Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0023

INTERSETORIALIDADE, GOVERNANÇA E ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

INTERSECTORIALITY, GOVERNANCE AND HEALTH LITERACY: A CRITICAL ANALYSIS OF THE HEALTH AT SCHOOL PROGRAM

Alane Cristina de Marco Ceretta, Dartel Ferrari de Lima, Francielle Selzler Brecher Beckert e Yanka Gabriela Bilibio

RESUMO
O Programa Saúde na Escola (PSE), estabelecido pelo Decreto número 6.286/2007, é a ação intersetorial mais importante de promoção à saúde, no contexto da educação básica pública no Brasil. Apoiando a Atenção Primária à Saúde (APS), o programa progride mediante acordos municipais oficializados, com estruturas de governança de múltiplos níveis, além de transferências financeiras atreladas ao alcance de metas. Este artigo objetiva analisar os processos de governança intersetorial do PSE, com foco especial em suas dimensões de implementação, coordenação federativa e monitoramento, guiada pela teoria da alfabetização em saúde. A pesquisa é qualitativa e documental, utilizando o Caderno do Gestor do PSE 2022 como documento principal para análise, confrontado com a literatura especializada nacional e internacional sobre governança colaborativa, políticas públicas descentralizadas e alfabetização em saúde. Os resultados demonstram que, mesmo com o PSE normativamente coerente e com boa cobertura territorial, ainda há falhas conceituais e operacionais. A intersetorialidade é mais discursiva do que na prática; os instrumentos de governança são frágeis, além disso, os sistemas de monitoramento focam nos números da administração em detrimento da melhoria das condições de saúde da população escolar. Diante desse cenário, a incorporação da alfabetização em saúde como eixo orientador do PSE surge como caminho necessário, implicando no desenvolvimento progressivo de competências educacionais, na organização de métodos de ensino e na adoção de indicadores de aprendizagem. Tais elementos são condição para que o programa avance além da lógica da cobertura, orientando-se também pela qualidade da formação oferecida à população escolar.
Palavras-chave: Programa Saúde na Escola; intersetorialidade; governança colaborativa; alfabetização em saúde; políticas públicas educacionais.

ABSTRACT
The School Health Program (PSE), established by Decree number 6.286/2007, is the most important intersectoral action for health promotion in the context of public basic education in Brazil. Supporting Primary Health Care (PHC), the program progresses through formalized municipal agreements, with multi-level governance structures, in addition to financial transfers linked to the achievement of goals. This article aims to analyze the intersectoral governance processes of the PSE, with a special focus on its dimensions of implementation, federative coordination, and monitoring, guided by the theory of health literacy. The research is qualitative and documentary, using the 2022 PSE Manager's Handbook as the main document for analysis, compared with national and international specialized literature on collaborative governance, decentralized public policies, and health literacy. The results demonstrate that, even with the PSE being normatively coherent and having good territorial coverage, there are still conceptual and operational flaws. Intersectorality is more discursive than practical; The governance instruments are weak, and the monitoring systems focus on administrative numbers to the detriment of improving the health conditions of the school population. Given this scenario, incorporating health literacy as a guiding principle of the PSE emerges as a necessary path, implying the progressive development of educational competencies, the organization of teaching methods, and the adoption of learning indicators. These elements are essential for the program to move beyond mere coverage, also focusing on the quality of education offered to the school population.
Keywords: Health at School Program; intersectoriality; collaborative governance; health literacy; educational public policies.

Data de recebimento: 23/04/2026.
Aceito para publicação: 19/06/2026.

1 INTRODUÇÃO

A literatura reconhece a aproximação entre Saúde e Educação como um pilar central das políticas públicas intersetoriais, especialmente quando o foco é enfrentar iniquidades e ampliar condições de desenvolvimento humano. No Brasil, essa articulação ganha forma no Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0023

de 2007, a partir de um acordo entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) (Brasil, 2014).

Desde a sua implementação, o programa se expandiu e atualmente alcança uma cobertura de 97,3% dos municípios brasileiros, dado que, por si só, sugere um avanço institucional importante ao longo de quase duas décadas. Ainda assim, uma coisa não garante a outra: estar presente não significa, necessariamente, produzir efeitos formativos. Essa diferença, bastante conhecida na literatura de avaliação de políticas públicas, é decisiva quando se tenta entender o que, de fato, programas sociais entregam (Rossi; Lipsey; Henry, 2019).

