



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

JOSÉ HELDER DINIZ JUNIOR

**SAÚDE ESCOLAR E COMPORTAMENTO DE RISCO PARA VIOLÊNCIA ENTRE
ESCOLARES EM FORTALEZA: análise longitudinal PeNSE e relatórios do Plano
Plurianual de governo (2009-2019)**

FORTALEZA

2025

JOSÉ HELDER DINIZ JUNIOR

**SAÚDE ESCOLAR E COMPORTAMENTO DE RISCO PARA VIOLÊNCIA
ENTRE ESCOLARES EM FORTALEZA: análise longitudinal PeNSE e relatórios
do Plano Plurianual de governo (2009-2019)**

Dissertação ao Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Epidemiologia e vigilância em saúde: epidemiologia e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis.

Orientadora: Profa. PhD. Raimunda Hermelinda Maia Macena.

FORTALEZA
2025

D611s Diniz Junior, José Helder.
Saúde escolar e comportamento de risco para violência entre escolares em Fortaleza: : análise longitudinal PeNSE e relatórios do Plano Plurianual de governo (2009-2019) / José Helder Diniz Junior. – 2025.
155 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Dr. Raimunda Hermelinda Maia Macena.

1. Saúde escolar.. 2. Comportamentos de risco.. 3. Violência.. 4. Políticas públicas.. I. Título.
CDD 610

JOSÉ HELDER DINIZ JUNIOR

Dissertação ao Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Epidemiologia e vigilância em saúde: epidemiologia e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. PhD. Raimunda Hermelinda Maia Macena (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. PhD. Maria Aldeisa Gadelha
Estácio do Ceará

Prof. PhD. Ricardo Hugo Gonzalez
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Andréa Soares Rocha da Silva
Universidade Federal do Ceará (UFC) SUPLENTE

Profa. PhD. Caroline Mary Gurgel Dias Florêncio
Universidade Federal do Ceará (UFC) SUPLENTE

Dedico este trabalho a todos os meus familiares, profissionais da escola Paulo Sarasate e principalmente a todas as crianças que lá estudam por serem a minha fonte de inspiração para realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser o grande criador de nossas vidas e fonte das inspirações que nos encaminham para as realizações.

À minha família, especialmente ao meu pai José Helder Diniz, que nos deixou a contemplar tudo que construiu com suas hábeis mãos e sua sabedoria.

A minha mãe, Maria Elita Diniz, que dedicou e dedica grande parte de sua vida para que eu conseguisse caminhar com minhas próprias pernas rumo às conquistas e as coisas importantes da vida.

A minhas filhas Luna de Melo Durand Diniz, Lara de Melo Durand Diniz, Marina Sales Diniz e ao meu filho Geovani Sales Diniz que sempre me ajudaram, inspiraram e compreenderam minhas ausências durante o processo de realização deste trabalho.

A minha companheira, Geovania Sales, que foi uma grande incentivadora e apoiadora, me fortalecendo durante todo processo de construção desse trabalho.

A Diretora da Escola Municipal Paulo Sarasate, Gilmara Dias, que acreditou no meu potencial, me informando e incentivando a realizar a inscrição e sempre apoiando durante a realização do mestrado.

Em especial, a minha orientadora, Profa. PhD. Raimunda Hermelinda Maia Macena, que com sua objetividade e sabedoria me apresentou toda as ferramentas e caminhos necessários para essa conquista.

A todas as crianças da rede pública municipal de ensino de Fortaleza, com destaque as da Escola Municipal Paulo Sarasate, que são minha fonte inesgotável de inspiração.

Aos professores da Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará que, de disciplina em disciplina, texto em texto, palavras em palavras me subsidiaram para esta importante conquista.

A todos os meus companheiros e companheiras mestrando(a) que muito contribuíram com seus conhecimentos e motivação.

A todos que contribuíram de forma direta ou indireta para realização da presente pesquisa e entendem que a intersetorialidade, sobretudo entre Saúde e Educação é uma mistura que promove a vida.

“A vida não é a vida está sendo”

Paulo Freire

RESUMO

O estudo avalia a evolução dos indicadores de saúde e comportamentos de risco para saúde sexual e violência entre adolescentes escolares em Fortaleza, considerando o impacto de políticas públicas como o Programa Saúde na Escola (PSE) e dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). O contexto revela desafios relacionados à iniciação sexual precoce, gravidez na adolescência, violência e saúde mental, em um cenário de desigualdades socioeconômicas e vulnerabilidades. Especificamente, buscou-se comparar indicadores regionais e nacionais, analisar tendências temporais, investigar correlações temáticas e avaliar os reflexos das ações do PSE documentadas nos Planos Plurianuais (PPA). Trata-se de uma pesquisa documental e quali-quantitativa, realizada entre 2009 e 2019. O método incluiu três etapas: (1) coleta de dados dos relatórios do PPA (2014-2025) e das edições da PeNSE (2009, 2012, 2015, 2019); (2) análise descritiva e comparativa dos indicadores de saúde, com ênfase em tendências temporais e correlações temáticas; (3) cruzamento entre dados do PPA e PeNSE para avaliação do impacto das ações planejadas. A amostra consistiu dos dados de adolescentes do 9º ano da rede pública e privada em Fortaleza, com dados organizados longitudinalmente. As análises foram realizadas com ferramentas estatísticas, como regressão logística, e qualitativas, como análise de conteúdo temática. Os aspectos éticos seguiram a Resolução CNS nº 510/2016, assegurando anonimato e uso de dados públicos. Os resultados apontaram avanços em alguns indicadores, como a redução da iniciação sexual precoce, que caiu de 33,1% (2009) para 27,9% (2019), e das brigas físicas, que diminuíram de 23,8% (2015) para 12,7% (2019). A taxa de gravidez na adolescência estabilizou-se em torno de 7,4% (2019), enquanto o uso de preservativos caiu preocupantemente, de 66,1% (2009) para 59,7% (2019). Observou-se um aumento no uso da pílula do dia seguinte, de 25,4% (2012) para 45,5% (2019). No entanto, indicadores de violência sexual mostraram tendência de estabilização em níveis preocupantes, com 14,6% relatando assédio sexual em 2019 e 6,3% exposição a relações sexuais forçadas. Desafios relacionados à consistência no uso de preservativos, violência sexual e a implementação integrada e regionalizada das ações do PSE persistem. As análises dos Planos Plurianuais (PPA) revelaram desafios na execução do PSE, como falta de recursos em áreas de maior vulnerabilidade, insuficiência de ações integradas entre educação e saúde, e resistência cultural à educação sexual. Relatórios indicaram aumento na adesão ao PSE, com 97,3% dos municípios brasileiros participantes, mas mostraram lacunas significativas, como 14 milhões de estudantes ainda fora do programa em 2022. Apesar de avanços, as metas de redução de gravidez precoce e ampliação do uso de preservativos não foram plenamente alcançadas. Conclui-se que as políticas públicas, como o PSE, promoveram avanços importantes na saúde dos adolescentes em Fortaleza, especialmente na redução de comportamentos relativos à saúde sexual e violência e iniciação sexual precoce. Estratégias mais adaptadas às realidades locais e maior articulação intersetorial são essenciais para consolidar os impactos positivos dessas políticas.

PALAVRAS CHAVES: Saúde escolar. Comportamentos de risco. Violência. Políticas públicas.

ABSTRACT

This study evaluates the evolution of health indicators and risk behaviors associated with sexual health and violence among school adolescents in Fortaleza, focusing on the impact of public policies such as the School Health Program (PSE) and data from the National Survey of School Health (PeNSE). The context reveals challenges related to early sexual initiation, teenage pregnancy, violence, and mental health, in a scenario marked by socioeconomic inequalities and vulnerabilities. Specifically, the study aimed to compare regional and national indicators, analyze temporal trends, investigate thematic correlations, and assess the effects of PSE actions documented in Multi-Year Plans (PPAs). This is a documentary and qualitative-quantitative research conducted between 2009 and 2019. The methodology involved three stages: (1) data collection from PPA reports (2014–2025) and editions of PeNSE (2009, 2012, 2015, 2019); (2) descriptive and comparative analysis of health indicators, with an emphasis on temporal trends and thematic correlations; and (3) cross-referencing PPA and PeNSE data to evaluate the impact of planned actions. The sample consisted of data from 9th-grade students in public and private schools in Fortaleza, organized longitudinally. Analyses were performed using statistical tools, such as logistic regression, and qualitative methods, including thematic content analysis. Ethical aspects adhered to CNS Resolution No. 510/2016, ensuring anonymity and the use of public data. The results indicated progress in some indicators, such as the reduction in early sexual initiation, which declined from 33.1% (2009) to 27.9% (2019), and physical fights, which decreased from 23.8% (2015) to 12.7% (2019). The teenage pregnancy rate stabilized at around 7.4% (2019), while condom use showed a concerning decline, from 66.1% (2009) to 59.7% (2019). An increase was noted in the use of emergency contraception, from 25.4% (2012) to 45.5% (2019). However, sexual violence indicators showed stabilization at worrying levels, with 14.6% reporting sexual harassment in 2019 and 6.3% reporting exposure to forced sexual relations. The analysis of the Multi-Year Plans (PPAs) revealed challenges in the implementation of the PSE, such as a lack of resources in highly vulnerable areas, insufficient integration of education and health actions, and cultural resistance to sexual education. Reports indicated increased adherence to the PSE, with 97.3% of Brazilian municipalities participating, but highlighted significant gaps, such as 14 million students still outside the program in 2022. Despite progress, goals for reducing early pregnancy and increasing condom use were not fully achieved. It is concluded that public policies, such as the PSE, have promoted significant advancements in adolescent health in Fortaleza, particularly in reducing violent behaviors and early sexual initiation. However, the overall objective has been partially achieved, as challenges persist regarding consistent condom use, sexual violence, and the integrated and regionalized implementation of PSE actions. Strategies more adapted to local realities and greater intersectoral coordination are essential to consolidate the positive impacts of these policies.

KEYWORDS: School health. Risk behaviors. Violence. Public policies.

RESUMEN

El estudio evalúa la evolución de los indicadores de salud y los comportamientos de riesgo relacionados con la salud y violencia entre adolescentes escolares en Fortaleza, centrándose en el impacto de políticas públicas como el Programa Salud en la Escuela (PSE) y los datos de la Encuesta Nacional de Salud Escolar (PeNSE). El contexto revela desafíos relacionados con la iniciación sexual temprana, el embarazo en la adolescencia, la violencia y la salud mental, en un escenario marcado por desigualdades socioeconómicas y vulnerabilidades. Específicamente, el objetivo fue comparar indicadores regionales y nacionales, analizar tendencias temporales, investigar correlaciones temáticas y evaluar los efectos de las acciones del PSE documentadas en los Planes Plurianuales (PPA). Se trata de una investigación documental y cuali-cuantitativa, realizada entre 2009 y 2019. La metodología incluyó tres etapas: (1) recopilación de datos de los informes del PPA (2014–2025) y las ediciones de PeNSE (2009, 2012, 2015, 2019); (2) análisis descriptivo y comparativo de los indicadores de salud, con énfasis en tendencias temporales y correlaciones temáticas; y (3) cruce de datos del PPA y PeNSE para evaluar el impacto de las acciones planificadas. La muestra consistió en datos de estudiantes de 9.º grado de escuelas públicas y privadas en Fortaleza, organizados de manera longitudinal. Los análisis se realizaron utilizando herramientas estadísticas, como regresión logística, y métodos cualitativos, como análisis de contenido temático. Los aspectos éticos siguieron la Resolución CNS N.º 510/2016, asegurando el anonimato y el uso de datos públicos. Los resultados indicaron avances en algunos indicadores, como la reducción de la iniciación sexual temprana, que disminuyó del 33,1 % (2009) al 27,9 % (2019), y de las peleas físicas, que se redujeron del 23,8 % (2015) al 12,7 % (2019). La tasa de embarazo en la adolescencia se estabilizó en torno al 7,4 % (2019), mientras que el uso de preservativos mostró una preocupante disminución, del 66,1 % (2009) al 59,7 % (2019). Se observó un aumento en el uso de la píldora del día siguiente, del 25,4 % (2012) al 45,5 % (2019). Sin embargo, los indicadores de violencia sexual mostraron una estabilización en niveles preocupantes, con un 14,6 % informando acoso sexual en 2019 y un 6,3 % reportando exposición a relaciones sexuales forzadas. El análisis de los Planes Plurianuales (PPA) reveló desafíos en la implementación del PSE, como la falta de recursos en áreas de mayor vulnerabilidad, la insuficiencia de acciones integradas entre educación y salud, y la resistencia cultural a la educación sexual. Los informes indicaron un aumento en la adhesión al PSE, con el 97,3 % de los municipios brasileños participando, pero destacaron brechas significativas, como 14 millones de estudiantes que aún estaban fuera del programa en 2022. A pesar de los avances, los objetivos de reducir el embarazo temprano y aumentar el uso de preservativos no se lograron plenamente. Se concluye que las políticas públicas, como el PSE, han promovido avances significativos en la salud de los adolescentes en Fortaleza, particularmente en la reducción de comportamientos violentos y la iniciación sexual temprana. Sin embargo, el objetivo general se ha alcanzado solo parcialmente, ya que persisten desafíos relacionados con el uso consistente de preservativos, la violencia sexual y la implementación integrada y regionalizada de las acciones del PSE. Estrategias más adaptadas a las realidades locales y una mayor articulación intersectorial son esenciales para consolidar los impactos positivos de estas políticas.

PALABRAS CLAVE: Salud escolar. Comportamientos de riesgo. Violencia. Políticas públicas.

LISTA DE SIGLAS

BNCC - Base Nacional Comum Curricular
CIESE - Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
CSF - Centro de Saúde da Família
DCRFOR - Documento Curricular Referencial de Fortaleza
DCRC - Documento Curricular Referencial do Ceará
DEPROS - Departamento de Promoção da Saúde
ESF - Equipe de Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOA - Lei Orçamentária Anual
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
OSC - Organizações da Sociedade Civil
PAIC - Programa de Alfabetização na Idade Certa
PENSA - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAISAJ - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem
PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar
PPA - Plano Plurianual
PPP - Projeto Político Pedagógico
PSE - Programa Saúde na Escola
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SPE - Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS - Sistema Único de Saúde
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF - Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução das adesões ao PSE.....	59
Figura 2 - Número de municípios, escolas e estudantes aderidos ao PSE.	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Área de ensino e competências relativas à saúde a serem desenvolvidas junto aos educandos.....	36
Quadro 2 - Principais indicadores monitorados pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil.	68
Quadro 3 - Avanços e limites na integração saúde-educação de acordo com PPA de Fortaleza de 2014 a 2025.	112
Quadro 4 - Comparativo resumindo ações de fortalecimento e pontos de fragilidade em relação a Educação em Saúde e Prevenção; Estrutura do NASF para Apoio ao PSE; e Vinculação entre Escolas, CSPs e ESF, de acordo com PPA de Fortaleza de 2014 a 2025.	117
Quadro 5 - Comparativo resumindo os principais indicadores e avanços na integração entre saúde e educação ao longo dos períodos analisados, de acordo com os relatórios de execução do PPA de Fortaleza de 2010 a 2025.	123
Quadro 6 - Comparativo resultados dos principais componentes do Programa Saúde na Escola (PSE) ao longo dos anos analisados, de acordo com PPA de Fortaleza de 2014 a 2025.....	126
Quadro 7 - Comparativo principais avanços e desafios do Programa Saúde na Escola (PSE) ao longo dos anos analisados, de acordo com PPA de Fortaleza de 2014 a 2025.	130

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores de comportamentos violentos, oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, de adolescentes escolares de Fortaleza, Ceará, Nordeste e Brasil (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.	83
Tabela 2 - Indicadores de comportamento violento e exposição à violência, oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, de adolescentes escolares de Fortaleza, Ceará, Nordeste e Brasil (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.	87
Tabela 3 - Indicadores de saúde mental e acesso a serviços, oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, de adolescentes escolares de Fortaleza, Ceará, Nordeste e Brasil (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.	90
Tabela 4 - Indicadores de ambiente escolar e políticas educativas os, oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, de adolescentes escolares de Fortaleza, Ceará, Nordeste e Brasil (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.	93
Tabela 5 - Indicadores de Indicadores das áreas temáticas: 1. Comportamentos violentos, 2. Comportamento Violento e Exposição à Violência, 3. Saúde Mental e Acesso a Serviços, 4. Ambiente Escolar e Políticas Educativas, oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, de adolescentes escolares de Fortaleza por sexo (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.....	98
Tabela 6 - Indicadores de Indicadores das áreas temáticas: 1. Comportamentos violentos, 2. Comportamento Violento e Exposição à Violência, 3. Saúde Mental e Acesso a Serviços, 4. Ambiente Escolar e Políticas Educativas, oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, de adolescentes escolares de Fortaleza por sexo (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.....	103
Tabela 7 - Matriz de correlação entre indicadores de comportamentos e vivências de adolescentes escolares de fortaleza por sexo, a partir de dados oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.....	108
Tabela 8 - Matriz de correlação entre indicadores de comportamentos e vivências de adolescentes escolares de fortaleza por sexo, a partir de dados oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar (2009-2019), com controle de análise pelo indicador "Recebeu orientação sobre DST/AIDS". Fortaleza/Ce, 2024.....	110

