolvimento humano e para a realização pessoal, qualidade de vida, participação política e inclusiva (CARNEIRO, 2012).

No entanto, “compreender como educação escolar pública, sobretudo em países de desenvolvimento capitalista subordinado e dependente como no caso do Brasil, se situa nos termos das contradições [...]”, perpassa pela reflexão das contradições entre o que é normatizado na política pública e o que de fato se evidencia na prática, na escola pública no ensino básico, visto que tais contradições não permitem a democratização do conhecimento, mas sim uma dicotomia que sutilmente reorganiza e educa pessoas para adaptação às exigências do mercado (RODRIGUES, 2007, p. 150).

Um breve levantamento sobre a história da educação e sua relação com a promulgação das oito constituições federais demonstra que se foram incorporando, ao longo do tempo, discretas conquistas sociais, e que, no tocante aos direitos legais da educação para a cidadania, sempre se esteve distante da relação entre direito político e direito social, pois, ao revisitar a história do sistema escolar, segundo Arroyo (2015, p. 18): “têm mostrado que o direito popular à educação segue a histórica da marginalização e segregação social e racial dos direitos sociais, econômicos, políticos, tão persistente na cultura e na estrutura elitistas, conservadoras”.

Por conseguinte, a origem da saúde escolar no Brasil remonta ao século XX, no Rio de Janeiro. A história da higiene escolar, um modelo com interesse no combate às epidemias, oriundas das precárias condições de saneamento básico, que atrapalhavam o livre comércio nos principais portos das capitais, seus pressupostos eram baseados no modelo alemão, um modelo que implantava ações com estímulo à mudança do comportamento dos escolares e professores. As ações mais frequentes eram os exames médicos e odontológicos, a fim de corrigir defeitos. Esse modelo atribuía à população pobre e marginalizada a responsabilidade das condições insalubres (SILVA, 2019).

Nos anos 1950, com o crescimento populacional das capitais, a saúde escolar também é reportada por sua associação ao tratamento de estudantes com deficiência de aprendizagem escolar, período conhecido por “biologização das questões relacionadas à aprendizagem escolar” (SILVA, 2019, p. 45), em que o baixo desempenho escolar dos alunos da escola pública era diagnosticado como resultante de distúrbios psíquicos e tratado por especialistas, como psicólogos e médicos, em hospitais psiquiátricos, em que se estabelecia a medicalização da aprendizagem.

A reflexão sobre o contexto histórico da saúde escolar no Brasil é importante para evitar a biologização da aprendizagem, visto que as políticas públicas de saúde e de educação atuais oportunizam a ampliação de acesso aos serviços de saúde aos educandos, seu empoderamento e autonomia em uma expectativa de ação crítica, intrínseca ao processo educacional libertador e humanizador na reflexão e transformação da realidade (SILVA; MESQUIDA, 2022).

Assim, a compreensão da estruturação da política da educação torna-se imprescindível pelos profissionais da saúde, informações sobre o Conselho Nacional de Educação (CNE), que é uma instância participativa e órgão independente, o qual tem como finalidade a elaboração e execução do PNE (Plano Nacional de Educação), as metas do PNE, as exigências para o alcance da universalização da escola básica, e ainda, em especial, dos problemas que envolvem o campo educacional, como a evasão escolar, em particular dos jovens de famílias de baixa renda, que deve ser considerada na análise articulada no PSE (SIMÕES, 2016).

A Portaria n. 1.055, de 25 de abril de 2017, estabelece que as ações realizadas pelo PSE devem ser alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral. A organização da política de educação é descentralizada, por meio dos conselhos estaduais e municipais da educação, e tem como um dos instrumentos mais estratégicos, participativos e de controle social o Projeto Político-Pedagógico, com base no qual se constrói coletivamente a agenda de atuação anual da escola (SILVA, 2019). Neste sentido, torna-se um grande aliado no planejamento, articulação, monitoramento e avaliação do PSE. No entanto, percebe-se que há falta de inserção dos planos de trabalho do PSE no Projeto Político-Pedagógico da escola (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017), o que faz perceber que há dificuldades na utilização das estratégias que favoreçam o planejamento intersetorial do programa.