Apesar dessa presença quase total no território, há um ponto que chama atenção. São poucos os estudos que se dedicam a olhar para o desfecho educativo do PSE. O mais comum é encontrar análises voltadas a indicadores de processo, número de ações, percentual de escolas envolvidas, entre outras informações administrativas. Fica menos claro, porém, se o programa, como está organizado, realmente favorece o desenvolvimento de competências em saúde entre os alunos (Baroni; Silva, 2022).

Essa lacuna também se evidencia nos apontamentos de Okan, Paakkari e Dadaczynski (2020), ao afirmarem que a literacia em saúde em contexto escolar exige não apenas a oferta de ações pontuais, mas uma estrutura de governança capaz de sustentar e coordenar continuamente, experiências de aprendizagem que habilitem os sujeitos a utilizarem informações de saúde em situações reais da vida. Assim, investigar o PSE a partir dessa perspectiva constitui, portanto, não apenas uma contribuição analítica, mas uma necessidade para qualificar o debate sobre políticas de saúde escolar no Brasil.

É nesse ponto que este artigo se insere. A questão que orienta a análise é direta: em que medida a arquitetura intersetorial do PSE está, de fato, organizada para promover saúde na educação básica de forma consistente e sustentável? Diante dessa dúvida, este artigo objetiva analisar os processos de governança intersetorial do PSE, com foco especial em suas dimensões de implementação, coordenação federativa e monitoramento, guiada pela teoria de alfabetização em saúde. Para isso, optou-se por uma abordagem qualitativa de análise documental crítica, tendo como base o Caderno do Gestor do PSE (Brasil, 2022), elaborado pelo MS em articulação com o MEC.

A base teórica que sustenta a análise articula-se em três áreas estruturantes: a governança colaborativa e política pública intersetorial, inspirada em Ansell e Gash (2008), Peters (2015) e Arretche (2012); a Atenção Primária à Saúde (APS) como organizadora do cuidado local, na perspectiva de Giovanella, Franco e Almeida, (2020) e Starfield (2002) e; a literacia em saúde, vista como uma habilidade educativa progressiva, proposta por Sørensen *et al*. (2012) e Okan, Paakkari e Dadaczynski (2020).

O ponto central é compreender o PSE para além de sua dimensão meramente administrativa, pois, mesmo que nem sempre explícito, há um projeto educativo em curso. A questão passa a ser se esse projeto alcança, de fato, o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao acesso, à compreensão e ao uso de informações em saúde. Esse aspecto da alfabetização em saúde, ainda aparece pouco explorado quando o tema é política de saúde escolar no Brasil (Peres, 2023).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Antes de avançar, é preciso olhar com mais atenção para os fundamentos que sustentam essa discussão. O PSE não envolve apenas organização de ações, mas a articulação entre áreas com lógicas diferentes. Por isso, a análise a seguir se apoia em dois pontos centrais: a governança intersetorial e a alfabetização em saúde, que ajudam a entender tanto como o programa se estrutura quanto o que ele, de fato, produz no campo educativo.

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0023

2.1 Governança intersetorial e políticas públicas descentralizadas

Ao tratar sobre governança intersetorial, a ideia central é relativamente simples: diferentes setores e níveis de governo precisam se organizar de forma coordenada em torno de objetivos comuns. Isso importa justamente porque as políticas públicas, na prática, tendem a funcionar de modo fragmentado (Lancman *et al*., 2020).

Essa ação ajuda a entender o PSE, cujo programa não está restritivo. Pelo contrário, ele se constrói no encontro entre saúde e educação, dois campos que operam com lógicas próprias, linguagens específicas e formas diferentes de organização. Entretanto, nem sempre essa aproximação acontece de forma harmoniosa. Ansell e Gash (2008, p. 544) descrevem a governança colaborativa como

> um arranjo de governança no qual uma ou mais agências públicas envolvem diretamente stakeholders (partes interessadas não estatais) em um processo coletivo de tomada de decisão que é formal, orientado ao consenso e deliberativo, e que visa formular ou implementar políticas públicas ou gerir programas e ativos públicos (Traduzido do original em inglês).