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
2. JUSTIFICATIVA.....	26
3. CONCEITOS FUNDAMENTAIS SOBRE COMPORTAMENTOS SEXUAIS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA	31
4. LEIS E NORMAS QUE EMBASAM A EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA.....	34
5. INDICADORES DE COMPORTAMENTOS RELATIVOS À SAÚDE SEXUAL E VIOLÊNCIA DE ADOLESCENTES	39
5.1. Taxa de Gravidez na Adolescência.....	39
5.2. Uso de Métodos Contraceptivos entre Adolescentes	40
5.3. Incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) entre adolescentes.....	41
5.4. Comparação dos indicadores de saúde sexual dos adolescentes antes e após a implementação de programas educacionais.....	42
6. ESCOLAS PROMOTORAS DA SAÚDE ESCOLAR.....	43
6.1. Política de saúde escolar no Brasil e Programa Saúde na Escola- PSE.....	45
6.2. Evolução da saúde escolar	46
6.3. Programa Nacional de Saúde do Escolar, Projetos e Campanhas: início da intersetorialidade.....	48
6.3.1. <i>Escolas Promotoras de Saúde</i>	<i>50</i>
6.3.2. <i>Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas - SPE.</i>	<i>52</i>
6.3.3. <i>Programa Saúde na Escola – PSE</i>	<i>54</i>
6.3.3.1. <i>O desafio da intersetorialidade</i>	<i>60</i>
7. PLANO PLURIANUAL E PESQUISA DE SAÚDE ESCOLAR: FERRAMENTAS ÚTEIS PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DO PSE?.....	65
7.1. PPA: uma ferramenta para o monitoramento das ações do PSE?.....	66
7.2. PENSE para o Monitoramento de Atividades Educativas e preventivas.	67
8. OBJETIVOS	72
8.1. Geral.....	72
8.2. Específicos.....	72
9. MATERIAIS E MÉTODOS	73
9.1. Tipo de Estudo.....	73
9.2. Fonte de Dados	73
9.2.1. <i>PPA DE Fortaleza e Relatórios de Acompanhamento</i>	<i>74</i>
9.2.2. <i>Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)</i>	<i>74</i>
9.3. Procedimentos de Coleta de Dados	74

9.3.1.	<i>Coleta de Dados dos Relatórios do Plano Plurianual (PPA).....</i>	74
9.3.2.	<i>Coleta de Dados da PeNSE.....</i>	75
9.4.	Procedimentos de Análise de Dados.....	77
9.5.	Aspectos Éticos	80
10.	RESULTADOS DA EVOLUÇÃO TEMPORAL DOS INDICADORES DE COMPORTAMENTOS SEXUAL	81
10.1.	Iniciação Sexual Precoce (<13 anos).....	81
10.2.	Uso de Preservativo na Última Relação Sexual	81
10.3.	Uso da Pílula do Dia Seguinte	82
10.4.	Gravidez na Adolescência	82
11.	RESULTADOS DA EVOLUÇÃO TEMPORAL DOS INDICADORES DE COMPORTAMENTO VIOLENTO E EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA.....	85
11.1.	Envolvimento em Brigas Físicas	85
11.2.	Brigas com Armas	85
11.3.	Violência Sexual (Assédio).....	86
11.4.	Relação Sexual Forçada.....	86
12.	RESULTADOS DA EVOLUÇÃO TEMPORAL DOS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL E ACESSO A SERVIÇOS.....	89
12.1.	Sentimento de Solidão.....	89
12.2.	Perda de Sono Devido à Ansiedade.....	89
12.3.	Procura por Serviços de Saúde	89
12.4.	Motivo da Procura por Serviços	90
13.	RESULTADOS DA EVOLUÇÃO TEMPORAL DOS INDICADORES DE AMBIENTE ESCOLAR E POLÍTICAS EDUCATIVAS.....	92
13.1.	Existência de Regras de Conduta.....	92
13.2.	Políticas de Prevenção ao Tabagismo	92
13.3.	Ações Educativas sobre Saúde Sexual	92
13.4.	Disponibilidade de Estruturas Esportivas	93
14.	RESULTADOS COMPARATIVOS DOS INDICADORES DAS ÁREAS TEMÁTICAS, POR SEXO ENTRE ESCOLARES DE FORTALEZA/CE.....	96
14.1.	Comportamentos violentos	96
14.2.	Comportamento Violento e Exposição à Violência.....	96
14.3.	Saúde Mental e Acesso a Serviços	97
14.4.	Ambiente Escolar e Políticas Educativas	97
15.	RESULTADOS COMPARATIVOS DOS INDICADORES DAS ÁREAS TEMÁTICAS, POR TIPO DE ESCOLA E ANO.	101
15.1.	Comportamentos violentos	101
15.2.	Comportamento Violento e Exposição à Violência.....	101

15.3.	Saúde Mental e Acesso a Serviços	101
15.4.	Ambiente Escolar e Políticas Educativas	102
16.	RESULTADOS DA CORRELAÇÃO ENTRE OS INDICADORES DE COMPORTAMENTOS VIOLENTOS.....	106
17.	RESULTADOS SOBRE OS PLANOS PLURIANUAIS (PPA) DE FORTALEZA, COM FOCO NO PSE (2014-2025)	112
17.1.	Ações de fortalecimento	118
17.2.	Pontos de fragilidade.....	119
17.3.	Impactos no Alcance das Metas	119
17.4.	Deficiência nas Ações de Educação em Saúde e Prevenção	120
17.5.	Insuficiência nas Ações e Estrutura do NASF para Apoio ao PSE	121
17.6.	Distribuição e Vinculação das Escolas, CSFs e Equipes ESF	121
18.	RESULTADOS SOBRE OS RELATÓRIOS DOS PLANOS PLURIANUAIS (PPA) DE FORTALEZA COM FOCO NO PSE	123
18.1.	Integração Saúde-Educação	124
18.2.	Ações de Saúde e Bem-Estar no Ambiente Escolar	124
18.3.	Distribuição dos Recursos e Atendimento	126
18.4.	Capacitação e Educação para Multiplicação do Conhecimento:	127
18.5.	Estrutura e Ações Realizadas no PSE.....	128
18.6.	Impacto Quantitativo das Ações do PSE.....	128
18.7.	Avanços e desafios para a sustentabilidade das ações	129
<i>18.7.1.</i>	<i>Avanços na Estruturação e Alcance do Programa.....</i>	<i>130</i>
<i>18.7.2.</i>	<i>Desafios para a Sustentabilidade e Universalização</i>	<i>131</i>
<i>18.7.3.</i>	<i>Perspectivas e Soluções para o Futuro</i>	<i>131</i>
<i>18.7.3.1.</i>	<i>PSE e a Base Nacional Comum Curricular</i>	<i>132</i>
<i>18.7.3.2.</i>	<i>PSE e o Documento Curricular Referencial de Fortaleza</i>	<i>133</i>
<i>18.7.3.2.1.</i>	<i>Integração Curricular e Carga Horária</i>	<i>134</i>
<i>18.7.3.2.2.</i>	<i>Infraestrutura Escolar e integração intersetorial</i>	<i>135</i>
<i>18.7.3.2.3.</i>	<i>Mobilização Comunitária</i>	<i>135</i>
19.	DISCUSSÃO	137
20.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
21.	RECOMENDAÇÕES	143
	REFERÊNCIAS	145
	ANEXOS	154
	ANEXO A - DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007.	155

1. INTRODUÇÃO

Constituindo o período de transição entre a infância e a idade adulta, a adolescência é uma fase crucial no desenvolvimento humano, caracterizando-se por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais e marcada por descobertas, pela busca de independência e formação da identidade sexual (Eisenstein, 2005; Cornellà I Canals, 2010; Moreira *et al.*, 2011). A adolescência, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o período ente 11 e 19 anos, é a fase em que os jovens começam a explorar sua sexualidade, muitas vezes sem suporte e a orientação adequados, o que os expõe a comportamentos de risco, tais como a gravidez, vulnerabilidade ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Costa *et al.*, 2013).

Portanto, a adolescência oferece uma oportunidade privilegiada para realizar ações educativas que esclareçam sobre as transformações físicas e a complexidade das relações sociais (Eisenstein, 2005; Moreira *et al.*, 2011), visando reduzir as vulnerabilidades e os riscos associados à sexualidade prazo (Diclemente *et al.*, 2007). No Brasil, a promoção da comportamentos relativos à saúde sexual e violência entre adolescentes, incluindo a prevenção de ISTs e HIV, continua a ser um desafio significativo para a saúde pública, necessitando de políticas e programas eficazes para educar e proteger esse segmento populacional (Neves and Romero, 2017).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) mostram que a iniciação sexual precoce sofreu um aumento, com 24,3% dos adolescentes de 13 a 15 anos e 55,8% daqueles de 16 a 17 anos já tendo mantido relações sexuais (Malta, Souza, *et al.*, 2010). Esse quadro evidencia a necessidade da implantação e implementação da educação em comportamentos relativos à saúde sexual e violência e prevenção das ISTs/HIV nas escolas, conforme estipulado pelo Programa Saúde na escola (PSE), que atualmente está pactuado e implantado em 97,3% dos municípios brasileiros (Dias *et al.*, 2020) (Secretaria de Atenção Primária da Saúde do Ministério da Saúde – Brasil). Esse panorama nacional reflete diretamente nos desafios enfrentados em cidades como Fortaleza, que possuem realidades regionais e sociais específicas.

A importância de focar em intervenções precoces para adolescentes é justificada pelo fato de que tais ações podem reduzir significativamente a incidência de ISTs e HIV,

além de promover comportamentos saudáveis que perduram por toda a vida adulta, com impacto positivo na saúde pública a longo prazo (Diclemente *et al.*, 2007). A crença na escola como espaço propício para o desenvolvimento de atividades de prevenção de infecções/ doenças surge na Alemanha, no final do século XVIII, dentro de uma visão higienista (Figueiredo *et al.*, 2010). Ao longo dos séculos essa percepção irradiou-se paulatinamente para diversos países e a visão higienista foi substituída pela compreensão da escola como um local ideal para promoção da saúde e para prevenção de doenças (Brasil, 2007).

A partir do início do século XX, são observadas, no Brasil, diversas tentativas de se utilizar os espaços e currículos escolares para implantação e implementação de ações de educação e de promoção da comportamentos violentos, as quais foram severamente impedidas (Bueno and Ribeiro, 2018). É nesse contexto que se insere o Programa Saúde na Escola (PSE), uma iniciativa intersetorial estabelecida entre os Ministério da Saúde e o da Educação em 2007, para promover a saúde dos estudantes da rede pública de ensino em todo o país. Entre seus principais objetivos, está a promoção da comportamentos violentos, com foco na prevenção de ISTs, HIV e gravidez na adolescência por meio de ações educativas (Paiva *et al.*, 2006).

É importante lembrar que o tema da educação sexual já estava presente no Brasil, em alguma medida, desde o período colonial e que, ao longo dos séculos, seus enfoques e seus objetivos foram evoluindo, conforme a moral sexual admitida socialmente ia sendo modificada, os conhecimentos sobre sexualidade se expandiam (Bueno and Ribeiro, 2018) e mudanças nas esferas social e econômica iam ocorrendo (Carvalho *et al.*, 2017). Contudo, esse tema sempre foi controverso no Brasil, com influência marcante da Igreja Católica e, posteriormente, também das igrejas evangélicas, que interferiram no currículo escolar. Apesar da ingerência das igrejas, o debate sobre como a sexualidade deve ser abordada nas escolas evoluiu bastante a partir da segunda metade do século XX , resultando em um entendimento mais amplo e inclusivo, que leva em conta as dimensões biológica, sociocultural e psicológica da sexualidade (Bartasevicius and De Campos Miranda, 2019; Silva *et al.*, 2021).

Entretanto, para que ações, programas e políticas sejam públicas sejam executadas, é necessário não somente seu planejamento, mas sobretudo a previsão de orçamento ara sua execução. Assim, para a proposição, financiamento e o monitoramento da execução de políticas públicas há o Plano Plurianual (PPA), considerado um

instrumento fundamental de planejamento orçamentário de médio prazo no Brasil. Instituído pela Constituição Federal de 1988, no artigo 165, o PPA tem como função estabelecer diretrizes, objetivos e metas para a administração pública ao longo de quatro anos, abrangendo tanto despesas de capital quanto programas de duração continuada. Sua vigência inicia-se no segundo ano de mandato presidencial e termina no primeiro ano do mandato seguinte, assegurando continuidade às políticas públicas (Do Brasil, 1988).

Assim, a institucionalização do PPA visou fortalecer a gestão pública, garantindo maior eficiência e perenidade das políticas governamentais (Santos, 2024). O PPA marcou a transição para um modelo de gestão voltado ao longo prazo, alinhado às necessidades do Estado democrático de direito. Entre os principais objetivos do PPA estão o desenvolvimento econômico e social, a redução das desigualdades regionais, a sustentabilidade ambiental e a melhoria da qualidade dos serviços públicos. Para alcançar esses objetivos, o PPA define metas específicas e mensuráveis que são monitoradas periodicamente, contribuindo para a transparência e a efetividade da administração pública (PÚBLICA, 2024). Além disso, ele oferece uma estrutura para medir resultados e redirecionar estratégias quando necessário.

O PPA também exerce um papel orientador para a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), assegurando que os recursos financeiros sejam alocados de acordo com as prioridades estabelecidas. Dessa forma, ele serve como uma ferramenta para promover a continuidade administrativa e o uso racional dos recursos públicos, garantindo que os investimentos estejam alinhados com as metas do governo (Brasil, 2024a).

No caso da saúde dos escolares, foi oficializado o PSE (Programa Saúde na Escola), através da publicação do Decreto Presidencial nº 6.286 de 4 de dezembro de 2007, consolidamos a criação da Política da Saúde Escolar no Brasil, instituída no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde e articulada pelo Departamento de Promoção da Saúde, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DEPROS/SAPS), com o apoio da Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO (Dias *et al.*, 2020).

O programa surgiu da necessidade de enfrentar problemas de saúde recorrentes na população jovem, como a obesidade, o uso de drogas, a violência e a gravidez na adolescência, com uma abordagem que considera a escola um espaço privilegiado para a

promoção de saúde (Madina, 1998). O PSE objetiva, através de uma gestão intersetorial e interdisciplinar, desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, bem como atenção à saúde dos estudantes da rede pública de educação básica e, ainda, contribuir para a formação integral dos estudantes, devendo ser inserido no Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas.

Complementando o marco legal e operacional do PSE, foi publicada a Portaria Interministerial MS/ME nº 675, de 04 de junho de 2008, que criou a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola- CIESE, cujo objetivo é estabelecer as diretrizes da Política de Educação e Saúde na Escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e em sintonia com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS. Neste sentido, o papel da escola ultrapassa a instrução acadêmica. Ela é essencial na formação de valores, hábitos e atitudes nos educandos (Dias *et al.*, 2020).

Tendo em vista as finalidades da educação, de propiciar o pleno desenvolvimento da pessoa/educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho, definidas pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 9394/96 de Diretrizes e Base da Educação Nacional (LBD), a escola, no cumprimento de sua função educadora e instrucional, muito pode contribuir com o conhecimentos que possam subsidiar a vida social do cidadão, inclusive promovendo educação em sexualidade (BRASIL, M., 2006). Nesse sentido, pode e deve contribuir na prevenção da iniciação sexual e gravidez precoces, prevenção à Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), conscientização sobre direitos sexuais e reprodutivos, principalmente considerando-se o momento atual, em que o Brasil registra um aumento significativo na incidência de ISTs entre adolescentes e jovens (Brasil and SaúDe, 2024).

A escola pode contribuir na abordagem das temáticas acima referidas implantando e implementados em sua grade curricular, de forma transversal e em parceria com o serviço público de saúde, a política de educação em comportamentos relativos à saúde sexual e violência e prevenção das IST/HIV, promovendo no ambiente escolar a formação de uma consciência voltada para o autocuidado e o exercício consciente dos direitos sexuais e reprodutivos, como está previsto na Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional - LDB (Brasil, 1996), nos Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN (Fundamental, 2000) e nas ações do PSE (Brasil, 2023b).

Desde sua oficialização o PSE vem sendo paulatinamente implementado em todo o território nacional. Contudo, esse processo enfrenta desafios significativos, especialmente no Ceará, onde as dificuldades no processo de intersetorialização, a falta de capacitação dos profissionais e a resistência das comunidades escolares às atividades preventivas dificultam a eficácia do programa (Dias *et al.*, 2020). Essas dificuldades são amplificadas pelas disparidades socioeconômicas e culturais que variam entre as diferentes regiões do Brasil, influenciando a eficácia das políticas públicas (Costa *et al.*, 2013).

Portanto, o Plano Plurianual (PPA) e as edições da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) são ferramentas importantes para o acompanhamento e avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no Brasil. Essas plataformas fornecem dados valiosos que permitem monitorar o desempenho do programa, identificar desafios e orientar políticas públicas, possibilitando que as ações a serem desenvolvidas estejam vinculadas às demandas de educação em saúde sexual apresentadas pelos estudantes.

O objeto deste estudo é a análise dos planos plurianuais, dos indicadores de saúde, comportamentos de risco entre adolescentes escolares de Fortaleza, com foco nas diferenças entre redes de ensino, gênero, contexto regional e comparações com médias estaduais, regionais e nacionais. As perguntas que guiam este estudo visam comprovar a suposição de que as políticas públicas promovidas pelo PSE e PPA têm impactado positivamente a comportamentos relativos à saúde sexual e violência dos estudantes de Fortaleza e são cinco, a saber:

- 1- Quais são os reflexos dos dados do PPA e da PeNSE na saúde sexual e comportamentos de risco entre estudantes da rede pública de Fortaleza desde 2009?
- 2- Quais são as principais diferenças e semelhanças nos resultados observados nos relatórios do PPA e nos dados da PeNSE em relação à comportamentos relativos à saúde sexual e violência dos estudantes?
- 3- Quais tendências emergem ao longo do tempo na análise comparativa dos dados dos relatórios do PPA e da PeNSE em Fortaleza?

