

**MATRIZ DE PRIORIDADES PARA O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM
PROCESSO PARTICIPATIVO DE GESTÃO**

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.038-013>

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. 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 agravamento 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*.

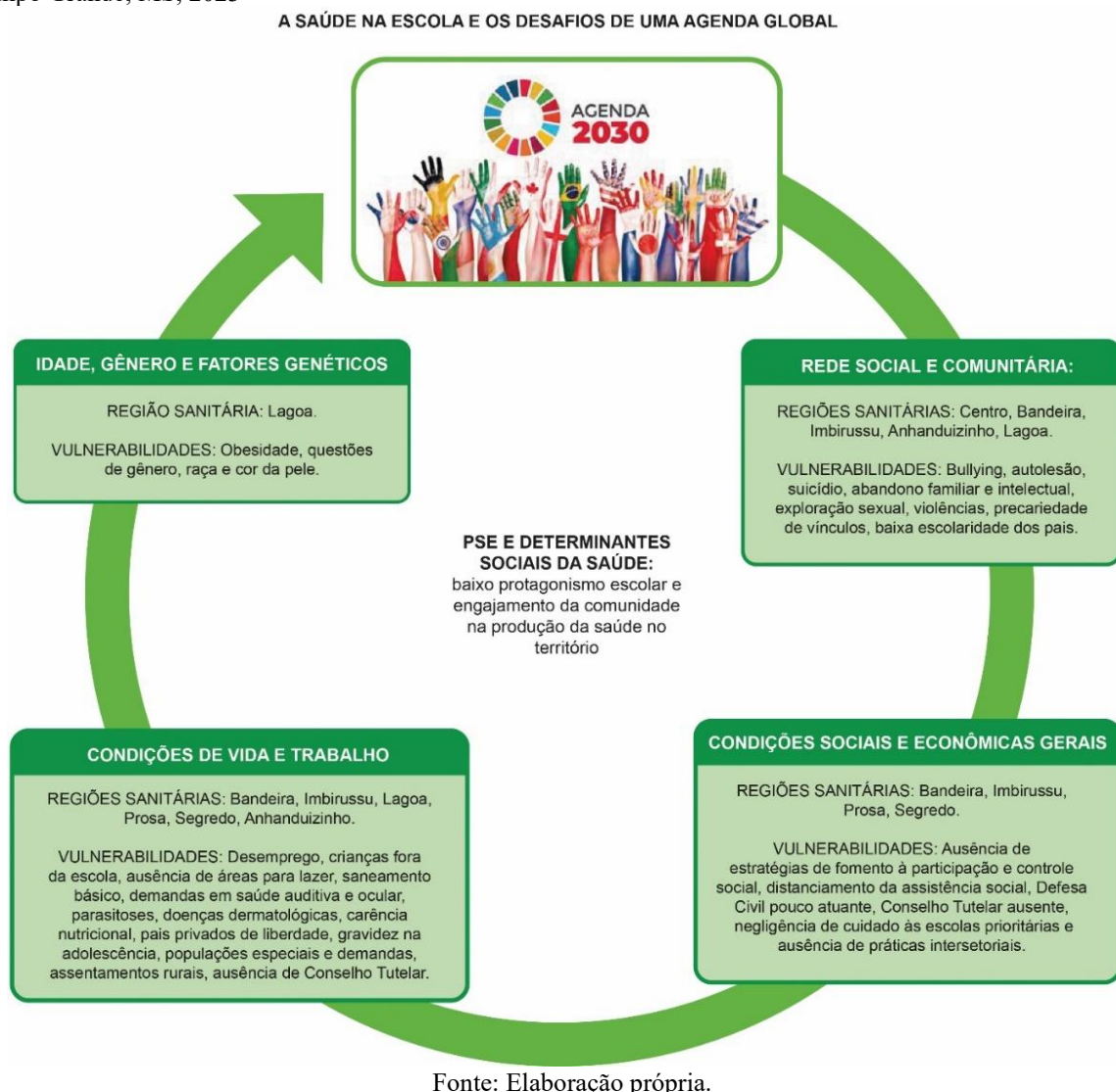
Comparando esses dados com as ações fundamentais apontadas pelo GTIM e com o mapeamento de prioridades, obtido com a participação de gestores de USF, observa-se que o planejamento das ações do PSE e as estratégias gerenciais nem sempre estiveram alinhadas às necessidades do ambiente escolar. Com achados 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



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

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. 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.

REVORÊDO, 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.