Segundo Dias *et al*. (2018), essa perspectiva é relevante para compreender o PSE, que opera na interface entre dois sistemas complexos. A saúde e a educação, com suas lógicas institucionais, vocabulários técnicos, estruturas organizacionais e culturas profissionais frequentemente distintos.

Ainda, Peters (2015) aprofunda essa análise demonstrando que a coordenação horizontal entre setores governamentais exige pelo menos três condições fundamentais para efetivar a ligação de sistemas educacionais complexos: a definição clara de autoridade decisória; os mecanismos formais de responsabilização compartilhada; e as rotinas institucionais de coordenação sustentadas no longo prazo.

No caso brasileiro, isso se torna mais sensível. Arretche (2012) mostra que a descentralização federativa, estabelecida pela Constituição de 1988, resultou em uma lógica de implementação da política, na qual aumentou a autonomia dos municípios. No entanto, essa autonomia nem sempre vem acompanhada da capacidade técnica e administrativa necessária para dar conta das responsabilidades assumidas. O problema é que o federalismo cooperativo pode produzir resultados bastante desiguais quando faltam mecanismos sólidos de equalização e apoio técnico consistente (Franzese; Abrucio, 2013).

2.2 Alfabetização em saúde como competência educacional progressiva

O conceito de alfabetização em saúde foi mudando sensivelmente ao longo do tempo. No início, em sua formulação original, Nutbeam (2000, p. 259) definia como: “as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender e utilizar informações de modo a promover e manter a saúde”.

Com o passar dos anos, essa ideia tornou-se mais complexa. Nutbeam (2000) identifica três níveis funcionais e distintos desse processo. O letramento funcional, mais básico, ligado à leitura e compreensão de informações simples no dia a dia. O letramento interativo, de complexidade intermediária, que envolve habilidades mais complexas de comunicação e interpretação. O letramento crítico, de nível superior, que inclui a capacidade de analisar informações, entender os determinantes sociais da saúde e agir sobre eles, tanto individual quanto coletivamente.

Mais adiante, Sørensen *et al*. (2012) ampliam esse entendimento ao identificar em estudos, 17 definições diferentes e 12 modelos conceituais de alfabetização em saúde. Para eles, a alfabetização em saúde envolve conhecimento, motivação e habilidades,

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0023

competências que permitem às pessoas acessar, compreender, avaliar e usar informações a fim de tomarem decisões para a promoção da saúde ao longo da vida.

No ambiente escolar, Okan; Paakkari; Dadaczynski (2020) evidenciaram que não basta trabalhar o tema de forma pontual e atividades avulsas. Não é suficiente estruturar algo e integrar ao currículo. É necessário continuidade temporal e mudanças na própria organização escolar. Surge, então, a ideia de escola alfabetizada em saúde (health-literate school), entendida como um espaço que não só transmite informação, mas cria condições para que os estudantes compreendam, questionem e usem esse conhecimento com autonomia.

3 MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, com foco na análise documental crítica e argumentativa. A escolha por esse caminho não foi casual. A intenção aqui não é apenas descrever um documento, mas tentar compreender o que ele diz, e também o que deixa de dizer. Nesse sentido, o trabalho dialoga com as contribuições de Cellard (2008) e de Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009).

O material analisado foi o Caderno do Gestor do PSE (Brasil, 2022). Trata-se de um documento oficial, elaborado no âmbito interministerial e que orienta a implementação do programa. A escolha desse *corpus* se deve justamente ao seu caráter normativo e à influência que exerce sobre as práticas nos municípios brasileiros.

A leitura não seguiu um roteiro rígido desde o início. Progressivamente, alguns pontos foram se impondo como mais relevantes e organizaram a análise. Quatro deles se mostraram centrais: a forma como os conceitos aparecem no texto, as condições reais de implementação das propostas, o tipo de resultado que o documento sugere alcançar e, por fim, como se dá, pelo menos no plano discursivo, a articulação entre saúde e educação. Esses eixos possibilitaram a análise mais atenta e detalhada do documento.