2. O planejamento integrado no PSE com base na articulação dos objetivos e diretrizes potencializadoras da Promoção da Saúde

O PSE caracteriza-se por uma política intersetorial, entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. Segundo Silva (2019, p. 21), “a perspectiva da intersetorialidade depara-se com o modo pelo qual estão formuladas as políticas de saúde e de educação”. Nesse sentido, o projeto de trabalho deve considerar os diversos atores sociais da educação e da saúde dos diversos contextos locais:

[...] com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentado pelas histórias individuais e coletivas, com papéis sociais distintos – professores, educandos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, entre outros sujeitos –, produzindo aprendizagens significativas e ratificando uma ética inclusiva. (BRASIL, 2015b, p. 7).

Desta forma, a gestão compartilhada estabelece uma vinculação permanente entre profissionais, educandos e familiares à Atenção Primária à Saúde (APS), pois a comunidade escolar faz parte do território da AB e tais vínculos tendem a fortalecer os planos de trabalho. Acredita-se que a perspectiva de fortalecimento entre a AB e a educação pode promover uma educação básica de qualidade, tornando possível a problematização dos fatores de risco em determinado contexto

histórico, facilitar a compreensão dos fatores das desigualdades sociais que ameaçam a saúde dos escolares, interferindo na permanência deles na escola e em seu desenvolvimento educativo, de modo que é necessária a participação da sociedade na organização dos processos de educação em saúde, para amenizar os danos (BRASIL, 2015b).

A PeNSE, em seu último inquérito nacional, em 2019, levantou dados diretamente junto aos escolares sobre os aspectos de sua vida, hábitos e cuidados, que se convertem em fatores de risco e proteção para sua saúde, confirmando que, nas últimas décadas, os jovens que crescem em condições sociais desfavorecidas estão expostos a maiores riscos para sua saúde. Segundo os pesquisadores deste estudo, a escola tem grande influência na formação do indivíduo e sua vivência é crucial para o desenvolvimento cognitivo, social e emocional dos estudantes (INSTITUTO..., 2021).

No entanto, “a saúde escolar é uma área em desenvolvimento, com desafios na programação da saúde dos educandos, pois, existem muitas lacunas importantes na compreensão das necessidades destes” (COHEE et al., 2021, p. 426, tradução nossa), mas, ainda assim, segundo os autores, é a chave para liberar o potencial de desenvolvimento das crianças, pois, os programas cujas intervenções são promovidas sistematicamente na saúde, combinando etapas comuns e diferentes metas pelos setores de saúde e educação, são mais assertivos para potencializar benefícios logísticos, promover saúde e gerar maiores investimentos com uma melhor relação entre custo-benefício.

Além disso, a diretriz intersetorialidade, apesar de ser debatida desde a década de 1960, ainda suscita necessidade de compreensão pelos profissionais, pois apresenta-se como um conceito relativamente novo e sua experiência não está culturalmente estabelecida na gestão das políticas públicas (SILVA, 2019); no entanto, é uma das diretrizes cruciais para a construção de planos compartilhados entre saúde e educação. Um estudo realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, por Peres, Grigolo e Schneider (2017), apontou que projetos que promovem a articulação dos profissionais para implementar ações intersetoriais foram positivos para contribuir com a aproximação da saúde ao espaço escolar e possibilitaram ampliar o cuidado às famílias que procuravam a Unidade Básica de Saúde (UBS), facilitando o acesso integral aos educandos.

Entretanto, uma pesquisa realizada por Chiari et al., (2018), em Belo Horizonte, demonstrou o predomínio da lógica setorial no PSE, pois apontou dificuldades na construção da intersetorialidade e no desenvolvimento das ações. Tais evidências apontam para a necessidade de sustentabilidade das ações no Programa, por meio da observação das diretrizes das políticas, que se encontram inter-relacionadas e são base para o alcance dos objetivos, com destaque para as ações integradas entre a escola e a ESF (BRASIL, 2015a).