- 4- Como as políticas públicas e metas estabelecidas pelo PPA e o PSE influenciaram os resultados observados nos indicadores de comportamentos relativos à saúde sexual e violência da PeNSE?
- 5- Quais desafios foram identificados na execução do PSE, conforme refletido nos relatórios do PPA, e como esses desafios impactam os resultados dos indicadores de saúde sexual e comportamentos de risco dos estudantes na PeNSE?

A hipótese deste estudo é que os dados dos relatórios do PPA e da PeNSE desde 2009 indicam uma melhora gradual nos indicadores de comportamentos relativos à saúde sexual e violência entre os estudantes da rede pública municipal de ensino de Fortaleza, refletindo o impacto positivo das metas e ações do PSE e das políticas públicas de saúde escolar planejadas e implementadas na cidade.

Portanto, essa investigação fundamenta-se na análise longitudinal dos dados para observar tendências e mudanças nos comportamentos e condições de saúde dos adolescentes ao longo do tempo, além de investigar o impacto das políticas públicas, como o Programa Saúde na Escola (PSE), e o Plano Plurianual (PPA) de Fortaleza, focando nas ações para promoção da saúde e redução de comportamentos de risco no ambiente escolar.

Esperamos contribuir para reforçar a função social da escola no que diz respeito ao atendimento à demanda dos adolescentes e jovens escolares quanto a conhecimentos sobre sexualidade humana nos seus aspectos biológicos, socioculturais e psicológicos; comportamento sexual seguro e direitos sexuais e reprodutivos.

2. JUSTIFICATIVA

Minha aproximação com o tema da pesquisa sobre saúde e educação é fruto de uma trajetória marcada por experiências acadêmicas e profissionais que despertaram, em mim, um interesse profundo pelas dinâmicas da educação em saúde. Desde os anos iniciais da minha formação em Pedagogia pela Universidade de Fortaleza, percebi que a educação transcende o ensino de conteúdo, ocupando um papel crucial na formação integral do indivíduo. Esse entendimento se consolidou ao longo dos anos, especialmente em minha atuação como orientador educacional na Escola Municipal Paulo Sarasate, onde passei a lidar diretamente com os desafios enfrentados por adolescentes em situações de vulnerabilidade social e econômica.

Minha inquietação com os temas de saúde pública e educação foi intensificada durante minha especialização em Dinâmicas Grupais e Saúde da Família. Nessas formações, aprofundei meu conhecimento sobre o impacto das condições de vida na saúde das populações e sobre como a educação pode ser uma ferramenta poderosa de transformação. Tive a oportunidade de elaborar projetos focados na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e na promoção do autocuidado, o que me permitiu perceber as conexões profundas entre educação e saúde. Essa perspectiva se tornou uma constante na minha prática, especialmente ao observar como a saúde dos estudantes afeta diretamente sua capacidade de aprendizado e desenvolvimento.

Ao ingressar no Mestrado em Saúde Pública na Universidade Federal do Ceará, vi uma oportunidade de ampliar minha compreensão teórica e prática sobre a intersectorialidade entre saúde e educação. Esse percurso acadêmico tem sido enriquecedor não apenas pelo aprofundamento em conceitos fundamentais, mas também pela possibilidade de investigar questões práticas enfrentadas pelas escolas públicas, como a implementação do Programa Saúde na Escola (PSE). A integração das ações do PSE às necessidades locais, especialmente em contextos como o de Fortaleza, onde os índices de vulnerabilidade social são elevados, despertou meu interesse em analisar a eficácia das iniciativas voltadas à comportamentos relativos à saúde sexual e violência no ambiente escolar.

Além disso, minha participação em projetos como o “Florescer”, voltado para a saúde menstrual, e o “Vida e Cor”, que aborda o combate ao preconceito racial, reforçou

minha percepção sobre a necessidade de considerar as especificidades culturais e sociais das comunidades escolares. Essas experiências me proporcionaram um contato direto com adolescentes e suas famílias, revelando os desafios de abordar temas sensíveis e, ao mesmo tempo, a potência transformadora de projetos que aliam educação e saúde. Esse acúmulo de vivências e aprendizados moldou minha perspectiva e me impulsionou a investigar de forma mais aprofundada as políticas públicas que buscam promover a saúde integral dos adolescentes, como o PSE, unindo teoria, prática e o compromisso com a transformação social.

Neste sendo, compreender o componente de saúde escolar no PPA, um dos principais instrumentos de planejamento da administração pública no Brasil com o objetivo de assegurar a continuidade e a eficiência das políticas públicas, abrangendo despesas de capital e programas de duração continuada, garantindo que as prioridades estabelecidas transcendem mudanças de governo (Do Brasil, 1988), possibilitará visualizar como a gestão pública de Fortaleza tem operado com vistas a promover a eficiência na alocação de recursos para a saúde do escolar através do PSE.

A relevância do PPA é ainda mais destacada quando se considera a realidade socioeconômica de Fortaleza, uma das capitais brasileiras com maior contingente de adolescentes em situação de pobreza. Dados do IBGE apontam que grande parte dessa população enfrenta dificuldades significativas para acessar serviços básicos, incluindo saúde e educação. Essa vulnerabilidade é agravada por contextos de violência, desigualdade social e altas taxas de evasão escolar. Muitos jovens são forçados a ingressar no mercado de trabalho informal para complementar a renda familiar, o que compromete sua formação educacional e limita suas perspectivas de futuro. Assim, o PPA desempenha um papel crucial no planejamento e execução de políticas públicas que possam mitigar essas condições adversas ((Ibge), 2021).

Ao analisar o contexto mais amplo do Nordeste brasileiro, percebe-se que a situação de Fortaleza reflete características regionais de desigualdade estrutural. O Ceará, assim como outros estados da região, apresenta indicadores significativos de pobreza e exclusão social. A população do estado enfrenta dificuldades de acesso a serviços essenciais de saúde e educação, o que torna desafiadora a tarefa do poder público de criar políticas inclusivas e eficazes. Contudo, o Ceará tem se destacado por implementar políticas educacionais inovadoras que servem de referência nacional. O Programa de Alfabetização na Idade Certa (PAIC), por exemplo, foi premiado internacionalmente por

sua contribuição à alfabetização infantil e à redução da evasão escolar ((Ipea), 2019; Unicef, 2021). Esses avanços demonstram que políticas bem planejadas e executadas podem reverter quadros de vulnerabilidade social.

Assim, compreendemos que o PSE se estabelece como uma política pública de grande relevância, pois articula os setores de saúde e educação para promover o bem-estar integral de crianças e adolescentes. Suas ações incluem a promoção da comportamentos violentos, um tema essencial, considerando os riscos enfrentados por jovens em idade escolar. Estudos mostram que a adolescência é uma fase marcada por intensas transformações físicas, psicológicas e sociais, o que aumenta a suscetibilidade a comportamentos de risco, como a iniciação sexual precoce e a exposição a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e gravidez precoce. Nesse contexto, o PSE se torna um instrumento valioso para prevenir esses problemas por meio de ações educativas integradas (Santos and Ribeiro, 2020).

Embora o PSE represente um avanço importante na articulação entre saúde e educação, sua implementação enfrenta desafios significativos. A falta de comunicação entre os setores envolvidos, associada à resistência cultural em abordar temas como sexualidade e uso de drogas nas escolas, limita o impacto das ações. Comunidades mais conservadoras, especialmente em regiões como o Nordeste, muitas vezes se opõem à discussão aberta desses temas, o que prejudica a aceitação e a eficácia das intervenções (Bones *et al.*, 2017). Esse panorama ressalta a necessidade de estratégias que considerem as particularidades culturais e regionais das comunidades atendidas.

Além disso, problemas estruturais como a precariedade da infraestrutura em municípios mais pobres e a rotatividade de profissionais de saúde e educação comprometem a continuidade das ações. Muitos professores e agentes de saúde que recebem treinamento para atuar no PSE acabam sendo transferidos para outras localidades, exigindo a capacitação constante de novos profissionais. Essa rotatividade gera descontinuidade nas iniciativas e enfraquece os esforços de promoção da saúde escolar. Para superar esses obstáculos, é fundamental investir em estratégias de longo prazo que garantam a permanência e o desenvolvimento dos profissionais envolvidos (Monteiro *et al.*, 2023).

Um aspecto crucial para monitorar e avaliar a eficácia das políticas públicas é o uso de ferramentas como o PPA e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE).

Enquanto o PPA documenta o planejamento e a execução das ações governamentais, a PeNSE coleta dados diretamente dos estudantes, permitindo uma análise detalhada de indicadores como comportamento sexual, uso de métodos contraceptivos e prevalência de ISTs. A combinação desses instrumentos oferece uma visão abrangente da implementação das políticas, identificando áreas de sucesso e lacunas que precisam ser abordadas ((Ibge), 2021). Entretanto, ainda são escassos os estudos, em especial no que se refere a potencialidade do PPA para avaliar os efeitos indiretos do PSE, com destaque para sua implementação e os efeitos junto a comunidade escolar.

A análise integrada dos dados do PPA e da PeNSE permite avaliar não apenas a execução das ações previstas, mas também os resultados alcançados em termos de mudanças comportamentais e de saúde. Por exemplo, é possível verificar se as intervenções resultaram em maior uso de métodos contraceptivos, redução das taxas de gravidez precoce e ISTs, e aumento da conscientização sobre saúde sexual. Essa abordagem também possibilita identificar fatores contextuais que influenciam a eficácia das ações, como a adesão dos adolescentes e o envolvimento da comunidade escolar.

A adaptação das políticas às especificidades regionais é outro aspecto que merece destaque. Ações padronizadas, que não consideram as diferenças culturais e sociais das populações atendidas, enfrentam maior resistência e têm menor impacto. No caso do Nordeste, onde tabus culturais ainda prevalecem, é essencial desenvolver materiais educativos que dialoguem com a realidade local e promovam maior aceitação das iniciativas (De Fatima Valente and Pereira, 2023). Esse esforço de adaptação cultural pode contribuir para tornar as políticas mais inclusivas e eficazes.

Outro ponto relevante é a necessidade de fortalecer a articulação intersetorial entre saúde e educação, promovendo um planejamento mais integrado e eficiente. Para isso, é imprescindível criar canais de comunicação claros e mecanismos de coordenação que assegurem o alinhamento das ações entre os diferentes setores. Além disso, o envolvimento ativo das comunidades escolares, incluindo alunos, professores e famílias, é fundamental para garantir o sucesso das intervenções.

Por fim, a capacitação contínua dos profissionais envolvidos é uma condição indispensável para o fortalecimento do PSE. Investir em treinamento e desenvolvimento de competências não apenas melhora a qualidade das ações, mas também aumenta a motivação e o compromisso dos agentes responsáveis pela implementação das políticas.

Assim, é possível construir uma rede de profissionais preparados para lidar com os desafios específicos do programa e promover transformações positivas na vida dos adolescentes.

Portanto, o PSE representa uma oportunidade significativa para abordar questões críticas relacionadas à saúde e educação de adolescentes, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidades sociais. Apesar dos desafios, os avanços observados em iniciativas como o PAIC no Ceará demonstram que é possível superar barreiras estruturais e culturais por meio de políticas bem planejadas e adaptadas às necessidades locais. A integração das ferramentas de monitoramento, a adaptação cultural das políticas e o fortalecimento da intersetorialidade são passos essenciais para garantir o sucesso do programa e promover um futuro mais saudável e promissor para os jovens brasileiros.

3. CONCEITOS FUNDAMENTAIS SOBRE COMPORTAMENTOS SEXUAIS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma fase crucial no desenvolvimento humano, caracterizada por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais. Durante este período, os jovens começam a explorar sua sexualidade, muitas vezes sem o suporte e a orientação adequados, o que os expõe a comportamentos de risco, como a gravidez, vulnerabilidade ao HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (Costa *et al.*, 2013). No Brasil, a promoção de comportamentos relativos à saúde sexual e violência entre adolescentes, incluindo a prevenção de ISTs e HIV, continua a ser um desafio significativo para a saúde pública, necessitando de políticas e programas eficazes para educar e proteger este grupo populacional (Neves and Romero, 2017).

A importância de focar em intervenções precoces para adolescentes é justificada pelo fato de que tais ações podem reduzir significativamente a incidência de ISTs e HIV, além de promover comportamentos saudáveis que perduram por toda a vida adulta, com impacto positivo na saúde pública a longo prazo (Diclemente *et al.*, 2007). É nesse contexto que se insere o Programa Saúde na Escola (PSE), uma iniciativa intersetorial estabelecida em 2007 para promover a saúde dos estudantes da rede pública de ensino em todo o país. Entre seus principais objetivos está a promoção de comportamentos violentos, com foco na prevenção de ISTs, HIV e gravidez na adolescência por meio de ações educativas (Paiva *et al.*, 2006).

No entanto, a implementação do PSE enfrenta desafios significativos e a eficácia de suas intervenções varia consideravelmente entre as diferentes regiões do Brasil, refletindo as disparidades socioeconômica e culturais (Costa *et al.*, 2013). No Ceará as limitações incluem as dificuldades no processo de capacitação dos profissionais da saúde e da educação e a resistência dos estudantes e de suas famílias às atividades preventivas (Dias *et al.*, 2020).

O tema da educação em comportamentos relativos à saúde sexual e violência sempre foi controverso no Brasil, com influências marcantes da Igreja Católica e, posteriormente, das Igrejas Evangélicas, que moldaram o currículo escolar. O debate sobre como a sexualidade deve ser abordada nas escolas evoluiu ao longo das décadas, resultando em um entendimento mais amplo e inclusivo, que leva em conta as dimensões

biológica, sociocultural e psicológica da sexualidade (Bartasevicius and De Campos Miranda, 2019).

A comportamentos relativos à saúde sexual e violência para adolescentes é definida pela OMS como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade e reprodução, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades. Essa definição abrange aspectos importantes como o direito ao acesso a informações precisas sobre sexualidade, a possibilidade de escolhas conscientes e informadas sobre o próprio corpo, além do direito ao acesso a serviços de saúde que atendam às necessidades de cada adolescente de forma segura e confidencial (Spinola, 2020).

Para a OMS, garantir a comportamentos relativos à saúde sexual e violência dos adolescentes é essencial para o desenvolvimento saudável e integral, uma vez que essa fase da vida é caracterizada por intensas mudanças biológicas, emocionais e sociais, que influenciam comportamentos e decisões de longo prazo (Campos *et al.*, 2013). No Brasil, as políticas de saúde reprodutiva e sexual para adolescentes estão estruturadas em consonância com as diretrizes da OMS e promovem o desenvolvimento de ações intersectoriais, como o Programa Saúde na Escola (PSE), que visa integrar saúde e educação para promover a prevenção de riscos e o autocuidado.

Essas políticas reconhecem que os adolescentes são um grupo vulnerável e buscam fortalecer seu acesso a informações e serviços que reduzam riscos como a gravidez precoce, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e outros comportamentos de risco associados à falta de educação sexual e de recursos de saúde acessíveis. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem (PNAISAJ) do Ministério da Saúde, por exemplo, destaca a importância de capacitar profissionais de saúde para abordar esses temas com respeito e acolhimento, promovendo um ambiente seguro para o atendimento (Saúde and Educação, 2017). Assegurar a comportamentos relativos à saúde sexual e violência dos adolescentes é, assim, um elemento central das políticas públicas brasileiras e uma prioridade para a promoção da saúde integral dessa população.

A educação em comportamentos relativos à saúde sexual e violência pode proporcionar impacto de curto a longo prazo, tanto no plano individual quanto no coletivo. O acesso aos conteúdos que abordem autoconhecimento corporal, autocuidado, concepção e métodos contraceptivos, IST/HIV, direitos sexuais e reprodutivos, contribui para desenvolver no adolescente a formação de hábitos e comportamentos saudáveis; o

respeito pelo próprio corpo e o de seus parceiros; a vivência saudável da sexualidade, sem medos, culpa, vergonha nem falsas crenças; a capacidade de escolher se e quando deseja ter filhos; o significado e a importância da relação sexual protegida e como proteger-se.

Portanto, a educação em comportamentos relativos à saúde sexual e violência pode, no curto prazo, contribuir para diminuição a ocorrência de IST/HIV e de gravidez na adolescência. A longo prazo ajuda a uma população adulta mais saudável e consciente de seus direitos sexuais e reprodutivos.

4. LEIS E NORMAS QUE EMBASAM A EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA.

Instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial 6.286 de 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) destina-se a operacionalizar direitos previstos em diversas legislações brasileiras, nas áreas da saúde e da educação. “O PSE é uma estratégia de integração da saúde e da educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras” (Saúde and Brasil, 2007), tendo por base a articulação entre escola e atenção primária à saúde, visando promover a saúde e educação integral às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira.

A Constituição Federal prevê como finalidades da educação o pleno desenvolvimento da pessoa, o preparo para o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho (Artigo, 205), também estabelece que compete ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício do direito ao planejamento familiar (Artigo, 226, § 7º); determina, ainda, que “é dever da família, da sociedade e do estado à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade” o direito à saúde e à educação entre outros (Do Brasil, 1988).

A Lei 9.394/96, de Diretrizes e Base da Educação Nacional (LDB) estabeleceu temas a serem trabalhados de forma transversal no currículo escolar, entre eles a saúde e a Orientação Sexual. A inclusão da Orientação Sexual como tema transversal trata-se de “intervenção pedagógica que tem como objetivo transmitir informações e problematizar questões relacionadas a sexualidade enfocando as dimensões sociológicas, psicológica e fisiológica da sexualidade sem a imposição de determinados valores sobre outros. O trabalho de Orientação sexual visa propiciar aos jovens a possibilidade do exercício de sua sexualidade de forma prazerosa; propõe-se três eixos fundamentais para nortear a intervenção do professor: Corpo Humano, Relações de Gênero e Prevenção às IST/Aids (EducaçãoO, 1992).