Os achados foram confrontados com a literatura da área, tanto nacional quanto internacional. Para isso, foram realizadas buscas de trabalhos nas bases SciELO, PubMed, Lilacs e Google Scholar, com descritores relacionados ao Programa Saúde na Escola, alfabetização em saúde, governança colaborativa e intersetorialidade. Não se trata de uma revisão sistemática, mas de um movimento de diálogo com estudos publicados.

A análise seguiu, de modo geral, os princípios da análise de conteúdo temática, conforme Bardin (2016). O olhar esteve voltado para recorrências, ausências e certas tensões que aparecem ao longo do texto, especialmente quando se compara o que é proposto com aquilo que, na prática, parece mais difícil de sustentar.

Para orientar a leitura e a análise crítica, foram construídas as categorias analíticas, apresentadas no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Categorias analíticas e dimensões de análise do estudo

Categoria analítica	Pergunta orientadora	Referencial principal
Consistência conceitual	Os conceitos utilizados têm precisão e coerência com a literatura?	Nutbeam (2000); Peters (2015)
Viabilidade de implementação	O documento oferece condições operacionais suficientes para execução?	Ansell e Gash (2008); Lipsky (2010)
Impacto potencial	Há suporte empírico para os resultados atribuídos ao Programa?	Rossi, Lipsey e Henry (2019)

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0023

Categoria analítica	Pergunta orientadora	Referencial principal
Articulação intersetorial	Os mecanismos de cooperação entre setores estão formalizados?	Peters (2015); Arretche (2012)

Fonte: autoria própria (2026)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do Caderno do Gestor do PSE (Brasil, 2022) revelou quatro dimensões centrais que organizam a discussão a seguir: a arquitetura de governança multinível do Programa; seu modelo de financiamento e os efeitos sobre a implementação; o sistema de monitoramento e seus limites pedagógicos; e a operacionalização da intersetorialidade como prática. Cada uma dessas dimensões foi examinada à luz do referencial teórico adotado, com ênfase nas tensões entre o que o documento prescreve e o que a literatura especializada indica ser necessário para que o PSE avance como projeto educativo orientado à alfabetização em saúde.

4.1 A ARQUITETURA DE GOVERNANÇA MULTINÍVEL DO PSE

O PSE se organiza por meio de uma estrutura de governança multinível, distribuindo responsabilidades entre as esferas federal, estadual e municipal. No nível federal, o Grupo de Trabalho Intersetorial Federal (GTI-F), com representantes do MS e do MEC, assume funções como coordenação normativa, definição de metas, elaboração de materiais orientadores e definição de indicadores de monitoramento. No nível estadual, os Grupos de Trabalho Intersetoriais Estaduais (GTI-E) atuam como apoio aos municípios. Já no plano local, os Grupos de Trabalho Intersetoriais Municipais (GTI-M), formados ao menos por gestores de saúde e educação, respondem pela execução direta das ações (Chiari *et al.*, 2018).

Embora essa estrutura esteja alinhada, no plano formal, ao federalismo cooperativo brasileiro (Franzese; Abrucio, 2013) e a modelos de governança intersetorial (Peters, 2015), a leitura do documento sugere um limite recorrente: a ênfase nas atribuições não vem acompanhada de detalhamento sobre como essas instâncias operam na prática. Ansell e Gash (2008) apontam condições importantes para a governança colaborativa, como histórico de cooperação, incentivos, equilíbrio de poder, liderança e desenho institucional. No Caderno do Gestor, esses elementos aparecem de forma pouco detalhada.

Uma tensão específica aparece na flexibilização da vinculação entre equipes da APS e escolas. O documento indica que o vínculo obrigatório deixou de ser adotado, sendo substituído por um sistema mais flexível (Brasil, 2022). Ainda que isso responda à necessidade de dinamizar o processo de trabalho, pode gerar efeitos indesejados, como o enfraquecimento da longitudinalidade do cuidado (Starfield, 2002) e menor previsibilidade das ações no território.

A literatura sobre implementação ajuda a entender esse ponto. Lipsky (2010) destaca que a política, como finalidade, se concretiza no cotidiano dos profissionais que a executam. No PSE, professores e profissionais de saúde ocupam esse lugar. Suas condições de trabalho, tempo, carga, recursos e formação, acabam influenciando diretamente o que de fato acontece. No documento, esses aspectos aparecem, mas sem maior aprofundamento.