Acredita-se que a articulação subsidiada pelo território é um dos pontos-chaves para a sustentabilidade da gestão intersetorial (SILVA, 2019). Nesse sentido, a atenção deve voltar-se para o

planejamento das ações intersetoriais e a territorialidade. A PNPS destaca que há necessidade de construção de agendas, articuladas em rede com vinculação entre as necessidades percebidas no campo da saúde que possam afetar o resultado desejado da educação dos estudantes. Assim como a construção compartilhada desde o planejamento integrado, há a possibilidade de estruturar o compromisso com corresponsabilidades nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental, expressando-se uma maior tendência de êxito para a redução das vulnerabilidades e riscos à saúde vinculados às determinantes sociais do território (BRASIL, 2015a).

Segundo TEIXEIRA (2010), uma metodologia para o planejamento das ações em saúde perpassa pela construção da agenda estratégica e pelas proposições políticas de intervenção sobre os problemas, cuja elaboração deve levar em conta: os marcos jurídico-normativos; sistematização dos objetivos estratégicos; elaboração do plano de saúde; análise da situação de saúde; priorização da explicação dos problemas de saúde de uma população, com o objetivo de identificar necessidades sociais e determinar prioridades de ação. No caso do planejamento no PSE, há necessidade de priorização dos problemas que envolvam os educandos, tanto no campo da educação quanto no da saúde.

Nesse sentido, a diretriz da territorialização torna-se um dos protagonistas do planejamento da gestão intersetorial no PSE. O termo território tem vários significados. No setor da saúde, compreende uma área que contempla uma rede de serviços e se estrutura em regiões e municípios, podendo possibilitar a efetivação do direito à saúde, mas também sendo considerado como base territorial para o planejamento de ações de saúde da ESF (SOUZA; GOMES; ZANETTI, 2020). Para Morin (2003), a sociedade territorialmente organizada tem caráter cultural, perceptível pelos seus valores, costumes, normas e crenças comuns e históricas, perceptíveis devido às transformações sofridas ao longo do tempo. É necessária também a reflexão sobre outros aspectos do território:

Essas divisões ou subdivisões territoriais são espaços de poder, de domínio público ou privado, seja ele de caráter administrativo, gerencial, econômico, político, cultural, ou religioso, dentre outros. Esse poder existe também nas redes de relacionamento humano que se constroem no espaço. Mesmo que não seja visível, ainda que não se exerça de forma organizada, ou as pessoas não sejam conscientes dele, o poder das populações pode ser estabelecido por intermédio das atividades cotidianas (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 188).

Assim, percebe-se que o conhecimento do território é de extrema importância para a sustentação de programas sociais, pela quantidade aprimorada de informações, características que devem ser levadas em consideração para evidenciar as desigualdades sociais com vislumbre à equidade da saúde, ao mapeamento das ofertas de serviços disponíveis e às características que estruturam as peculiaridades de cada nível local. Acrescente-se a necessidade de empoderamento dos profissionais da saúde e da educação sobre o conhecimento do sistema de organização da educação e da saúde,

suas potencialidades e necessidades de intervenção, para tornar o Programa mais condizente com a realidade do território dos estudantes. Há a necessidade de contemplar os valores culturais desses sujeitos, respeitando as diversidades existentes e as condicionantes sociais que influenciam na educação e na saúde.

As diferentes concepções de território, suas características e as potencialidades da rede da saúde necessitam ser refletidas na construção dos planos de intervenção do PSE, pois são essenciais para o fortalecimento das ações do programa, o que torna imprescindíveis a capacitação dos profissionais e a adequação de financiamentos para a sustentabilidade de ações em redes intersetoriais.