A Lei Federal 8.069/90, Estatuto da criança e do Adolescente (ECA) “reconhece-os como sujeitos de direito, devendo ser assegurados atendimento ao adolescente (12 anos ou mais) por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Através da implementação do PSE, busca-se estabelecer a intersetorialidade das redes públicas de saúde e de educação, bem como as demais redes sociais, para promoção da saúde e educação integral através das ações do Programa.

A Portaria interministerial nº 796/92, de autoria dos Ministérios da Saúde e da Educação, regulamenta a implantação de projetos educacionais visando a prevenção de HIV/ Aids em todas as escolas brasileiras abordando aspectos de transmissão e prevenção da infecção. A Portaria estabelece que os projetos educativos deverão abranger as redes oficiais e privados em todos os níveis e contar com o apoio dos serviços que compõem o Sistema Único da Saúde (Artigo 2º).

A promulgação da Lei 9.394/96 impôs a necessidade da reformulação e adequação dos currículos da educação básica e superior, de modo que pudessem atender aos princípios e objetivos previstos na LDB para esses níveis de ensino. Em virtude disso, o governo federal publicou, em 1998, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), uma coleção composta por 10 volumes que abordam orientações curriculares para as áreas de conhecimento e para o desenvolvimento dos temas transversais da educação no ensino fundamental, abrangendo do 6º ao 9º ano. Entre esses temas transversais destacam-se, para estudo que estamos realizando, a Orientação Sexual e a Saúde.

Os PCN foram e ainda são muito importantes porque trazem objetivos e metas para a educação básica em nível nacional e, ao mesmo tempo, fornecem aos professores subsídios para a reflexão e discussão da prática pedagógica cotidiana. Esses documentos constituem um marco na educação sexual e reprodutiva e prevenção da IST/HIV pois, após décadas de resistência à inclusão desse tema no currículo escolar, possibilitaram que o assunto fosse ministrado em muitas escolas brasileiras.

A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) foi instituída pela Resolução do Conselho Nacional de Educação- CNE/ CP nº 2, de 02 de dezembro de 2017. Ela estabeleceu o conjunto orgânico e progressivo de aprendizagens essenciais que todos os alunos devem desenvolver ao longo das etapas e modalidades da Educação Básica, com o objetivo de que lhes sejam garantidos direitos de aprendizagem e desenvolvimento, de acordo com o que está no Plano Nacional de Educação (PNE) (Oliveira and Vidal, 2020; Martins *et al.*, 2023). O documento aplica-se exclusivamente à educação escolar, tal como a define o § 1º do Artigo 1º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, Lei nº 9.394/1996) e está orientado pelos princípios éticos, políticos e estéticos que visam à formação humana integral e à construção de uma sociedade justa, democrática e inclusiva, como fundamentado nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica (Brasil, 1996). O quadro abaixo, expõe a divisão por áreas de ensino e as competências relacionadas que precisam ser desenvolvidas pelos educandos.

Quadro 1 - Área de ensino e competências relativas à saúde a serem desenvolvidas junto aos educandos.

COMPETÊNCIA	ÁREA DE ENSINO	AÇÕES
Geral	Educação básica	Conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, compreendendo-se na diversidade humana e reconhecendo suas emoções e as dos outros, com autocrítica e capacidade para lidar com elas.
Específica	Matemática e suas tecnologias para o ensino médio	Propor ou participar de ações para investigar desafios do mundo contemporâneo e tomar decisões éticas e socialmente responsáveis, com base na análise de problemas sociais, como os voltados a situações de saúde, sustentabilidade, das implicações da tecnologia no mundo do trabalho, entre outros, mobilizando e articulando conceitos, procedimentos e linguagens próprios da Matemática.
Específica	Ciências da Natureza e suas tecnologias para o ensino médio	Refletir, criticamente, sobre as relações entre a realização das práticas corporais e os processos de saúde/doença, inclusive no contexto das atividades laborais. Usufruir das práticas corporais de forma autônoma para potencializar o envolvimento em contextos de lazer, ampliar as redes de sociabilidade e a promoção da saúde.
Específica	Ciências da Natureza para o ensino fundamental	Conhecer, apreciar e cuidar de si, do seu corpo e bem-estar, compreendendo-se na diversidade humana, fazendo-se respeitar e respeitando o outro, recorrendo aos conhecimentos das ciências da natureza e às suas tecnologias. Agir pessoal e coletivamente com respeito, autonomia, responsabilidade, flexibilidade, resiliência e determinação, recorrendo aos conhecimentos das ciências da natureza para tomar decisões frente a questões científico-tecnológicas e socioambientais e a respeito da saúde individual e coletiva, com base em princípios éticos, democráticos, sustentáveis e solidários.
Específica	Ensino Religioso para o Ensino Fundamental	Analisar as relações entre as tradições religiosas e os campos da cultura, da política, da economia, da saúde, da ciência, da tecnologia e do meio ambiente.
Específica	Matemática e suas tecnologias para o ensino médio	Propor ou participar de ações para investigar desafios do mundo contemporâneo e tomar decisões éticas e socialmente responsáveis, com base na análise de problemas sociais, como os voltados a situações de saúde, sustentabilidade, das implicações da tecnologia no mundo do trabalho, entre outros, mobilizando e articulando conceitos, procedimentos e linguagens próprios da Matemática.

Fonte: BNCC, 2018.

O Documento Curricular Referencial do Ceará (DCRC) para a Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio é resultado de uma construção coletiva e democrática, elaborado a partir do Regime de Colaboração entre o MEC, o Conselho Nacional de Secretários de Educação (Consed) e a União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (Undime) . Esse referencial apresenta aspectos que norteiam e subsidiam as instituições de educação na elaboração, desenvolvimento e avaliação de suas propostas pedagógicas, com o objetivo de ofertar um atendimento educativo humanizado e de qualidade. O referencial define os conhecimentos essenciais trazidos na BNCC que os estudantes têm direito a aprender, ano a ano, e apresenta as competências que devem ser desenvolvidas e norteadas nas aprendizagens em todas as áreas do conhecimento e seus respectivos Componentes Curriculares (Oliveira and Vidal, 2020; Martins *et al.*, 2023; De Sousa Moura, 2025).

Na parte III do documento, encontramos os Temas Integradores de Abordagem Transversal, dentre eles Relações de Gênero. No documento podemos verificar que a educação sexual está na proposta, portanto possibilita a incorporação da educação sexual nas escolas, tanto de ensino fundamental quanto de ensino médio (Martins *et al.*, 2023).

O Documento Curricular Referencial de Fortaleza (DCRFor): incluir, educar e transformar é um documento referencial curricular que apresenta as diretrizes curriculares da rede municipal de ensino de Fortaleza. O documento está subdividido em vários fascículos, tendo como finalidade estabelecer os preceitos normativos, teóricos e metodológicos, bem como os princípios estruturantes que orientam a construção dos currículos e norteiam o trabalho pedagógico a ser desenvolvido (Oliveira and Vidal, 2020; Martins *et al.*, 2023; De Sousa Moura, 2025).

O referido documento é fruto da exigência de atualizações dos Currículos estaduais e municipais apresentadas pela Base Nacional Curricular Comum (BNCC), tendo como documento de referência o Documento Curricular referencial do Ceará (DCRC)

O DCRFor é composto por nove volumes que apresentam as diretrizes orientadoras do planejamento curricular das escolas-organização, articulação entre conhecimentos, proposições e desenvolvimento de ações e processos avaliativos, constituintes de proposta pedagógica- considerando, para isso, os contextos diversos nos quais as escolas estão inseridas, de forma a garantir as aprendizagens necessárias para cada etapa e modalidade.

No contexto de nossa pesquisa ressaltamos o volume nº 9, que se refere a cidadania, diversidade e inclusão, que consideramos um avanço no campo da educação sexual atual. Esse fascículo apresenta os temas integradores (transversais) e orienta os profissionais da educação da rede municipal de ensino de Fortaleza quanto à sua aplicação em dimensões inter, multi e transdisciplinar.

O referido fascículo está organizado em temas integradores distribuídos em três grandes eixos. O tema Diversidade de gênero e sexualidade está localizado no primeiro eixo(A).

Gostaríamos de ressaltar que o tema Saúde e promoção da saúde conforme a carta de Ottawa, 1986, também está contemplado nesse documento como tema integrador, onde se recomenda que a atenção à saúde dos estudantes deve abranger todas as vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças adolescentes e jovens, como recomenda o PSE (Organization, 2002; Brasil and República, 2007; Oliveira and Vidal, 2020).

5. INDICADORES DE COMPORTAMENTOS RELATIVOS À SAÚDE SEXUAL E VIOLÊNCIA DE ADOLESCENTES

Os indicadores de comportamentos relativos à saúde sexual e violência dos adolescentes, como a taxa de gravidez precoce, uso de métodos contraceptivos e a incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), são essenciais para avaliar as condições de saúde e o impacto de políticas públicas destinadas a jovens. No Brasil, o PSE utiliza esses indicadores para monitorar e avaliar as ações de promoção de comportamentos relativos à saúde sexual e violência nas escolas públicas. A OMS e a OPAS oferecem recomendações e diretrizes para cada um desses indicadores, promovendo uma abordagem intersetorial para a promoção da saúde adolescente (Langford *et al.*, 2014).

5.1. Taxa de Gravidez na Adolescência

A gravidez precoce representa um risco significativo para a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes, impactando a continuidade escolar, aumentando a pobreza e podendo ocasionar complicações de saúde tanto para a mãe quanto para o bebê. Segundo a OMS, para lidar com a alta taxa de gravidez adolescente, é essencial que os países implementem programas integrados de educação sexual e ofereçam acesso facilitado a métodos contraceptivos (Campos *et al.*, 2013).

A OMS recomenda que os países implementem programas abrangentes de educação sexual que abordem o desenvolvimento saudável, a tomada de decisões informadas e o planejamento familiar para prevenir a gravidez precoce entre adolescentes. Ao mesmo tempo, destaca a importância do respeito aos direitos representativos dos adolescentes e incentiva políticas que promovam a autonomia sobre a própria sexualidade e a conscientização sobre os direitos reprodutivos (Campos *et al.*, 2013; Langford *et al.*, 2014).

A OPAS orienta que sejam criados e tornados acessíveis aos adolescentes serviços de saúde sexual reprodutiva, que ofereçam apoio adequados, com atendimento seguro e confidencial (Gondim *et al.*, 2015).

5.2. Uso de Métodos Contraceptivos entre Adolescentes

Evidências de estudos nacionais e internacionais indicam que programas de educação sexual nas escolas são eficazes para a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e a redução das taxas de gravidez precoce entre adolescentes. No Brasil, uma pesquisa realizada demonstrou que adolescentes que participaram de programas de educação sexual apresentaram maior conhecimento sobre prevenção de ISTs e métodos contraceptivos, além de uma atitude mais responsável em relação ao comportamento sexual (Campos *et al.*, 2013). Esse estudo encontrou uma redução de 20% na incidência de ISTs e uma diminuição significativa nas taxas de gravidez precoce entre adolescentes que tiveram acesso a programas estruturados de educação sexual. Esses resultados reforçam a importância da educação sexual no ambiente escolar, que permite aos adolescentes tomarem decisões informadas e conscientes sobre sua saúde.

No cenário internacional, evidências também corroboram os benefícios da educação sexual para adolescentes. Uma meta-análise realizada pela OMS que avaliou programas de educação sexual em 10 países mostrou que esses programas são eficazes na redução de comportamentos de risco entre jovens e promovem o uso de métodos contraceptivos, especialmente em países que adotam currículos abrangentes e baseados em evidências científicas (Who, 2016). Além disso, o estudo destacou que os adolescentes que recebem educação sexual adequada tendem a postergar a iniciação sexual, o que contribui para a redução de gravidez na adolescência e de ISTs, como o HIV. Outra pesquisa da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) confirmaram que os programas de educação sexual abrangente nas escolas resultam em adolescentes mais informados e menos propensos a comportamentos de risco, e apontou que os benefícios se estendem ao longo da vida dos jovens, favorecendo práticas de autocuidado e maior uso de preservativos (Santos and Ribeiro, 2020).

O uso de métodos contraceptivos é um indicador crucial para avaliar a capacidade dos adolescentes de exercerem autonomia em sua saúde reprodutiva. Baixas taxas de uso de contraceptivos refletem a falta de acesso a informações e serviços de saúde. De acordo com a OPAS, é essencial que as políticas públicas visem melhorar o acesso a métodos contraceptivos e ofereçam orientação adaptada às necessidades dos jovens (Gondim *et al.*, 2015).

A OMS sugere que os sistemas de saúde disponibilizem métodos contraceptivos gratuitamente e de forma acessível, com foco na segurança e adequação para adolescentes

(Langford *et al.*, 2014). OPAS e OMS sugerem também que profissionais de saúde sejam qualificados para oferecer serviços não discriminatórios e orientações adequadas para adolescentes sobre métodos contraceptivos, incentivando o uso seguro e consistente (Campos *et al.*, 2013; Gondim *et al.*, 2015).

5.3. Incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) entre adolescentes

As ISTs são uma questão crítica de saúde pública, especialmente entre os adolescentes, que muitas vezes têm pouca ou nenhuma informação sobre prevenção. Em consequência, essa população está mais exposta aos comportamentos de risco e adoecimento, como pode ser observado analisando-se a evolução das taxas de infecção pelas ISTs/HIV entre adolescentes, ao longo dos últimos anos (Campos *et al.*, 2013).

No Brasil, segundo boletim epidemiológico HIV e Aids, Número Especial de Dezembro de 2024, houve aumento dos casos de HIV/ Aids entre adolescentes e jovens na faixa etária de 15 a 29 anos. Os dados divulgados no documento evidenciam a necessidade de políticas públicas contínuas e direcionadas a essa faixa etária, com foco na prevenção, diagnóstico precoce e acesso ao tratamento (Brasil and SaúDe, 2024).

Nesse sentido, ressaltamos também, que o constante crescimento dos casos de HIV Aids e de sífilis, mostrados ao longo do tempo em diversos boletins epidemiológicos divulgados anteriormente, apontam para a intensificação urgente de atividades de prevenção e de educação para sexualidade na referida faixa etária (Langford *et al.*, 2014; Pereira and AraÚJo, 2020).

A OMS destaca a necessidade de abordar a transmissão e a prevenção de ISTs de forma integrada com outras políticas de saúde para jovens. Recomenda que programas educativos abordem detalhadamente a transmissão de ISTs e HIV através de campanhas educativas com mensagens adaptadas para os adolescentes, promovendo a prática do sexo protegido e conscientizando sobre a importância do autocuidado e da prevenção (Rotheram-Borus *et al.*, 2000). A OPAS, além dessas medidas definidas pela ONU, sugere que o acesso à testagem e tratamento para IST seja ampliado para adolescentes, incluindo o fornecimento de preservativos e aconselhamento regular em unidades de saúde e escolas (Gondim *et al.*, 2015).

5.4.Comparação dos indicadores de saúde sexual dos adolescentes antes e após a implementação de programas educacionais.

A comparação dos indicadores de saúde sexual entre adolescentes antes e após a implementação de programas de educação sexual revela avanços significativos, especialmente no que diz respeito à redução de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e de casos de gravidez precoce. Antes da introdução de programas educacionais abrangentes, estudos nacionais e internacionais apontavam uma tendência alarmante de comportamentos de risco entre jovens, incluindo relações sexuais desprotegidas e pouco conhecimento sobre métodos contraceptivos. No Brasil, por exemplo, dados da PeNSE de 2009 mostravam que uma grande parcela de adolescentes desconhecia práticas preventivas básicas e não tinha acesso adequado a informações sobre contracepção, o que resultava em altas taxas de ISTs e gravidez na adolescência (Cornellà I Canals, 2010; Campos *et al.*, 2013).

Após a implementação de programas de educação sexual nas escolas, como os promovidos pelo Programa Saúde na Escola (PSE), esses indicadores apresentaram melhora substancial. Estudos mais recentes demonstram que a inclusão de temas como comportamentos violentos, prevenção de ISTs e uso de métodos contraceptivos nos currículos escolares contribuiu para o aumento da adesão ao uso de preservativos e outros contraceptivos, além de elevar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre os riscos e a importância do autocuidado (Penna, 2010; Campos *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2017; Menezes and SaúDe, 2020). Em uma comparação entre os dados do PeNSE de 2009 e 2019, percebe-se uma redução na taxa de gravidez precoce e uma maior conscientização sobre práticas seguras, com um aumento significativo no uso de preservativos entre os jovens ((Ibge), 2021). Essa evolução demonstra o impacto positivo dos programas educacionais, indicando que políticas bem estruturadas e intersetoriais são fundamentais para promover a saúde e a autonomia dos adolescentes, reduzindo assim os comportamentos de risco a longo prazo.

6. ESCOLAS PROMOTORAS DA SAÚDE ESCOLAR

A promoção da saúde no ambiente escolar tem se mostrado uma estratégia eficaz para melhorar os indicadores de saúde e educação entre crianças e adolescentes. O modelo utilizado pauta-se nas Escolas Promotoras de Saúde (EPS) que se propõe a ser uma abordagem integrada que envolve currículo, ambiente escolar e participação da comunidade (Langford *et al.*, 2014; Langford *et al.*, 2015). Diversos países ao redor do mundo têm documentado suas experiências com a implementação das EPS como uma estratégia eficaz (Organization *et al.*, 2021). Diversos países vêm adotando esse modelo, sendo que buscam a adaptação ao contexto sociocultural e político local.