Essa organização pode ser visualizada de forma mais sintética no Quadro 2, que reúne as principais atribuições previstas para cada nível de governança, bem como as lacunas identificadas a partir da análise documental.

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0023

Quadro 2 - Estrutura de governança multinível do PSE: atribuições e lacunas identificadas

Nível de governança	Instância	Atribuições formais	Lacunas identificadas
Federal	GTI-F	Coordenação normativa, metas, indicadores, formação continuada.	Ausência de mecanismos de resolução de conflitos intersetoriais; indefinição sobre recursos humanos de apoio.
Estadual	GTI-E	Apoio técnico aos municípios, formação, intercâmbio de experiências.	Periodicidade, recursos e critérios de desempenho não definidos; risco de atuação apenas consultiva.
Municipal	GTI-M	Planejamento, execução, monitoramento e gestão financeira.	Sobrecarga de funções; alta dependência da capacidade técnica local; risco de duplicidade burocrática.

Fonte: autoria própria com base em Brasil (2022) e Peters (2015).

4.2 O FINANCIAMENTO DO PSE E SEUS EFEITOS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO

O financiamento do PSE ocorre por meio de transferências fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. No primeiro ano do ciclo bienal, o valor é definido com base no número de estudantes pactuados, utilizando o Censo Escolar. No segundo ano, o repasse passa a depender do cumprimento de metas estabelecidas em nível federal. Esse arranjo é compatível com a lógica do SUS, mas levanta questões quando observado do ponto de vista formativo (Brasil, 2017).

A literatura de avaliação de políticas públicas diferencia metas de cobertura, ligadas ao alcance quantitativo, de resultados mais substantivos, relacionados a mudanças em conhecimentos, atitudes ou comportamentos (Rossi; Lipsey; Henry, 2019). Quando o financiamento se ancora principalmente em metas quantitativas, há o risco de priorizar o cumprimento formal das atividades, sem que isso necessariamente se traduza em aprendizagem.

4.3 O SISTEMA DE MONITORAMENTO E SEUS LIMITES PEDAGÓGICOS

O monitoramento do PSE se baseia no registro das ações na Ficha de Atividade Coletiva (FAC), posteriormente inserida no e-SUS APS e consolidada no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Embora esse modelo permita a produção de relatórios públicos e a comparação entre territórios, sua análise revela uma limitação estrutural significativa: os indicadores disponíveis referem-se predominantemente à produção de atividades, tipo de ação realizada, tema abordado, número de participantes, sem contemplar dimensões relacionadas ao desenvolvimento de competências educacionais (Fernandes *et al*., 2022).

Os registros concentram-se no tipo de ação, número de participantes e temas abordados. Ficam de fora dimensões relacionadas ao desenvolvimento de competências. Sørensen *et al*. (2012) mostram que a alfabetização em saúde envolve capacidades como localizar, compreender, avaliar e aplicar informações, aspectos que não aparecem de forma estruturada na FAC.

Okan, Paakkari e Dadaczynski (2020) reforçam que escolas orientadas à promoção

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0023

da saúde precisam desenvolver capacidade organizacional de aprendizagem, o que implica utilizar os dados do monitoramento para refletir sobre as práticas pedagógicas, ajustar estratégias e identificar lacunas de formação. Quando o monitoramento permanece concentrado na dimensão administrativa, essa possibilidade fica limitada.

Essa limitação pode ser visualizada de forma mais clara no Quadro 3, que contrapõe os indicadores atualmente utilizados pelo PSE às dimensões necessárias para a avaliação da alfabetização em saúde.

Quadro 3 - Indicadores disponíveis no PSE e lacunas em relação à alfabetização em saúde

Dimensão avaliativa	Indicadores disponíveis no PSE	Indicadores necessários para alfabetização em saúde
Produção	Número de ações realizadas; número de participantes.	—
Cobertura	Escolas atendidas; municípios aderidos.	—
Formativa	Não disponível.	Desenvolvimento de competências funcionais, interativas e críticas em saúde.
Pedagógica	Não disponível.	Progressão curricular; integração ao Projeto Político-Pedagógico.
Organizacional	Não disponível.	Cultura escolar favorável a saúde; aprendizagem institucional.

Fonte: autoria própria com base em Brasil (2022); Nutbeam (2000); Sorensen *et al*. (2012).