No entanto, há muitas contradições na efetivação do planejamento baseado nas diretrizes, pois as evidências apontam para além da ausência de processos de capacitação dos profissionais para a prática intersetorial, falta de equipamentos e sobrecarga dos profissionais por demanda excessiva de trabalho, deficiência de pessoal, escassez de tempo para realizarem o planejamento intersetorial, falta de receptividade de um setor para o outro, problemas de comunicação (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017; CHIARI et al., 2018; PERES; GRIGOLO; SCHNEIDER, 2017). Além dessas deficiências, há a veemente necessidade de ações governamentais que combatam a pobreza e afirmem os direitos humanos para as classes menos favorecidas, para minimizar os fatores de risco, os agravos à saúde e as violações aos educandos.

Tais pontuações nos permitem questionar o cumprimento da responsabilidade dos governantes, no tocante ao monitoramento, à avaliação permanente e à sustentabilidade do PSE, ainda mais em tempos tão complexos do ponto de vista econômico, nos quais não há coerência entre os ajustes fiscais e a garantia dos direitos sociais, como observado pela estagnação dos investimentos estabelecida pela Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016, que limita os gastos do Governo Federal até 2036 para as áreas da educação e saúde, sendo um exemplo de precarização às políticas públicas sociais, com prejuízo da assistência à saúde e ao ensino público (MONTEIRO, 2017).

Nesse sentido, a luta pelos direitos sociais, em particular o direito à saúde e à educação, tem longa trajetória de resistência à proteção da organização dos serviços públicos no Brasil (SILVA, 2019). Espera-se dos governantes o cumprimento de seus deveres legais, pois, segundo Arroyo (2015), há um dado social, político, jurídico que revela a negação política da ética no trato com os jovens, adolescentes, crianças pobres e negros, que são marginalizados, refletindo na permanência da exclusão desses alunos, que infelizmente representam a maioria, apesar de a Constituição Federal de 1988 e as políticas públicas pregarem o contrário: que o Estado tem o dever de garantir a todos o direito à educação e à saúde de qualidade.

Considerações Finais

O objetivo deste estudo foi identificar as políticas que corroboram a Política de Saúde na Escola e compreender como a relação entre as diretrizes pode ser potencializadora do planejamento intersetorial e da promoção da saúde de escolares do Programa Saúde na Escola. Após a análise dos estudos, dos teóricos e dos documentos oficiais, foi possível evidenciar que o PSE é um programa normatizado com base na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e que, portanto, suas normas e diretrizes se coadunam com a promoção, prevenção e atenção à saúde dos estudantes. Identificou-se que as políticas da PNPS, do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a política de educação estão intimamente relacionadas e devem ser levadas em consideração no planejamento intersetorial do Programa.

O conhecimento das políticas públicas sociais, bem como de suas diretrizes, é essencial para a compreensão e alcance dos objetivos. Entre as diretrizes, foram percebidos como inovadores a gestão intersetorial, o mapeamento do território intersetorial e o estabelecimento da rede intersetorial, características peculiares fundamentais para a elaboração de planos de trabalho e implementações cabíveis, que assegurem os princípios organizacionais na visão ampliada de saúde e do direito à educação para a autonomia dos educandos. Todavia, verificou-se que há deficiência de investimentos na capacitação dos profissionais, tornando-se evidente o descumprimento das atribuições e responsabilidades legais nas esferas federal, estadual e municipal do Programa.

Acreditamos que há necessidade de fortalecimento das articulações e vínculos entre os setores da educação e da saúde; portanto, considera-se de grande relevância a readequação de financiamentos e investimentos necessários para a sustentabilidade do PSE, para a garantia dos objetivos propostos, a promoção da saúde e a cidadania dos estudantes da escola pública do ensino básico.

Este estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Educação na Amazônia (PGEDA) da Universidade Federal do Pará. Foi financiado pelas autoras e não apresenta conflitos de interesse.

Referências

AGUIAR, Z. N. (org.). **SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

ARROYO, M. G. O direito à educação e a nova segregação social e racial – tempos insatisfatórios? **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 31, n. 3, p. 15-47, jul.-set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/TvhHNQd9rys6nwV9ghM9t9M/?lang=pt&format=pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-4698150390>.