Na Ásia, a China apresenta um modelo nacional estruturado de EPS e as ações são integradas ao currículo escolar com forte apoio de políticas públicas (Dong *et al.*, 2020). As EPS chinesas seguem diretrizes do governo central, que incluem campanhas de higiene, avaliação periódica de saúde dos alunos, programas de alimentação e promoção de saúde mental e atividades físicas. Os resultados apontam para melhorias nos comportamentos de saúde dos estudantes, como aumento na prática de atividades físicas e melhor alimentação (Stewart and Sun, 2007; Lee *et al.*, 2020).

Na Tailândia, as EPS integram saúde ao cotidiano escolar com ênfase em higiene pessoal, alimentação saudável e práticas sustentáveis; valorizam a participação ativa da comunidade escolar, com comitês locais formados por alunos, pais e professores. As ações são baseadas no uso de atividades lúdicas em práticas culturais, jogos educativos e foco em hábitos de higiene e alimentação saudável. Essa abordagem mostrou-se eficaz ao alinhar saúde com o contexto cultural local (Erawan, 2015). A Tailândia é citada como um caso de sucesso na implementação nacional de EPS, com ações sistemáticas envolvendo escolas, ministérios e comunidades. A estratégia tailandesa incluiu a criação de um guia nacional de EPS, formação de professores e mecanismos de monitoramento, sendo considerada uma experiência sustentável e replicável (Akiyama *et al.*, 2013; Muangnapoe and Srisiri, 2022).

Na Oceania, a Austrália tem buscado adaptar o modelo às suas necessidades locais e suas ações são baseadas em três áreas: políticas escolares saudáveis, desenvolvimento de competências e parceria com famílias e comunidade (Patrick and Kingsley, 2019). A Austrália adotou uma abordagem centrada no bem-estar mental, inclusão e ambiente seguro. A atuação intersetorial foi fundamental para o sucesso da estratégia nacional

(Sawyer *et al.*, 2021). O modelo se baseia no *Health Promoting Schools Framework*, articulando políticas de saúde escolar, habilidades de vida e parcerias com famílias e comunidades (Organization *et al.*, 2021). Um estudo identificou como principais facilitadores: o envolvimento dos professores, tempo reservado no currículo e suporte institucional e como principais barreiras à implementação o excesso de demandas no currículo escolar e a resistência institucional, falta de recursos e sobrecarga docente, mas destacou a importância da liderança escolar e do envolvimento da comunidade como facilitadores (Sadjadi *et al.*, 2021).

Na Europa, o modelo da *European Network of Health Promoting Schools (ENHPS)* tem sido amplamente difundido, especialmente em países como Reino Unido, Alemanha, Grécia e Países Baixos eficaz (Organization *et al.*, 2021). O modelo europeu enfatiza políticas escolares de saúde, envolvimento da comunidade, ações intersetoriais envolvendo saúde mental, alimentação, atividade física e participação estudantil e capacitação docente. Apesar da existência de políticas estruturadas, a implementação prática ainda enfrenta barreiras como capacitação docente limitada e falta de apoio político, contudo escolas com lideranças engajadas e políticas de apoio institucional apresentam melhores resultados na implementação do modelo. No Reino Unido, as escolas recebem selos de qualidade de saúde, e há formação contínua para professores (Bartelink *et al.*, 2024). Países como Grécia, Portugal e Irlanda priorizam a participação da comunidade escolar. As evidências indicam que essa integração contribui para mudanças positivas no comportamento dos estudantes e melhoria do ambiente escolar (Prasla and Prasla, 2011; Cefai *et al.*, 2022).

Na América Latina e Caribe, países como Chile, Colômbia, México e Suriname adotam um modelo proposto pela OPAS/OMS que combinam: (1) educação em saúde no currículo escolar, (2) criação de ambientes escolares saudáveis e (3) acesso a serviços de saúde e nutrição. No México, há forte integração com políticas de alimentação escolar como parcerias com ministérios da saúde e da educação, mas também há dificuldades na sustentabilidade das ações e na avaliação de impacto (Jauregui *et al.*, 2022). No Chile, o foco centra-se em alimentação saudável, atividade física e saúde mental nas escolas (Gaete *et al.*, 2022). Apesar dos avanços na institucionalização das EPS, como a incorporação de currículos voltados para saúde, há desafios, como a falta de coordenação intersetorial e financiamento estável (CháVez *et al.*, 2021).

Assim, observa-se que as Escolas Promotoras de Saúde estão presentes em diversas regiões do mundo, com impactos positivos na saúde dos estudantes, mas

enfrentam desafios comuns, como articulação entre setores, formação de profissionais e sustentabilidade política. Essas experiências reforçam que o sucesso das EPS depende de políticas públicas integradas, capacitação contínua dos profissionais da educação, envolvimento das comunidades escolares e compromisso político de longo prazo.

6.1. Política de saúde escolar no Brasil e Programa Saúde na Escola- PSE

O Programa Saúde na Escola -PSE constitui atualmente a política nacional de saúde escolar no Brasil. Instituído em 2007, o PSE até hoje não foi universalizado, assim como os princípios da intersetorialidade e interdisciplinaridade definidos nessa política não foram materializados a contento na execução das ações da mesma (Brasil and República, 2007; Brasil, 2018; Brasil, 2023b; Brasil, 2024b). Por sua vez, o conceito de promoção da saúde que fundamenta a concepção do PSE ainda coexiste com a visão higienista que marcou o surgimento da saúde escolar, por volta do início do século XIX. Mesmo diante de desafios tão importantes a serem superados, há também avanços a serem ressaltados: ao longo dos anos o programa não sofreu descontinuidade; o financiamento foi mantido em todos os governos desde sua oficialização; a adesão dos municípios ao PSE vem aumentando gradativamente desde o seu lançamento, o que pode significar o aumento das ações desenvolvidas no ambiente escolar e do número de estudantes beneficiados (Fernandes *et al.*, 2023).

Nesse capítulo abordaremos, de forma resumida, os caminhos da saúde escolar no Brasil, mostrando um panorama do processo histórico de construção da política de saúde escolar brasileira até chegar ao atual PSE, sobre o qual nos debruçaremos com maior atenção. Tanto quanto possível, pela própria natureza e extensão desse capítulo, procuramos estabelecer os elos entre os programas, campanhas e projetos que foram realizados no campo da saúde escolar e o contexto sociopolítico e econômico do país quando essas iniciativas ocorreram, como recurso para uma melhor compreensão dessa evolução

Consideramos, com base nas leituras realizadas, que a política de saúde escolar no Brasil é necessária e oportuna para milhões de estudantes brasileiros e que necessita de aperfeiçoamento e de maior visibilidade, portanto nosso estudo alia a outros esforços que pretendem tornar essa política mais acessível, visível e viável; colocá-la na pauta dos debates no campo da saúde, da educação e da assistência social, para que seja complementada e aperfeiçoada; buscar a curto e médio prazo sua universalização.

6.2. Evolução da saúde escolar

O tema saúde escolar aparece de forma orgânica e sistêmica, pela primeira vez, entre o final do século XVIII e o início do século XIX, na Alemanha, através dos trabalhos dos médicos Johann Peter Frank e Franz Anton Mai. Frank elaborou um guia organizado em nove volumes, cujo primeiro foi publicado em 1779. O *System Eisner Vollständigkeit Medicinischen Politizei* ou Sistema Frank, como tornou-se conhecido posteriormente, versava sobre uma multiplicidade de temas relacionados à promoção e manutenção da saúde, tanto individual quanto coletiva, inclusive a saúde no ambiente escolar. O Sistema Frank, segundo Lima, citado por Figueiredo, ao tratar do tema da saúde escolar “[...] dispunha detalhadamente sobre o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais particularizando desde a prevenção de acidentes até a saúde mental, desde a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula” (Figueiredo *et al.*, 2010).

Profundo conhecedor e admirador do trabalho de Frank, o médico Franz Anton Mai elaborou, tendo como base o Sistema Frank, um código de saúde de caráter abrangente e que dava grande ênfase à educação (Figueiredo *et al.*, 2010), no qual era criada a figura do oficial de saúde e eram fixadas as atribuições a serem executadas por ele nos colégios. A partir da Alemanha a preocupação com o tema da saúde escolar se expande para diversos países da Europa e para os Estados Unidos. As proposições do Sistema Frank e do código elaborado por Franz Mai foram abraçadas por vários países que as implantaram, ao menos de forma parcial, de acordo com as possibilidades advindas de fatores de natureza tanto econômica quanto social. E nesses países, assim como na Alemanha, o higienismo tornou-se a principal finalidade das ações implementadas no campo da saúde escolar.

No Brasil, a intervenção do governo na saúde escolar aparece pela primeira vez com a criação da Junta de Higiene Pública, em 1850, devido à necessidade do combate à epidemia da febre amarela e tuberculose que acometia a população do Rio de Janeiro, então capital federal, e de várias outras províncias. Já em 1886 um Decreto Imperial determina que comissários passem a visitar as escolas do Império para diagnosticar os alunos com doenças transmissíveis’ (Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021). No entanto, as medidas previstas nessas leis, além de pontuais, mal saíram do papel.

São Paulo e Rio de Janeiro, ainda no século XIX, elaboraram leis relativas à higiene escolar. Em 1889, o Barão do Lavradio (presidente da Junta Central de Higiene

Pública) baixou um decreto regulamentando a inspetoria das escolas da Corte, tanto públicas quanto privadas (Figueiredo *et al.*, 2010). Em São Paulo, em 1894, é baixado o decreto nº 233/1894, que estabeleceu o Código Sanitário do Estado, onde são previstas várias medidas de saúde a serem implementadas pelos estabelecimentos escolares (Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021).

Apesar das medidas citadas acima, a saúde escolar ou higiene escolar, como era denominada na época, só viria a ganhar impulso no início do século XX, quando o Brasil experimentava uma intensa onda migratória e às epidemias de varíola, febre amarela e cólera, entre outras que acometiam a população nacional, veio a somar-se a peste bubônica. A mortandade que vitimava a população em geral era particularmente crítica entre as crianças. É nesse contexto que é fundada a Associação Paulista de Assistência ao Estudante e é instituída em 1911 a Inspetoria Médica Escolar da São Paulo. Ao longo dessa década, o Rio de Janeiro, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina também criam essas inspetorias em seus territórios (Escobar *et al.*, 1991).

Em termos de efetivo atendimento às necessidades de saúde dos estudantes, as iniciativas eram reduzidas ao atendimento odontológico, quando havia. As ações de saúde escolar concentravam-se na questão da salubridade dos estabelecimentos de ensino, na verificação das condições de saúde dos alunos e professores e na propagação de regras de higiene para a manutenção da saúde. Ao assumir o governo, em 1930, Getúlio Vargas e seu grupo político se propunham a modernizar o Estado brasileiro, substituindo o poder das tradicionais estruturas oligárquicas por um Estado forte, centralizado e soberano. No campo político-econômico, o governo Vargas buscou assegurar a supremacia dos interesses nacionais sobre os regionais, rompendo uma tradição que já vinha desde o Império e transformando a economia agroexportadora, voltada para o mercado externo, em outra industrializada e direcionada às necessidades de consumo do mercado interno. Ocorre que a industrialização demandava um tipo de trabalhador diferente da mão de obra que supria as necessidades de uma economia de base agrícola. É nesse contexto que houve, nos anos 30, um deslocamento da problemática da saúde escolar de nível estadual para central em virtude do governo Vargas (Escobar *et al.*, 1991).

Mesmo assim, os fatores econômicos, a falta de pessoal qualificado e as instabilidades políticas não propiciaram grandes avanços na implementação das medidas previstas em lei. Em julho de 1942, dentro de uma parceria estabelecida entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. Criado em plena 2ª guerra mundial, o SESP foi uma agência de caráter temporal e tinha

como finalidade contribuir com os esforços de guerra, no entanto, como assegura Campos, “a releitura que o presidente Getúlio Vargas e seu governo fizeram do SESP, determinou que essa agência sempre estivesse a serviço do projeto de desenvolvimento econômico e da expansão da autoridade pública do Estado Brasileiro” (Campos, 1998).

Desse modo, o SESP, ao longo de quase duas décadas, foi fundamental para o avanço dos serviços de saúde em nosso país, inclusive a saúde escolar, através da odontologia sanitária, que priorizou a atenção aos escolares dentro do sistema de educação formal a partir dos anos 1950, desenvolvendo trabalhos numa abordagem higienista, curativo-reparadora e assistencialista com escolares na faixa etária de seis a 14 anos. Em 1960, os Estados Unidos e o Brasil encerraram o convênio responsável pelo SESP e, através da Lei 3.750 de 11 de abril de 1960, o mesmo é transformado na Fundação Serviços Especiais de Saúde (FSESP) (Escobar *et al.*, 1991).

Um aspecto da saúde escolar que não podemos esquecer é a questão alimentar e nutricional. A relação entre alimentação e aprendizagem começou a ser abordada ainda na década de 1930 com algumas iniciativas efetivadas nos estados mais ricos do país. A partir de 1945, esse tema passa a ser objeto de preocupação pelo governo federal, mas não são observados progressos nessa área até 1955. Nesse ano é criada a “Campanha de Merenda Escolar, considerada marco de origem do Programa Nacional de Alimentação Escolar- PNAE” (Campos, 1998).

Ao longo das décadas posteriores, a política nacional de assistência alimentar aos estudantes passou por várias mudanças no nome, na formatação e no aporte de recursos. O atual PNAE foi regulamentado pela Lei nº 11.947, de 11 de junho de 2009, tendo como finalidades oferecer alimentação escolar e ações de educação e nutrição aos estudantes de todas as etapas da educação básica pública (Silva, 2014).

6.3. Programa Nacional de Saúde do Escolar, Projetos e Campanhas: início da intersectorialidade

A década de 1980, no Brasil, foi marcada pela chegada de pandemia de Aids e pelo avanço da redemocratização culminando, após 21 anos de ditadura militar, com a eleição de um civil para presidência da República e a promulgação de uma nova Constituição Federal, elaborada pela Assembleia Nacional Constituinte de 1987- 1988. A nova Constituição garantiu à população uma série de direitos sociais e trabalhistas, garantias individuais e coletivas e igualdade de gênero, entre outras disposições.

Um marco importante nessa época é a criação do Programa Nacional de Saúde do Escolar- PNSE, em 1984, pelo governo federal. Criado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação-FNDE, esse programa objetivava suprir as necessidades de saúde dos estudantes do ensino fundamental público com atendimento clínico em oftalmologia, otologia e odontologia (Silva and Andrade, 2018; Silva and Ribeiro, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2024b). Alinhado com a visão higienista da saúde escolar, o programa partia do pressuposto que, isoladamente, a melhoria das condições de saúde dos estudantes resultaria na melhoria dos índices de evasão e repetência escolar. Mais uma vez as dificuldades financeiras inviabilizaram que as ações previstas fossem concretizadas na maior parte do país (Escribano *et al.*, 2016).

Ao longo dos anos 90 até meados dos anos 2000, em paralelo ao PNSE, vários projetos e campanhas foram implementados para o atendimento à saúde dos escolares no Brasil, destacando-se o “*Projeto de Procedimentos Coletivos em Saúde bucal*” (1992-2006), numa parceria do Ministério da Saúde com as secretarias estaduais e/ou municipais de saúde; a “*Campanha quem ouve bem, bem aprende melhor*”, instituída pela portaria Interministerial nº1.487/1999 do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, efetivada através de parcerias entre os referidos ministérios, a Fundação Otorrinolaringologia e as Sociedades Brasileiras de Otorrinolaringologia e de Fonoaudiologia; a “*Campanha Olho no Olho*”, lançada em 1988 e repetida até pelo menos no ano 2000, numa parceria do Ministério da Educação com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (Brasil, 2018; Silva and Ribeiro, 2020; Brasil, 2023b; Fernandes *et al.*, 2023; Brasil, 2024b). Essas ações, mesmo tendo acontecido de forma pontual e dentro de uma perspectiva higienista, representam, a nosso ver, um marco inicial na formatação de políticas intersetoriais de saúde escolar que viriam a ser fortalecidas no Projeto Escola (Dias *et al.*, 2020).

O “*Projeto Escola*” (1994-2000) foi mais uma iniciativa conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde. Diferentemente dos demais projetos e campanhas efetivados até então, esse projeto caracteriza-se por seu cunho eminentemente educativo e formativo (Brasil, 2018; Menezes and SaúDe, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023b; Fernandes *et al.*, 2023; Brasil, 2024b). Embora a educação em saúde já houvesse sido objeto de ações institucionais anteriormente, o Projeto Escola se diferencia das mesmas por incorporar novas concepções de educação, saúde, educação em saúde, promoção da saúde, autocuidado e qualidade de vida que vinham sendo difundidas pelo mundo e chegaram ao Brasil, em virtude da pandemia da Aids e da Carta de Ottawa,

elaborada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que aconteceu em 1986 no Canadá.

Outra diferença é o público-alvo desse projeto que, ao invés das crianças dos anos iniciais do ensino fundamental, é direcionado aos adolescentes dos anos finais do ensino fundamental e do ensino médio. O Projeto Escola iniciou suas atividades em 1994, contemplando os 16 estados com maior incidência de casos de Aids. Entre os anos 1999 e 2000, a cobertura do projeto passa a abranger os 26 estados brasileiros e Distrito Federal.