4.4 A INTERSETORIALIDADE COMO PRINCÍPIO E COMO PRÁTICA

A intersetorialidade é o conceito mais recorrente no Caderno do Gestor do PSE, aparecendo tanto como princípio estruturante do programa quanto como critério de qualidade das ações desenvolvidas. Contudo, a análise revela uma tensão persistente entre a afirmação da intersetorialidade como valor e sua operacionalização como prática (Sousa; Espiridião; Medina, 2017).

Ansell e Gash (2008) identificam cinco condições que favorecem a emergência e a sustentação da governança colaborativa: (a) história prévia de cooperação ou conflito entre os atores; (b) incentivos para participação; (c) desequilíbrio de poder e recursos; (d) liderança facilitadora; e (e) desenho institucional favorável. O Caderno do Gestor aborda apenas de forma tangencial a maioria dessas condições. A existência de Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTIs) é apresentada como garantia de intersetorialidade, mas sem detalhar como esses grupos lidam com conflitos de agenda, diferenças de linguagem técnica ou assimetrias de poder entre os setores.

É ilustrativa, nesse sentido, a orientação de que as ações do PSE não devem competir ou sobrepor com o tempo do professor ou as atividades dos alunos (Brasil, 2022). Embora pertinente, essa diretriz expõe uma tensão real: se as ações de saúde precisam ser cuidadosamente inseridas sem interferir na dinâmica pedagógica, como podem, ao mesmo tempo, transformar essa dinâmica a partir da perspectiva da alfabetização em saúde? Okan, Paakkari e Dadaczynski (2020) são enfáticos ao afirmar que a promoção efetiva da alfabetização em saúde na escola não pode ser concebida como atividade periférica, mas requer integração estrutural ao currículo.

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0023

4.5 LIMITES E POTENCIALIDADES DO PSE NA PERSPECTIVA DA ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE

A análise desenvolvida evidencia que o PSE apresenta arquitetura normativa consistente e cobertura territorial expressiva, mas enfrenta desafios estruturais que limitam sua efetividade formativa. Esses desafios organizam-se em três planos analíticos.

No plano conceitual, o documento orientador do PSE opera com categorias amplas, como formação integral, desenvolvimento pleno e promoção da saúde, sem traduzi-las em objetivos educacionais verificáveis ou em competências progressivas. Nutbeam (2000) ressalta que, sem operacionalização conceitual clara, termos como “autonomia” e “protagonismo” permanecem como retórica normativa, sem orientar práticas educativas estruturadas.

No plano institucional, a ausência de mecanismos claros de responsabilização compartilhada, resolução de conflitos intersetoriais e equalização de capacidades entre municípios compromete a possibilidade de implementação homogênea. Como observam Lotta e Vaz (2015), arranjos institucionais de políticas públicas precisam considerar as diferentes capacidades estatais dos entes subnacionais para evitar que a descentralização reproduza as desigualdades territoriais preexistentes.

No plano pedagógico, o PSE carece de mecanismos que articulem suas ações ao currículo escolar, definam objetivos de aprendizagem em saúde e estruturem progressão formativa para os estudantes. A inserção das temáticas do programa via Temas Contemporâneos Transversais da Base Nacional Comum Curricular (BNCC) é mencionada como possibilidade, mas sem detalhar como isso ocorreria na prática, sem formação docente específica, sem sequências didáticas estruturadas e sem instrumentos de avaliação formativa.

Para Lima, Malacarne e Strieder (2012), intervenções que combinam múltiplos componentes, currículo, ambiente escolar, famílias e comunidade, tendem a produzir efeitos mais consistentes sobre indicadores de saúde e bem-estar do que intervenções focadas em apenas uma dessas dimensões. O PSE, ao privilegiar a dimensão das atividades de saúde realizadas nas escolas sem articulá-las sistematicamente às demais, pode estar perdendo parte de seu potencial de impacto (Lima; Lima, 2017).