Olhar de professor, Ponta Grossa, v. 26, p. 1-26, e-21097.048, 2023.
Disponível em <<https://revistas.uepg.br/index.php/olhardeprofessor>>

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 11. ed. Brasília: UnB, 2011. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7508&ano=2011&ato=16fgXUE9UMVpWT875>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 1.055, de 25 de abril de 2017**. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1055_26_04_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Brasília, DF: Poder Executivo, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS – revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei n. 13.005, de 25 de junho de 2014**. Aprova o Plano Nacional de Educação. Presidência da República. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras

providências. Congresso Nacional: Brasília, DF, 2016. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. **Documentos III**. Rio de Janeiro: Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, 1987. Disponível em
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em
<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>.

CARNEIRO, M. A. **LDB fácil**: leitura compreensiva artigo a artigo. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora vozes, 2012.

COHEE, L. M. The Role of Health in Education and Human Capital: Why an Integrated Approach to School Health Could Make a Difference in the Futures of Schoolchildren in Low-Income Countries. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 104, n. 2, 2021, p. 424–428. 20-0779. Disponível em
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7866354/pdf/tpmd200779>. DOI:10.4269/ajtmh.20-0779.

CLIF, S.; JENSEN, B. B. **The Health Promoting School**: International Advances in Theory, Evaluation and Practice. Copenhagen. 2005. Disponível em:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111117/E90358.pdf.

CHIARI, A. P. G. *et al.* Rede intersectorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, e00104217, 2018. Disponível em
<https://www.scielo.br/j/csp/a/d9GHPC4rRF9WJKQxyqmbZCG/?lang=pt>. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217>.

DEMO, P. **Política social, educação e cidadania**. Campinas: Papirus, 2007.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 7-19. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo, SP: Paz e Terra, 2011.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. Educação básica no Brasil na década de 1990: subordinação ativa e consentida à lógica do mercado. **Educ. Soc.**, Campinas, SP, v. 24, n. 82, p. 93-130, abr. 2003. (Dossiê Políticas educativas em Portugal e no Brasil). Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/es/a/fwBNt6pKWJKTdYrCkxHjPdQ/abstract/?lang=pt>. DOI:
<https://doi.org/10.1590/S0101-7330200300010000>.

GOMES, C. B. e S., GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1327-1337, 2020. Disponível em:

Olhar de professor, Ponta Grossa, v. 26, p. 1-26, e-21097.048, 2023.
Disponível em <<https://revistas.uepg.br/index.php/olhardeprofessor>>

<https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/?format=pdf&lang=pt>. DOI: 10.1590/1413-81232020254.31512019.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 3, p. 1-13, jul./set., 2018. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7108>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf>.

LIBÂNEO, J. C.; OLIVEIRA, J. F.; TOSCHI, M. S. **Educação escolar: políticas, estrutura e organização**. São Paulo: Cortez, 2005.

LIMA T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál**, Florianópolis, SC, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/HSF5Ns7dkTNjQVpRyvhc8RR/abstract/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>.

MANIFESTO saúde, educação e assistência social em defesa da vida e da democracia: intersectorialidade saúde-educação-assistência social no enfrentamento da pandemia. **Universidade Federal de Santa Maria – UFSM: Centro de Educação**. 8 abr. 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1HYYQBYjBXypD-px2wVC-oF00e3Tz9DIM/view>.

MONTEIRO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. Disponível em <https://www.redalyc.org/journal/5340/534057803011/html/>. DOI: <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 21, v. 6, p. 1767-1775, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CmThF6xCpKkNVc4ZwnZYTkj/abstract/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07422016>.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. Trad. Isa Tavares. São Paulo: Boitempo, 2005.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39206>.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

PASCHALL, M. J. *et al.* School-based Health Services and Educational Attainment: Findings from a National Longitudinal Study. **Prev. Med.**, v. 121, p. 74-78, abr. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6400475>. DOI: 10.1016/j.ypmed.2019.02.019.