O PNSE foi reformulado em 1995 para atender aos municípios selecionados pelo Programa Comunidade Solidária (Brasil, 2018; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Fernandes *et al.*, 2023). São incluídos, então, dois projetos: Projeto Cesta de Saúde do Escolar – PCSE, que tinha como propósito fornecer às escolas produtos de higiene pessoal e de primeiros socorros além de equipamentos corretivos (visual, auditivo, entre outros), destinados ao atendimento dos alunos dos anos iniciais do ensino fundamental; Projeto de Assistência Integral à Saúde do Escolar – PAISE, que era destinado aos alunos da primeira série do ensino fundamental residentes nos bolsões de pobreza nas capitais (Menezes and Santos, 2002). Cabe ressaltar que esses projetos se caracterizavam pelo assistencialismo dentro de uma filosofia higienista e que não contemplavam ações voltadas para o desenvolvimento do autocuidado e da promoção da saúde no ambiente escolar. O atendimento permanecia pontual e restrito apenas às séries iniciais do ensino fundamental.

6.3.1. *Escolas Promotoras de Saúde*

Com o objetivo de fortalecer a saúde escolar na América Latina e Caribe, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) promoveram no Chile, em 1995, uma reunião de saúde escolar, onde foi apresentada a proposta de Escolas Promotoras de Saúde. No ano seguinte, em uma nova reunião realizada em San José, na Costa Rica, foi criada a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, da qual o Brasil é membro. Também nessa reunião, foram apresentados o modelo e o Guia para a Ação. Na ocasião, os 14 países participantes comprometeram-se a adotar a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde- EPS (Saúde and Brasil, 2007).

Essa iniciativa adotava os conceitos que vinham sendo difundidos a partir da Carta de Ottawa (1986), que preconizam uma abordagem biopsicossocial, recomendada para

prática dos profissionais da saúde, e uma participação ativa dos indivíduos nos seus processos de cura e na promoção da própria saúde através do autocuidado. Sob essa concepção, a promoção da saúde nas escolas compreende três componentes principais: a) educação para a saúde com enfoque integral; b) criação de entornos saudáveis e c) provisão de serviços de saúde” (Oms, 2002; Organization, 2002; Brasil and República, 2007).

Atendendo as demandas da iniciativa Escolas Promotoras de Saúde, no Brasil, houve a articulação entre os representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação e de outros segmentos que anteriormente haviam atuado de forma integrada e intersetorial em outros projetos, somando esforços na implantação da referida iniciativa da OPAS/OMS. No período de 1999 a 2002, várias ações foram implementadas nos seguintes estados e municípios brasileiros: Rio de Janeiro, capital; Embu-SP; Tocantins, com formação de uma rede de escolas; Recife-PE; Maceió-AL; Salvador-BA; Manguinhos-RJ; Itaoca-SP; Curitiba-PR; Jaboticatubas- MG; Vargem Grande Paulista-SP; Corumbá- MT; Foz do Iguaçu-PR; Sobral-CE; onde foram abordadas as seguintes temáticas: alimentação escolar; bullying; cultura de paz; saúde e prática de atividade física; paz e arte; ambiente saudável; esquistossomose; conversando sobre saúde; comportamentos violentos; planejamento para o desenvolvimento de ações na escola; promoção da saúde e interface com a educação; promoção de saúde na escola (Saúde and Brasil, 2007; Santos and Oliveira, 2020; Fernandes *et al.*, 2023; Brasil, 2024b).

Vale ressaltar que a iniciativa Escolas Promotoras de Saúde não chegou a ser oficializada como uma política nacional no Brasil, mas essas ações citadas acima contribuíram para a evolução e fortalecimento da saúde escolar no país, ajudaram a reforçar a cultura das parcerias e intersetorialidade e ajudaram a propagar a proposta da escola como espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações que mobilizem conhecimentos, atitudes e comportamentos que contribuem para promoção da saúde. Podemos acreditar nessa hipótese pelo fato de o Brasil ter implementado, logo em seguida, uma nova política de saúde escolar, a partir de 2003, que foi o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas- SPE (Brasil, 2018; Santos and Oliveira, 2020; Silva and Ribeiro, 2020).

6.3.2. *Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas - SPE.*

Ao longo da década de 1990, foram efetivados no Brasil vários projetos e campanhas de caráter intersetorial no campo da saúde escolar, com destaque para as ações realizadas tendo como referência a iniciativa Escolas Promotoras de Saúde, conforme visto nos tópicos acima. Com base nessas experiências, em agosto de 2003 os Ministérios da Educação e da Saúde firmaram uma parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação Ciências e Cultura – UNESCO e o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para Infância – UNICEF para o lançamento do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas- SPE, cujo objetivo central era a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, visando reduzir as vulnerabilidades de adolescentes e jovens às Infecções Sexualmente Transmissíveis- IST, à infecção pelo HIV, à Aids e à gravidez na adolescência’ (Brasil, 2006).

Ainda em 2003, o SPE inicia suas atividades em caráter experimental, sendo implantado em sete municípios e envolvendo 103 mil adolescentes e jovens. Após avaliação da UNESCO, em 2005 o Projeto foi ampliado para as 27 unidades federativas e reformulado para que as ações a serem desenvolvidas pudessem atingir alunos a partir das séries iniciais do ensino fundamental (Dias *et al.*, 2016).

A participação dos estados e municípios no SPE não era compulsória, esses entes teriam que manifestar interesse em aderir ao projeto. Quanto à sua estrutura organizacional, cada esfera administrativa deveria constituir seu próprio grupo gestor. O Grupo de Trabalho Federal (GTF), era formado por representantes dos Ministérios da Educação e da Saúde, da UNESCO e do UNICEF, sendo, ainda, facultada a participação de outras instituições e de Organizações da Sociedade Civil (OSC), na qualidade de consultoras ou colaboradoras do Projeto. Ao GTF, competia a “elaboração de diretrizes, definição de estratégias, avaliação e monitoramento do projeto” (Brasil, 2006).

O grupo de Trabalho Estadual (GTE) era constituído por representantes da Secretaria Estadual de Educação e da Saúde, de outras secretarias de estado, universidades, Organizações da Sociedade Civil, entre outras (Alberto *et al.*, 2009; Gimenez *et al.*, 2014). O GTE seria responsável por coordenar os trabalhos do projeto no âmbito do estado, dando apoio e ajudando a implantar os trabalhos e acompanhando o desenvolvimento das ações nos municípios junto às escolas municipais, estaduais e federais. O grupo de Trabalho Municipal (GTM) a ser formado com representantes da educação, da saúde e de outras secretarias municipais, de outras instituições e

organizações da sociedade civil. Ao GTM, cabia o levantamento da realidade epidemiológica do seu território e das ações relacionadas às temáticas do projeto, elaborar e executar o plano de ação, definir responsabilidades compartilhadas, entre outras.

Durante os anos de atividades do SPE os ministérios realizavam capacitações para os profissionais, disponibilizavam materiais educativos e promoviam encontros nacionais para representantes do GTE e GTM no intuito de possibilitar trocas de experiências e saberes, de divulgar resultados, de planejar e realizar as capacitações com os adolescente e jovens representantes das escolas envolvidas no projeto (Alberto *et al.*, 2009; Gimenez *et al.*, 2014; Dias *et al.*, 2016).

No entanto o Projeto SPE apresentou diversas limitações como: sua expansão ficou estagnada e o projeto não conseguiu amplitude suficiente para contemplar todas as escolas do país; o monitoramento e a avaliação não alcançaram todos os municípios e escolas onde aconteciam as ações; para suprir as necessidades de material necessário às capacitações os municípios utilizavam recursos próprios; o GTE tinha dificuldades para acompanhar o desenvolvimento do projeto, visto que não havia dotação orçamentária para deslocamento e outras necessidades; a falta de suporte financeiro desmotivou a participação de um grande número de municípios (Dias *et al.*, 2016). Outra grande dificuldade na execução desse projeto era o desenvolvimento das ações ainda com foco higienista, preventivista, sem uma visão mais ampliada de saúde ou de educação e, muitas vezes, longe das necessidades de saúde mais imediatas das crianças e adolescentes.

As temáticas a serem trabalhadas pelos municípios que aderiam ao projeto eram: relações sociais de gênero; prevenção das IST, HIV/Aids; diversidades sexuais; prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; adolescências, juventudes e participação; raças e etnias; metodologias e educação entre pares (Alberto *et al.*, 2009; Gimenez *et al.*, 2014). O SPE foi muito importante por ter oportunizado uma resposta à pandemia de Aids e por ter potencializado a vida de muitos adolescentes e jovens do Brasil, ajudando-os a adotar comportamento sexual seguro e a evitar o uso abusivo de drogas. Outra ação importante foi a disponibilização de preservativos em algumas escolas após trabalho de preparação e conscientização.

Ressaltamos que muitas escolas não participaram ou não desenvolveram com qualidade as atividades planejadas devido à filosofia conteudista que fundamentava suas práticas; pelo fato de muitos gestores ainda não estarem esclarecidos e acessíveis para a prática da intersetorialidade e da interdisciplinaridade, mas permanecerem apegados à ideia do ambiente escolar como local exclusivo para se trabalhar a educação formal e,

ainda, pela dificuldade dos profissionais da educação se dedicarem às atividades do projeto, em decorrência da falta de tempo, de oportunidade e de capacitação.

Apesar das limitações e equívocos acima mencionados o SPE representa parte importante do processo de consolidação da política de saúde escolar no Brasil, por ter propiciado a formação de um arcabouço legal, a sistematização de uma base conceitual e a concretização de inúmeras experiências de promoção da saúde em escolas por todo o país e, principalmente, por ter servido de base para implantação e oficialização de parte significativa de nossa política de saúde escolar que é o Programa Saúde na Escola – PSE.

6.3.3. *Programa Saúde na Escola – PSE*

Com a publicação do Decreto Presidencial nº 6.286 de 4 de dezembro de 2007, que oficializou o Programa Saúde na Escola-PSE, consolidamos a criação da Política da Saúde Escolar no Brasil, instituída no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde e articulada pelo Departamento de Promoção da Saúde, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DEPROS/SAPS), com o apoio da Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO (Brasil and República, 2007; Saúde and Educação, 2017; Brasil, 2018; Menezes and Saúde, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023b; Brasil, 2024b).

O PSE objetiva, através de uma gestão intersetorial e interdisciplinar, desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, bem como atenção à saúde dos estudantes da rede pública de educação básica e, ainda, contribuir para a formação integral dos estudantes, devendo ser inserido no Projeto Político Pedagógico-PPP das escolas (Alves and Bitencourt, 2016). Complementando o marco legal e operacional do PSE foi publicada a Portaria Interministerial MS/ME nº 675, de 04 de junho de 2008, que criou a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola- CIESE, cujo objetivo é estabelecer as diretrizes da Política de Educação e Saúde na Escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e em sintonia com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil and República, 2007; Saúde and Educação, 2017; Brasil, 2018; Menezes and Saúde, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023b; Brasil, 2024b).

É importante lembrar que ao longo do tempo o entendimento sobre o que consiste a saúde escolar e sobre suas finalidades foi se modificando em consonância com as mudanças na política, na economia, na estrutura administrativa e nas diversas legislações

no nosso país; com os progressos alcançados no campo da ciência, da medicina e da saúde; devido a influência de aportes teóricos e experiências de outros países e organismos internacionais (Brasil and República, 2007; Saúde and Educação, 2017; Brasil, 2018; Menezes and Saúde, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023b; Brasil, 2024b). Desse modo podemos identificar uma evolução do papel dos agentes envolvidos e na natureza e finalidades das ações a serem desenvolvidas no âmbito da saúde escolar, culminando na substituição do paradigma higienista pela perspectiva da promoção da saúde (Castro *et al.*, 2019).

A época em que ocorre esse deslocamento do paradigma higienista, fundado no modelo biomédico e centrado na dimensão física do indivíduo, para um modelo que se assenta numa perspectiva integral e multidisciplinar e numa abordagem biopsicossocial do ser humano é motivo de discussão na literatura que trata desse tema. No entanto, a Carta de Ottawa é considerada um dos marcos dessa mudança de paradigma. De todo modo não podemos esquecer que o modelo biomédico ainda continua fortemente arraigado na prática médica, principalmente de cunho privado, mas também nos serviços públicos de saúde e, por extensão, no âmbito da saúde escolar (Organization, 2002).

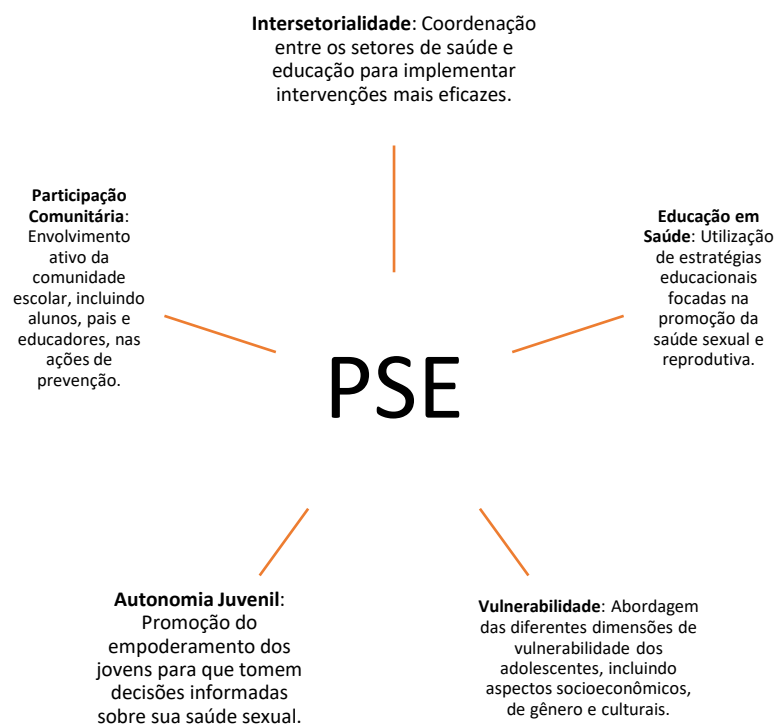
Instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, o Programa Saúde na Escola atualmente é regido pela Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 abril de 2017, segundo a qual o PSE constitui estratégia para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as Equipes de Saúde da Família – ESF e da educação básica (Brasil and República, 2007; Saúde and Educação, 2017; Brasil, 2018; Menezes and Saúde, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023b; Brasil, 2024b).

A prevenção eficaz da gravidez, do HIV e outras ISTs durante a adolescência requer uma abordagem integrativa que envolve tanto o setor de saúde quanto o educacional. O PSE serve como uma plataforma importante para a implementação dessas ações, permitindo a colaboração entre profissionais de saúde e educadores, o que possibilita o desenvolvimento de estratégias contextualizadas que atendem às necessidades específicas de cada comunidade escolar (Diclemente *et al.*, 2007; Silva and Andrade, 2018; Dias *et al.*, 2020; Silva and Ribeiro, 2020; Fernandes *et al.*, 2023).

Dentro deste modelo, a Educação em Saúde é contínua e interativa, com foco em metodologias que incentivem a participação ativa dos adolescentes. É crucial que essas metodologias considerem as vulnerabilidades específicas desse grupo etário, reconhecendo a influência de fatores socioeconômicos, culturais e de gênero no

comportamento sexual dos jovens (Coyle *et al.*, 1996; Silva and Andrade, 2018; Santos and Oliveira, 2020; Fernandes *et al.*, 2023).

O modelo também enfatiza a autonomia juvenil como um componente central na promoção da saúde sexual. As ações preventivas devem ir além da simples transmissão de informações, buscando desenvolver habilidades críticas e de tomada de decisão entre os adolescentes (Sousa *et al.*, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Fernandes *et al.*, 2023). Além disso, a participação comunitária é essencial para garantir a implementação bem-sucedida das ações de prevenção, com o envolvimento ativo de todos os membros da comunidade escolar, incluindo alunos, pais, educadores e profissionais de saúde (Molbert *et al.*, 1993).



Fonte: Autoria própria.

A teoria sugere a necessidade de monitoramento e avaliação contínuos para adaptar as intervenções conforme necessário, assegurando sua relevância e eficácia ao longo do tempo. Estudos mostram que programas de prevenção implementados com fidelidade e envolvendo a comunidade escolar têm maior chance de sucesso na redução de comportamentos de risco (Escribano *et al.*, 2016).

Em seu conjunto os objetivos do PSE se vinculam e se complementam entre si, visando contribuir para assegurar as condições necessárias para formação integral e o pleno desenvolvimento dos educandos (Brasil, 2018; Menezes and SaúDe, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023b; Fernandes *et al.*, 2023; Brasil, 2024b). Nesse sentido procura integrar e articular as redes públicas de educação e de saúde, nos três níveis de governo, para o desenvolvimento de ações que promovam a saúde, reforcem a prevenção de agravos e promovam o enfrentamento das vulnerabilidades; promovam a cultura de paz e fortaleçam “a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde nos três níveis e governo”.

Para a gestão do programa, em cada esfera administrativa o PSE contará com um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) que, no nível Federal (GTI-F) será formado por representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação (Brasil and República, 2007; SaúDe and Educação, 2017; Brasil, 2023b; Brasil, 2024b). É condição para a implantação do PSE nos estados, municípios e no Distrito Federal a adesão aos objetivos e diretrizes do Programa, a qual deverá ser formalizada, por cada ente federal ou estadual junto ao MS e ME, por meio do preenchimento do termo de compromisso e assinatura do termo de adesão.