Cabe, entretanto, reconhecer as potencialidades do programa. A expressiva cobertura territorial, a formalização de mecanismos de adesão e pactuação, a produção de materiais orientadores e a tentativa de integração entre APS e educação básica constituem bases institucionais relevantes sobre as quais é possível construir aprimoramentos. Marmot et al. (2008) enfatizam que políticas intersetoriais são indispensáveis para enfrentar determinantes sociais complexos, e o PSE representa um esforço real nessa direção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo partiu de uma inquietação relativamente simples: até que ponto o PSE, do jeito que está organizado, consegue ir além da execução de ações e, de fato, produzir efeitos educativos mais consistentes? Ao longo da análise, olhando para sua governança, suas formas de coordenação e seus mecanismos de monitoramento, foi possível perceber um quadro que não é exatamente negativo, mas tampouco resolvido. O PSE tem capilaridade, tem reconhecimento institucional e ocupa um espaço importante nas políticas públicas. Ainda assim, esbarra em limites que não são pontuais, são estruturais.

Um dos movimentos centrais deste trabalho foi colocar em diálogo dois campos que nem sempre aparecem juntos: a governança colaborativa e a educação em saúde. Esse cruzamento, no entanto, desloca um pouco o olhar. A questão deixa de ser apenas se o

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0023

programa funciona, no sentido administrativo, e passa a ser outra: o modo como ele está organizado favorece, ou não, a produção de aprendizagens em saúde? Nem sempre a resposta é clara.

Alguns caminhos aparecem quase naturalmente a partir disso. Um deles é a necessidade de incorporar indicadores que consigam captar dimensões formativas, e não apenas a realização de atividades. Outro envolve aproximar mais o programa da lógica da escola, o que passa, inevitavelmente, pela participação dos professores e por algum nível de integração com o currículo (Lima; Lima; Sampaio, 2020). Também parece difícil avançar sem fortalecer os arranjos locais, especialmente os GTI-M, que acabam concentrando boa parte das responsabilidades. E, claro, permanece a necessidade de avaliações mais consistentes, que consigam dizer algo sobre efeitos reais, para além dos números de execução.

Há, evidentemente, limites neste estudo. O olhar se construiu a partir de documentos, o que sempre deixa uma parte importante de fora: o que acontece no cotidiano, onde a política realmente ganha forma. Fica como possibilidade para outras investigações um mergulho mais direto nesse nível, ouvindo gestores, professores, profissionais de saúde, entendendo como essas articulações se dão na prática, com todas as suas tensões.

Finalmente, o PSE parece estar em um ponto intermediário. Não é uma política incipiente, mas também não atingiu plenamente aquilo que, em tese, poderia alcançar. Avançar na direção de uma escola que promova alfabetização em saúde envolve mais do que ampliar ações ou cumprir metas. Exige qualificar o que já existe, o que passa por escolhas políticas, condições concretas de trabalho e, talvez o mais desafiador, por uma definição mais clara do que se espera quando se fala em aprender saúde na escola pública brasileira.

REFERÊNCIAS

ANSELL, Chris; GASH, Alison. Collaborative governance in theory and practice. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Oxford, v. 18, n. 4, p. 543–571, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1093/jopart/mum032. Acesso em: 12 abr. 2026.

ARRETCHE, Marta. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARONI, Juliane Gonçallo; SILVA, Carla Cilene Baptista da. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. spe3, p. 103–115, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CbyxQ6xsPjX5sgvYsfnRZTh. Acesso em: 20 abr. 2026.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE). ***Diário Oficial da União***, Brasília, DF, 6 dez. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bibliotecadigital.gestao.gov.br/handle/123456789/928. Acesso em: 17 out. 2025.

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0023

BRASIL. Portaria interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 abr. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_gestor_pse_2022. Acesso em: 17 out. 2025.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. (org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295–316.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes; FERREIRA, Raquel Conceição; AKERMAN, Marco; AMARAL, João Henrique Lara do; MACHADO, Karine Mendes; SENNA, Maria Inês Barreiros. 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://www.scielo.br/j/csp/a/d9GHPC4rRF9WJKQxyqmbZCG/?lang=pt. Acesso em: 20 fev. 2026.