PERES, G. M.; GRIGOLO, T. M.; SCHNEIDER, D. R. Desafios da intersectorialidade na implementação de Programa de Prevenção ao Uso Abusivo de Drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 4, p. 869-882, out./dez. 2017. Disponível em:

Olhar de professor, Ponta Grossa, v. 26, p. 1-26, e-21097.048, 2023.
Disponível em <<https://revistas.uepg.br/index.php/olhardeprofessor>>

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/km3Fk7kqj6pdVrbZSLXvNjC/?lang=pt&format=pdf>. DOI:
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003272016>.

PINTO, A. K. P.; MOTTA-ROCHA, F. E. Relação saúde-escola: desafios e perspectivas. **Journal of Research in Special Educational Needs**, v. 16, n. 1, p. 945-949, 2016. Disponível em: DOI:
<https://doi.org/10.1111/1471-3802.12237>.

RIOS, D. R. da S.; SOUSA, D. A. B. de; CAPUTO, M. C. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, p. e1800802019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Y5JFvLzLD3H8sWGLHgc9Zjz/>. DOI:
<https://doi.org/10.1590/Interface.180080>.

RODRIGUES, R. L. Processo civilizatório, espaço público e educação escolar: contradições no contexto do capitalismo contemporâneo. **Libertas**, Juiz de Fora, v.6-v. 7, n. 1-n. 2, p. 149-174, jan./dez. 2006, jan./dez. 2007. Disponível em
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18150/9402>.

SAVIANI, D. Política educacional brasileira: limites e perspectivas. **Revista de Educação PUC-Campinas**, Campinas, n. 24, p. 7-16, jun. 2008. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/reeducacao/article/view/108>.

SAITO, R. X. de S. Programa Saúde da Família. *In*: OHARA, E. C. C; SAITO RX de S. S. **Saúde da Família: Considerações teóricas e aplicabilidade**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-756850>.

SILVA, C. dos S. **Saúde na escola: intersectorialidade e promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

SILVA, R. F.; MESQUIDA, P. Paulo Freire: uma educação do cuidado da vida, do diálogo e do amor ao mundo. **Revista Olhar de professor**, Ponta Grossa, PR, v. 25, p. 1-18, e-17035.0063, 2022. Disponível em
<https://revistas.uepg.br/index.php/olhardeprofessor/article/download/17035/209209216290/209209246149>. DOI: <https://doi.org/10.5212/OlharProfr.v.25.17035.006>.

SILVA, J. P. V. da; BATISTELLA, C.; GOMES, M. de L. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. *In*: Fonseca, A. F. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf.

SIMÕES, A. A. **As metas de universalização da Educação Básica no Plano Nacional de Educação**: o desafio do acesso e a evasão dos jovens de famílias de baixa renda no Brasil. Brasília, DF: INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2016. Disponível em: <http://seriepne.inep.gov.br/ojs3/index.php/seriepne/article/view/3758>.

SOUSA, M. C. de; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/nGRj8mdvwwZHvy6G76Mrjfj/abstract/?lang=pt>. DOI:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>.

Olhar de professor, Ponta Grossa, v. 26, p. 1-26, e-21097.048, 2023.
Disponível em <<https://revistas.uepg.br/index.php/olhardeprofessor>>

SOUZA, G. J.; GOMES, C.; ZANETTI, V. R. Estratégia da Saúde da Família: a dimensão articuladora do território. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, RS, n. 56, p. 141-163, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/14643>. DOI: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.14643>.

SOUSA A., SHIMIZU, H. Integrality and Comprehensiveness of Service Provision in Primary Health Care in Brazil (2012-2018). **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 2, p. e202005002021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wvnCxFjHThrdvVhNhYHVnkF/?lang=en>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0500>.

TEIXEIRA, C. F. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q.; JESUS, W. L. A. de. Proposta metodológica para o planejamento no sistema único de saúde. *In*: TEIXEIRA, C. F. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>.

VIEIRA, L. S.; BELISÁRIO, S. A. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 4, p. 120-133, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dLk74dqxVdGwVJcHLN5DYWj/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S409>.

Recebido: 12/10/2022
Aceito: 25/04/2023

Received: 10/12/2022
Accepted: 04/25/2023

Recibido: 12/12/2022
Aceptado: 25/04/2023