Além de formalizar a adesão, os estados deverão organizar e formalizar o GTI estadual (GTI-E) e os municípios terão que criar o GTI municipal (GTI-M), formados inicialmente por representantes das secretarias de educação e da saúde podendo depois, por normativas locais, ser ampliado para inclusão de representantes de outras secretarias, de organizações da sociedade civil-OSC e outros segmentos (Brasil and República, 2007; SaúDe and Educação, 2017; Brasil, 2023b; Brasil, 2024b). Os GTI-M serão responsáveis pela gestão do programa em suas localidades. Para orientar a implementação do PSE foram estabelecidas as seguintes diretrizes: descentralização e respeito à autonomia federativa; 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 permanentes.

O desenvolvimento das ações e o repasse de recursos financeiros do PSE estão organizados em ciclos bianuais divididos em dois períodos anuais. A cada período do ciclo os municípios recebem uma parte da verba ao fazer a adesão ao programa. Com a realização das ações e o registro das mesmas no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), da estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS /APS), durante o primeiro ano do ciclo, o município fica habilitado a receber a segunda parcela

de recurso para iniciar o segundo ano (Brasil and República, 2007; Saúde and Educação, 2017; Brasil, 2023b). Caso o registro não aconteça, o município fica impedido de receber a complementação do recurso, fato que lamentavelmente acontece em grande número de municípios brasileiros. A cada dois anos os estados e municípios deverão, se desejarem, realizar nova adesão.

Ações previstas para acontecer na pactuação atual do PSE, biênio 2023/2024, foram normatizadas através da Nota Técnica Nota Técnica Nº 5/2023 Cgedess/Deppros/Saps/MS, expedida no dia 19 de abril de 2023, elencando as seguintes ações (Brasil, 2023b): 1- Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade (*); 2. Promoção da atividade física (*); 3. Promoção da cultura de paz e direitos humanos (*); 4. Prevenção das violências e dos acidentes (*); 5. Prevenção de doenças negligenciadas; 6. Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; 7. Prevenção à Covid-19; 8. Saúde ambiental; 9. Saúde bucal; 10. Saúde auditiva; 11. Saúde ocular; 12. Saúde mental (*); 13. Comportamentos relativos à saúde sexual e violência e prevenção do HIV/IST.

Vale ressaltar que algumas ações acima apresentadas com asterisco (*), têm caráter prioritário para execução, norma estabelecida pelo GTI-F. É importante esclarecer que as escolas não têm a obrigação de realizar todas as ações. As ações as que serão trabalhadas e as quantidades deverão ser definidas pelo GTI-F e pelo GTI-M, obedecendo aos critérios epidemiológicos e conforme a realidade da área onde está localizada a escola. É importante esclarecer que, geralmente, quem tem o compromisso de trabalhar todas as ações aplicadas ao conjunto das escolas pactuadas é o município.

Esse é um pequeno quadro da dimensão e importância do PSE, enquanto Política de Saúde Escolar, que em suas diretrizes recomenda a inclusão das ações de saúde no Currículo Escolar e no Projeto Político Pedagógico das escolas. Desde sua implantação muitos avanços aconteceram. Entre eles podemos ressaltar a evolução das adesões como mostrado a seguir.

Figura 1 - Evolução das adesões ao PSE.



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde.

Figura 2 - Número de municípios, escolas e estudantes aderidos ao PSE.

Período*	Número de municípios aderidos ao PSE	Número de escolas pactuadas na adesão	Número de estudantes pactuados na adesão
2008	613	16.470	1.941.763
2009	640	20.422	6.560.649
2010	1.253	36.892	8.502.412
2011	2.271	50.545	10.835.238
2012	2.495	56.157	11.946.778
2013	4.864	80.435	18.726.458
2014/2015	4.787	79.167	18.313.214
2017/2018	5.040	85.700	20.521.416
2019/2020	5.289	91.659	22.425.160
2021/2022	5.5422	97.389	23.426.003

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde.

*Em 2016 não houve adesão.

Para finalizar, vale ressaltar que o PSE representa hoje uma grande roda articuladora de várias outras políticas capazes de contribuir para o desenvolvimento e formação integral de crianças e adolescentes matriculados em nossas escolas. Os desafios na execução desse programa continuam sendo: ampliação, monitoramento e avaliação; a não superação da visão higienista, sanitarista, preventivista e biomédica que ainda

permeia a realização das ações do programa (Silva and Andrade, 2018; Silva and Ribeiro, 2020; Fernandes *et al.*, 2023). Algumas escolas conseguem atuar de forma intersetorial e realizar, em parceria com as equipes de saúde, atividades e ações como: avaliação das necessidades em saúde; promoção, prevenção e atenção à saúde. Outra parte significativa ainda tem dificuldades para desenvolver os trabalhos do Programa em consequência da desarticulação nos planejamentos e nas ações.

Até dezembro de 2022 o número total de estudantes aderidos ao PSE nos 5.542 municípios participantes foi de 23.426.003 (Secretaria de Atenção Primária à Saúde- MS). Segundo o levantamento do Censo Escolar da Educação Básica, realizado pelo Governo Federal em 2022, apesar de pandemia de Covid-19, a rede pública somou 38.382.028 alunos matriculados nas escolas públicas dos 5.574 municípios brasileiros (Brasil, 2018; Silva and Ribeiro, 2020; Brasil, 2024b). Esses números mostram que mais de 14 milhões de estudantes brasileiras não foram, na época, beneficiados pelo PSE, dado que aponta a necessidade de ampliar e universalizar a política de Saúde Escolar no Brasil, de modo que ela venha a cumprir o objetivo para o qual foi criada, ou seja, a democratização do direito à educação para saúde no ambiente escolar.

6.3.3.1. *O desafio da intersetorialidade*

A cronologia dos programas e projetos acima descritos mostra uma evolução quanto aos agentes e instituições envolvidas na implementação das iniciativas de saúde escolar e quanto à participação das três esferas administrativas nas mesmas, partindo de parcerias estabelecidas em projetos e campanhas de alcance municipal/estadual até chegar à oficialização da Política Nacional de Saúde Escolar, através do Programa Saúde na Escola em 2007, que fica estabelecido como uma política a ser efetivada mediante a articulação e corresponsabilidade dos governos federal, estaduais e municipais, tendo como uma de suas diretrizes centrais a intersetorialidade (Brasil and República, 2007; SaúDe and Educação, 2017; Brasil, 2018; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023b; Brasil, 2024b).

Consideramos a referida estratégia como a principal sustentação dessa política, pelo fato de o PSE constituir-se em uma grande roda articuladora de várias outras políticas capazes de promover saúde para os escolares. Dessa forma a intersetorialidade nesse programa de saúde pública e de educação, articulada com a corresponsabilidade, potencializa a realização de várias ações e aumenta significativamente as possibilidades

para realizar um dos maiores desafios do PSE que é o alinhamento da avaliação das necessidades de saúde dos escolares com suas respectivas respostas (Silva and Andrade, 2018; Santos and Oliveira, 2020; Fernandes *et al.*, 2023).

Levando em conta a complexidade da área de saúde e da área de educação, vemos na intersetorialidade uma possibilidade que sofre os seguintes empecilhos: a fragmentação dos conhecimentos e a fragmentação das práticas que se apresentam de forma marcante nessas duas áreas; as dificuldades de capacitação dos profissionais, principalmente os da educação, no que se refere à promoção da saúde no ambiente escolar; falta de visão ampliada sobre saúde e sobre educação; baixa percepção sobre o potencial das ações realizadas na intersetorialidade (Fernandes *et al.*, 2023).

Acreditamos que em muitos casos a intersetorialidade é vista com uma simples forma de agrupar, de juntar as pessoas ou profissionais para realizar uma determinada ação, sem compreender que o processo intersetorial é dialético, dinâmico e necessita de vínculos. Intersetorializar não é só agrupar, juntar. Deve fazer parte do processo intersetorial a troca de saberes e as experiências dos atores envolvidos no processo em que participam e contribuem nas decisões administrativas durante o enfrentamento dos problemas; o desenvolvimento das ações que devem estar voltadas para os interesses coletivos; a proposição da melhoria na eficiência da gestão de políticas e dos serviços prestados. (Junqueira, 2000; Inojosa, 2001; Nascimento, 2010).

Podemos perceber que em diversos municípios brasileiros é notória a dificuldade dos que fazem o PSE realizar qualitativamente e quantitativamente suas ações, o que, acreditamos, seja consequência da pseudo intersetorialidade, que contribui para a manutenção da real desarticulação. Geralmente a intersetorialidade é confundida com o estar juntos durante o desenvolvimento de uma atividade. Tal situação deve ser inicialmente identificada e trabalhada para não comprometer a execução do programa e suas diretrizes.

O trabalho intersetorial significa a superação da fragmentação dos conhecimentos e principalmente da prática na busca incansável da unidade e da diversidade no sentido de compreender melhor a realidade, lembrando também que para desenvolver uma ação de forma intersetorial e preciso envolver diferentes atores e diferentes serviços sociais que, por meio de poderes e vantagens, possam resolver problemas complexos construindo uma nova concepção de planejamento, execução e controle dos serviços prestados cujo objetivo é garantir tratamento equânime às pessoas (Inojosa, 2001; Mendes and Akerman, 2007; Fernandes *et al.*, 2023).

Hoje a intersetorialidade no PSE é uma estratégia possível, mas para que seja concretizada é necessário que sua construção se dê a partir da articulação de vários setores e inúmeros e específicos atores sociais como governo, sociedade civil organizada, movimentos sociais, universidades, autoridades locais, mídias tendo como preceito a reunião de vários saberes e possibilidades de atuação no sentido de viabilizar um olhar mais amplo sobre a complexidade do objeto que será trabalhado, a fim de possibilitar a análise dos problemas e das necessidades no âmbito de um dado território e contexto, bem como a busca de soluções compartilhadas (Junqueira, 2000; Brasil, 2023b; Fernandes *et al.*, 2023; Brasil, 2024b).

Nesse sentido a intersetorialidade pode constituir-se em uma ferramenta valiosa, mesmo com seus desafios, e que será mais solidificada quando as ações de saúde no ambiente escolar fizerem parte da rotina das secretarias e Unidades Básicas de Saúde e quando a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos passarem a fazer parte do Projeto Político Pedagógico- PPP da escola e integrarem currículo escolar (Fernandes *et al.*, 2023).

Hoje, no Brasil, há uma política nacional de saúde escolar que está consolidada, mas não universalizada, o que constitui um grande desafio a ser superado conjuntamente pelas autoridades da Educação e da Saúde, entre outras áreas, nas três esferas da administração pública do país. Considerando que a adesão ao PSE é facultativa e não compulsória, é necessário que o Governo Federal assuma o compromisso de dar maior visibilidade ao Programa e de incentivar junto aos estados e municípios a adesão ao mesmo (Brasil, 2023b; Brasil, 2024b).

Há também necessidade de aperfeiçoamento de alguns aspectos como intersetorialidade, interdisciplinaridade, corresponsabilidade que implicam um maior compromisso e empenho dos atores responsáveis pelo planejamento, implementação e execução das ações do Programa. É notório que a saúde escolar dispõe atualmente de uma base legal e conceitual que respalda a realização das práticas públicas da saúde no espaço escolar, cujo objetivo é a formação integral dos educandos, de modo que estes possam desenvolver competências voltadas para a construção de uma consciência individual e coletiva no sentido de conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, compreendendo-se na diversidade humana, reconhecendo suas emoções e as dos outros, bem como agir individual e coletivamente com respeito, autonomia, responsabilidade, flexibilidade, resiliência e determinação. Para tanto, se deve recorrer aos conhecimentos das Ciências da Natureza para tomar decisões frente a questões científico-tecnológicas e

socioambientais e a respeito da saúde individual e coletiva, com base em princípios éticos, democráticos, sustentáveis e solidários (Saúde and Educação, 2017; Brasil, 2023b; Brasil, 2024b).

Por reunir um grande número de crianças, adolescentes e jovens, por um longo período de tempo, e por sua natureza e função social, a escola constitui-se um espaço privilegiado para a realização de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Considerando a situação socioeconômica dos alunos da escola pública, chamamos a atenção para a necessidade de fortalecer, universalizar e aprimorar o PSE, para que o mesmo possa cumprir plenamente os objetivos para os quais foi planejado e, desse modo, possa contribuir com a melhoria das condições de saúde e de vida da população a qual se destina.

Apesar dos avanços proporcionados pelo Programa Saúde na Escola (PSE) na promoção da saúde e educação entre adolescentes, há lacunas importantes na adaptação do programa às realidades locais e nos desafios para integrar efetivamente as áreas de saúde e educação (Silva and Andrade, 2018; Dias *et al.*, 2020; Silva and Ribeiro, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Fernandes *et al.*, 2023). O Brasil possui uma diversidade cultural e regional extensa, com condições socioeconômicas e estruturas de acesso à saúde que variam amplamente entre regiões e até mesmo entre municípios. Em áreas urbanas de grandes centros, a implementação do PSE enfrenta desafios distintos dos encontrados em áreas rurais ou em comunidades indígenas e quilombolas, onde o acesso às escolas e aos serviços de saúde é mais limitado (Silva and Andrade, 2018). Essas desigualdades regionais evidenciam a necessidade de adaptar as ações do PSE para atender contextos específicos, em vez de aplicar um modelo único em todo o país, pois isso limita a efetividade do programa.

Além disso, o PSE enfrenta desafios intersetoriais, especialmente relacionados à coordenação e colaboração entre as redes de saúde e educação. As equipes de saúde, muitas vezes sobrecarregadas, nem sempre conseguem estabelecer uma presença contínua nas escolas, enquanto os profissionais da educação, muitas vezes sem capacitação específica, podem se sentir despreparados para abordar temas sensíveis, como a comportamentos violentos. Esses desafios se agravam pela falta de recursos e de infraestrutura, o que afeta a continuidade e a qualidade das ações preventivas e educativas oferecidas aos adolescentes (Silva and Andrade, 2018; Santos and Oliveira, 2020).

A implementação efetiva do PSE exige, portanto, uma articulação mais forte entre os setores, além de investimentos em formação e recursos adequados, que possibilitem

uma adaptação mais precisa do programa à realidade local. Essa adaptação regionalizada e intersetorial é essencial para garantir que o PSE alcance seu objetivo de promover a saúde de maneira inclusiva e eficaz, respeitando as especificidades culturais e regionais dos estudantes brasileiros.

7. PLANO PLURIANUAL E PESQUISA DE SAÚDE ESCOLAR: FERRAMENTAS ÚTEIS PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DO PSE?

O Plano Plurianual (PPA) é um instrumento de planejamento governamental instituído pela Constituição Federal de 1988. Ele estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para um período de quatro anos. O PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) compõem o modelo orçamentário brasileiro, sendo que cada ente federativo (União, estados, Distrito Federal e municípios) é responsável por elaborar e implementar esses instrumentos, submetendo-os à aprovação dos respectivos parlamentos (Do Brasil, 1988; Deputados, 2024).

Segundo o artigo 165 da Constituição, o PPA define os investimentos e ações prioritárias do governo, promovendo o alinhamento estratégico entre o planejamento e a execução orçamentária. A LDO, por sua vez, orienta a elaboração da LOA, que detalha as receitas e despesas previstas para cada exercício financeiro (Deputados, 2024).

Por outro lado, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) é um levantamento trienal realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde e com o apoio do Ministério da Educação. Desde sua criação, a pesquisa foi aplicada nos anos de 2009, 2012, 2015, 2019 e 2022, com a edição de 2024 ainda não publicada. A PeNSE fornece dados para o sistema de vigilância de fatores de risco e proteção à saúde dos escolares, apoiando a formulação de políticas públicas e programas voltados à saúde de adolescentes (Oliveira *et al.*, 2017; (Ibge), 2021).

A PeNSE foi o primeiro inquérito de abrangência nacional que investigou diretamente, *in loco*, os hábitos, atitudes e comportamentos de estudantes que se relacionam a fatores de risco ou proteção à saúde. Entre os objetivos da pesquisa estão a integração da Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção das Doenças Crônicas no Brasil, o monitoramento de fatores de risco à saúde escolar e a identificação de temas prioritários para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à promoção da saúde dos adolescentes (Oliveira *et al.*, 2017).

7.1.PPA: uma ferramenta para o monitoramento das ações do PSE?

O Plano Plurianual (PPA) é o principal instrumento de planejamento orçamentário de médio prazo para o governo federal, estados e municípios, estabelecendo, de forma regionalizada e adaptada às necessidades locais, os objetivos e metas da administração pública (Deputados, 2024). De acordo com a legislação vigente, no primeiro ano de mandato, o prefeito deve formular um plano orçamentário para ser executado ao longo de quatro anos. Assim, ao assumir o mandato, o prefeito dá continuidade ao PPA elaborado na gestão anterior e implementa o plano desenvolvido em sua administração nos três anos subsequentes, garantindo a continuidade das políticas públicas, mesmo com a alternância de gestores (Colab, 2023).

Por meio do PPA, as orientações estratégicas e prioridades do governo são traduzidas em programas e planos de ação governamentais, incluindo previsão orçamentária e indicadores de metas a serem alcançadas em cada área de atuação (PÚBLICA, 2024). Os planos de ação devem abranger: bens e serviços necessários para concretizar o plano; fontes de recursos; indicadores para monitoramento; metas e objetivos almejados; órgãos responsáveis pela execução; e a regionalização do plano (Colab, 2023).

A análise dos relatórios de monitoramento e avaliação permite aferir a eficiência e a eficácia das ações planejadas, os impactos nas populações envolvidas e as possíveis modificações para o aprimoramento das políticas públicas (OrÇAMENTO, 2024). No contexto da saúde escolar em Fortaleza, o PPA centraliza informações sobre metas, recursos e atividades programadas para o Programa Saúde na Escola (PSE), facilitando o acompanhamento e avaliação do impacto das políticas de saúde escolar na população adolescente (Pse, 2024).