DIAS, Paulo César; HENRIQUES, Patrícia; BURLANDY, Luciene; FERREIRA, Daniele Mendonça; BARBOSA, Raquel Machado Schincaglia *et al*. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas: o dilema entre a suplementação nutricional e a promoção da alimentação saudável em escolas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, e00035218, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/d9GHPC4rRF9WJKQxyqmbZCG/?lang=pt. Acesso em: 20 abr. 2026

FERNANDES, Lucas Agustinho; SHIMIZU, Helena Eri; PRADO NETO, Priscila Fernandes do; CAVALCANTE, Fabiana Vieira Santos Azevedo; SILVA, Juliana Rezende Melo da; PARENTE, Raphael Câmara Medeiros. Trajetória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 3, p. 13-28, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bRWTGkFzXmcGCPSJrWm7hbC/abstract/?lang=en. Acesso em: 21 fev. 2026.

FRANZESE, Cibele; ABRUCIO, Fernando Luiz. **Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação**. In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (org.). Federalismo e políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 361–386.

GIOVANELLA, Lígia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política nacional de atenção básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/abstract/?lang=pt. Acesso em: 17 abr. 2026.

LANCMAN, Selma; DALDON, Maria Teresa Batista; JARDIM, Tânia Aparecida; ROCHA, Tatiana de Oliveira; BARROS, Jaqueline de Oliveira. Intersetorialidade na saúde do

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0023

trabalhador: velhas questões, novas perspectivas? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 4033–4044, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/qTqSD4vgX7M4MxCy8pQZ4YN. Acesso em: 17 abr. 2026.

LIMA, Dartel Ferrari de; LIMA, Lohran Anguera. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1168–1176, out./dez. 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711514. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9LckHXjQ785gqbPQd69twwF/?lang=pt. Acesso em: 19 abr. 2026.

LIMA, Dartel Ferrari; LIMA, Lohran Anguera; SAMPAIO, Adelar Aparecido. Análise da imagem e da condição de saúde de professores no Brasil**. Perspectivas em Diálogo: Revista de Educação e Sociedade**, Naviraí, v. 7, n. 15, p. 94-101, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufms.br/index.php/persdia/article/view/10256. Acesso em: 18 abr. 2026.

LIMA, Dartel Ferrari; MALACARNE, Vilmar; STRIEDER, Dulce Maria. O papel da escola na promoção da saúde – uma mediação necessária. **EccoS –Rev. Cient**., São Paulo, n. 28, p. 191-206, 2012. Disponível em: https://periodicos.uninove.br/eccos/article/view/3213. Acesso em: 10 abr. 2026.

LIPSKY, Michael. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services**. 30th anniversary ed. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOTTA, Gabriela; VAZ, José Carlos. Arranjos institucionais de políticas públicas e capacidades estatais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 6, p. 1451–1472, 2015. DOI: 10.21874/rsp.v66i2.409. Disponível em: https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/409. Acesso em: 18 abr. 2026.

MARMOT, Michael; FRIEL, Sharon; BELL, Ruth; HOUWELING, Tanja A. J.; TAYLOR, Sebastian. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **The Lancet**, London, v. 372, n. 9650, p. 1661–1669, 2008. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18994664. Acesso em: 20 abr. 2026.

NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, Oxford, v. 15, n. 3, p. 259–267, 2000. DOI:10.1093/heapro/15.3.259. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/31229130. Acesso em: 17 out. 2025.

OKAN, Orkan; PAAKKARI, Leena; DADACZYNSKI, Kevin. Health literacy in schools: state of the art. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 17, p. 6301, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344202587. Acesso em: 18 fev. 2026.

PERES, Frederico. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1563–1573, maio 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.14562022. Acesso em: 20 out. 2025.

PETERS, B. Guy. **Pursuing horizontal management: the politics of public sector coordination**. Lawrence: University Press of Kansas, 2015.

ROSSI, Peter H.; LIPSEY, Mark W.; HENRY, Gary T. **Evaluation: a systematic approach**. 8. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2019.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1–15, 2009. DOI: 10.63595/rbhcs.v1i1.10351. Disponível em: https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351. Acesso em: 14 mar. 2026.

SØRENSEN, Kristine et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, London, v. 12, p. 80, 2012. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313550741. Acesso em: 16 abr. 2026.

SOUSA, Marta Caires; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; MEDINA, Maria Guadalupe. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1781–1790, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.24262016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/nGRj8mdvvwZHvy6G76MrjfJ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 16 abr. 2026.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805. Acesso em: 14 mar. 2026.