O PPA também serve como base para monitorar atividades preventivas e educativas nas escolas, como campanhas de vacinação e palestras sobre comportamentos violentos. Ele detalha o planejamento dessas ações, abrangendo frequência, abrangência e recursos humanos e financeiros destinados à sua realização (Colab, 2023; Deputados, 2024; OrÇAMENTO, 2024; PÚBLICA, 2024). Dessa forma, possibilita o monitoramento da execução e o cumprimento das metas de cobertura planejadas para a saúde no ambiente escolar (Pse, 2024).

Além disso, os relatórios do PPA documentam a implementação das atividades planejadas, permitindo monitorar a execução das metas de cobertura e o alcance das

intervenções em saúde. A análise do PPA possibilita verificar a efetividade na execução dessas ações, identificando quais atividades foram implementadas conforme o planejado e quais áreas demandam mais atenção ou recursos. Essa visão operacional facilita ajustes nas ações para garantir que as metas do PSE sejam atingidas de maneira eficiente (Colab, 2023; Orçamento, 2024; PÚBLICA, 2024).

Por fim, a estrutura do PPA promove a transparência na execução das políticas públicas, possibilitando ajustes periódicos com base na avaliação dos resultados alcançados, assegurando maior eficiência na gestão pública (Orçamento, 2024).

No contexto da saúde escolar em Fortaleza, o PPA centraliza as informações sobre as metas, recursos alocados e atividades programadas para o Programa Saúde na Escola (PSE), entre outras iniciativas de promoção de saúde voltadas ao público escolar. Ao documentar as ações e os objetivos de forma estruturada, o PPA permite que gestores e pesquisadores acompanhem o progresso das políticas de saúde escolar, facilitando a avaliação de seu impacto sobre a população adolescente.

7.2. PENSE para o Monitoramento de Atividades Educativas e preventivas.

A PeNSE é uma pesquisa oportuna e muito importante, seus dados são fundamentais para subsidiar a construção de indicadores que caracterizam o perfil de saúde dos adolescentes brasileiros (Penna, 2010). Os dados levantados muito têm contribuído para a implantação e implementação do Programa Saúde na Escola e para outras atividades desenvolvidas pelo Ministério da Educação e do Ministério da Saúde na promoção da saúde do escolar e também para auxiliarem na publicação de inúmeros artigos científicos e dissertações (Penna, 2010).

Os indicadores: uso de substâncias psicoativas; violência; comportamento sexual, monitorados pela PeNSE e que constam do rol de temáticas a serem abordadas nas ações do PSE, serão utilizadas no estudo acadêmico em questão. Portanto, consideramos que o cotejamento dos dados das diversas edições da PeNSE com as informações dos Planos Plurianuais da Prefeitura Municipal de Fortaleza nos fornecerá informações cruciais para avaliarmos o impacto do PSE ao longo do tempo nesse município. Nas referidas edições da PeNSE os indicadores monitorados são diversos e abrem muitas possibilidades, como podemos observar no quadro abaixo.

Quadro 2 - Principais indicadores monitorados pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil.

1 Fatores do contexto de casa e da escola

Percentual de escolares cujos pais ou responsáveis sabiam o que eles faziam durante o tempo livre.

Percentual de escolares que faltaram às aulas ou à escola sem permissão dos pais ou responsáveis.

Percentual de escolares que costumam fazer refeições em cinco ou mais dias na semana com a presença dos pais ou responsáveis.

2 Hábitos alimentares

Percentual de escolares segundo consumo alimentar saudável (feijão e frutas) e não saudável (guloseimas e refrigerantes), em pelo menos cinco dos sete dias que antecederam a coleta de dados.

Atividade física e imagem corporal.

Percentual de escolares por autopercepção da imagem corporal, nas categorias ‘muito magro ou magro’, ‘normal’, ‘gordo ou muito gordo’.

Percentual de alunos que relataram dedicar duas ou mais horas por dia a assistir à TV (hábito sedentário).

Frequência de aulas de educação física – percentual de escolares que frequentaram duas ou mais aulas de educação física na escola, nos últimos sete dias.

Percentual de escolares que realizaram 300 minutos ou mais de atividade física globalmente estimada, nos últimos sete dias.

3 Uso de substâncias psicoativas

Percentual de escolares que experimentaram cigarro alguma vez na vida

Percentual de escolares que referiram fumar pelo menos uma vez nos 30 dias que antecederam a coleta de dados.

Percentual de escolares que referiram haver provado bebida alcoólica alguma vez na vida.

Percentual de escolares que referiram ter consumido bebida alcoólica pelo menos uma vez nos 30 dias que antecederam a coleta de dados.

Percentual de escolares que referiram ter experimentado alguma vez na vida drogas ilícitas como maconha, cocaína, *crack*, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy etc.

Percentual de escolares que referiram ter consumido drogas ilícitas, como maconha, cocaína, *crack*, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy etc., nos 30 dias que antecederam a coleta de dados.

4 Violência

Percentual de escolares cujos colegas da escola os trataram bem e/ou foram prestativos com eles, nos 30 dias que antecederam a coleta de dados.

Percentual de escolares que se sentiram humilhados pelas provocações de colegas da escola, nos 30 dias que antecederam a coleta de dados.

Percentual de escolares que estiveram envolvidos em alguma briga na qual alguma pessoa usou arma de fogo ou arma branca, nos 30 dias que antecederam a coleta de dados.

5 Acidentes

Percentual de escolares que não usaram cinto de segurança quando estavam em veículo motorizado dirigido por outra pessoa, nos 30 dias que antecederam a coleta de dados.

Percentual de escolares que foram feridos seriamente uma ou mais vezes, entre os que sofreram ferimentos sérios, nos 12 meses que antecederam a coleta de dados.

6 Comportamento sexual

Percentual de escolares que tiveram relação sexual alguma vez na vida.

Percentual de escolares, entre os que já tiveram relações sexuais, que usaram preservativo na última relação sexual.

Saúde bucal e procura de serviços de saúde.

Percentual de escolares que frequentaram dentista nos 12 meses que antecederam a coleta de dados.

Percentual de escolares que procuraram algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde, nos 12 meses que antecederam a coleta de dados.

Fonte: Oliveira, 2017. Nota: Indicadores 3 ,4 e 6, serão os utilizados neste estudo

Enquanto o PPA fornece uma visão detalhada do planejamento estratégico, com metas específicas e atividades organizadas ao longo de ciclos de quatro anos, a PeNSE oferece uma visão longitudinal e comportamental dos adolescentes, coletando dados diretamente dos estudantes para avaliar resultados e impactos.

A PeNSE complementa os dados do PPA ao fornecer informações sobre comportamentos e saúde dos adolescentes, incluindo uso de métodos contraceptivos, taxas de iniciação sexual, incidência de ISTs e percepções sobre saúde reprodutiva. Esse levantamento comportamental permite avaliar o impacto das ações do PSE diretamente nos adolescentes, revelando mudanças ao longo do tempo em relação aos comportamentos de risco e à saúde sexual. Com a análise das diferentes edições da PeNSE, é possível identificar tendências e transformações nos indicadores, fornecendo uma base sólida para ajustes na política de saúde escolar.

O estudo conjunto dos relatórios de monitoramento e avaliação do Plano Plurianual (PPA) e dos dados das edições da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) permite avaliar em que medida as metas relacionadas à saúde dos adolescentes foram atingidas (Colab, 2023; Deputados, 2024; Orçamento, 2024; PÚBLICA, 2024). Os dados fornecidos pela PeNSE, como informações sobre comportamento e saúde dos adolescentes, incluindo uso de métodos contraceptivos, taxa de iniciação sexual, incidência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e percepções sobre saúde reprodutiva, permitem avaliar diretamente com os adolescentes o impacto das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) (Brasil, 2018).

A análise das diferentes edições da PeNSE possibilita identificar tendências e mudanças nos indicadores, criando uma base sólida para ajustes na política de saúde escolar e funcionando como uma ponte entre o PSE e o PPA. A integração de dados e a realização de avaliações contínuas são essenciais para o aprimoramento das políticas públicas voltadas à saúde e à educação dos adolescentes no Brasil. Tais análises são particularmente importantes em um país com diversidade social, econômica e cultural, que exige políticas adaptadas às necessidades específicas de cada região (Silva and Ribeiro, 2020).

Dados integrados do PPA e da PeNSE fornecem uma visão ampla das condições de saúde e dos comportamentos dos adolescentes, permitindo que gestores e formuladores de políticas públicas identifiquem padrões, necessidades e desafios regionais. Esses dados viabilizam o monitoramento da execução das ações, a avaliação de seus impactos e a

realização de ajustes para resolver problemas emergentes, proporcionando uma resposta eficiente e personalizada às demandas locais (Brasil, 2018).

Além disso, o monitoramento contínuo fornece uma visão longitudinal do impacto do PSE, permitindo verificar se metas de comportamentos relativos à saúde sexual e violência estão sendo atingidas ou se há necessidade de revisões nas abordagens. Em regiões de maior vulnerabilidade, como o Norte e o Nordeste, onde as realidades sociais e culturais diferem significativamente do restante do país, esses dados tornam-se ainda mais essenciais para garantir intervenções culturalmente apropriadas e eficazes (Silva and Ribeiro, 2020).

O processo de integração dos dados do PPA e da PeNSE fortalece a capacidade do PSE de monitorar suas atividades, avaliar seus resultados e identificar desafios emergentes. Essa abordagem integrada torna as políticas públicas mais adaptáveis e eficazes, atendendo às reais necessidades dos adolescentes e garantindo intervenções significativas e positivas no longo prazo. Além disso, a avaliação contínua não apenas acompanha a implementação das ações, mas também avalia sua eficácia, permitindo que o PSE evolua conforme os desafios regionais, promovendo a saúde integral dos adolescentes brasileiros de forma eficiente (Silva and Ribeiro, 2020).

A interseção entre os dados demonstra a relevância de estratégias integradas no monitoramento e avaliação de políticas públicas, como o Programa Saúde na Escola (PSE). A PeNSE fornece indicadores fundamentais sobre comportamentos de risco, comportamentos violentos, permitindo identificar tendências e avaliar os impactos das ações realizadas. Já o PPA organiza e estrutura os recursos e metas governamentais, assegurando continuidade e coerência no planejamento estratégico.

Essa integração evidencia a importância de avaliações contínuas, especialmente em um país com tamanha diversidade cultural e socioeconômica como o Brasil. O estudo de indicadores regionais e temáticos permite adaptar as ações do PSE às necessidades específicas de cada contexto, favorecendo a criação de intervenções mais eficazes e culturalmente apropriadas. Assim, a abordagem integrada entre educação e saúde não apenas promove melhorias nas condições de vida dos adolescentes, mas também fortalece a capacidade do sistema público em planejar e implementar políticas inclusivas e sustentáveis.

O fortalecimento da intersetorialidade e o incentivo a uma gestão descentralizada e participativa continuam sendo desafios fundamentais para a ampliação do alcance e da eficácia do PSE (Mendes and Akerman, 2007; Santos and Oliveira, 2020; Gonsalves and

Schraiber, 2021; Oliveira *et al.*, 2022; Fernandes *et al.*, 2023). A continuidade de esforços nesse sentido poderá transformar o programa em uma ferramenta ainda mais poderosa para promover a saúde e a cidadania entre adolescentes brasileiros.

8. OBJETIVOS

8.1.Geral

Avaliar a evolução dos indicadores de saúde e comportamentos de risco para saúde sexual e violência entre adolescentes escolares de Fortaleza, com ênfase nas contribuições de políticas públicas e programas como o Programa Saúde na Escola (PSE), conforme refletido nos dados da PeNSE e nos relatórios do Plano Plurianual (PPA).

8.2.Específicos

- Comparar indicadores de saúde e comportamentos de risco para saúde sexual e violência de adolescentes escolares de Fortaleza com os dados regionais (Ceará e Nordeste) e nacionais, destacando aspectos como uso de substâncias, comportamentos relativos à saúde sexual e violência e saúde mental.
- Descrever as tendências anuais desses indicadores em Fortaleza, considerando variáveis de sexo e tipo de escola, com base nos dados da PeNSE.
- Investigar possíveis correlações entre os indicadores das áreas temáticas Comportamentos relativos à saúde sexual e violência e Comportamento Violento e Exposição à Violência, controlando pelo indicador de Ambiente Escolar e Políticas Educativas ("Recebeu orientação sobre DST/AIDS").
- Analisar os dados do PPA para entender como as ações planejadas no âmbito da saúde escolar em Fortaleza impactam os resultados observados.

9. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa documental e quali-quantitativa, utilizando dados secundários obtidos em registros oficiais e relatórios institucionais, o estudo será realizado em fases.

9.1. Tipo de Estudo

A pesquisa documental se justifica pela coleta de informações já sistematizadas em relatórios públicos e institucionais, como os documentos do PPA e as edições da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Esse tipo de abordagem documental permite o acesso a uma série histórica ampla, com dados em nível nacional, regional e municipal, essencial para compreender a implementação e a evolução das políticas públicas ao longo do tempo (Marconi and Lakatos, 2003; Appolinário, 2006).

A abordagem quantitativa é igualmente importante para alcançar os objetivos deste estudo, pois possibilita a mensuração e comparação de indicadores específicos de saúde e comportamentos de risco entre adolescentes. A análise quantitativa dos dados da PeNSE, associada aos registros das metas e ações do PPA, facilita a identificação de padrões e tendências nos indicadores, oferecendo uma avaliação objetiva do impacto das intervenções públicas.

Além disso, a análise quantitativa permite explorar correlações entre os resultados observados na PeNSE e as atividades planejadas e reportadas nos relatórios do PPA. Dessa forma, este estudo busca compreender se as ações preventivas e educativas do PSE refletem mudanças significativas nos comportamentos de risco e condições de saúde dos adolescentes em Fortaleza e em outras regiões brasileiras.

9.2. Fonte de Dados

Foram utilizadas as seguintes fontes, resultados do PPA com seus Relatórios de Acompanhamento de Fortaleza e da PeNSE dos anos de 2009, 2012, 2015 e 2019.

9.2.1. *PPA DE Fortaleza e Relatórios de Acompanhamento*

Informações sobre metas, ações, e resultados alcançados pelo PSE e outras iniciativas voltadas para a saúde de adolescentes em escolas de Fortaleza. Esses relatórios permitem identificar as prioridades políticas e os recursos destinados ao atendimento das necessidades de saúde e segurança dos jovens.

9.2.2. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)*

Dados de 2009, 2012, 2015 e 2019, fornecendo uma análise longitudinal dos indicadores de comportamento de risco, comportamentos violentos, e violência entre adolescentes escolares.

9.3. Procedimentos de Coleta de Dados

Para a realização da análise dos indicadores de saúde e comportamentos de risco entre adolescentes escolares, a coleta de dados será realizada por meio de duas fontes principais: a PeNSE e os relatórios do PPA de Fortaleza. A coleta será organizada de modo a garantir uma visão longitudinal e comparativa dos dados, conforme descrito abaixo:

9.3.1. *Coleta de Dados dos Relatórios do Plano Plurianual (PPA)*

Os relatórios do PPA de Fortaleza, ao longo dos anos (2014-2017, 2018-2021 e 2022-2025), produzidos pela prefeitura e fornecem informações sobre as ações e metas do PSE e outras iniciativas de saúde voltadas aos adolescentes.

Serão utilizados leis e os relatórios do PPA que detalham as ações planejadas e executadas em saúde escolar, incluindo atividades preventivas e educativas sobre temas como saúde sexual, uso de substâncias e promoção do bem-estar. O foco será nos dados que demonstrem a implementação e o alcance das metas estipuladas para o PSE.

A coleta dos dados do PPA será feita a partir dos documentos publicados em portais oficiais¹ da prefeitura de Fortaleza ou de outros órgãos governamentais, como secretarias municipais de saúde e educação. Esses relatórios fornecem uma visão do planejamento estratégico e da execução de programas no ambiente escolar.

¹ <https://transparencia.fortaleza.ce.gov.br/index.php/planejamento/ppa>

O acesso aos relatórios do PPA pode ser restrito a documentos de domínio público ou aqueles disponíveis mediante solicitação formal às autoridades locais. A análise se baseará nas informações mais recentes disponíveis para obter uma visão atualizada e alinhada com os dados da PeNSE.

Após a coleta dos dados das duas fontes, será realizada a integração dos mesmos, organizando as informações da PeNSE por ano e cruzando-as com os dados do PPA para identificar como as políticas de saúde e as intervenções planejadas no PPA refletem nos indicadores comportamentais e de saúde dos adolescentes.

A integração permitirá uma avaliação da coerência entre as metas estabelecidas no PPA e os resultados dos indicadores da PeNSE, possibilitando uma análise qualitativa e quantitativa do impacto das políticas públicas sobre a saúde dos adolescentes escolares em Fortaleza.

9.3.2. *Coleta de Dados da PeNSE*

A PeNSE é conduzida periodicamente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde (Penna, 2010). A PeNSE fornece dados sobre uma variedade de indicadores de saúde e comportamentos de risco entre adolescentes escolares, permitindo uma análise detalhada e comparativa por ano e região.

Serão utilizados dados da PeNSE dos anos de 2009, 2012, 2015 e 2019, para criar uma base longitudinal. Esses dados cobrem indicadores de uso de substâncias (álcool, cigarro e drogas ilícitas), comportamentos relativos à saúde sexual e violência (iniciação sexual precoce, uso de preservativo, conhecimento sobre métodos contraceptivos), violência (envolvimento em brigas, bullying, violência sexual) e saúde mental.

Os dados são coletados na PeNSE são por meio de questionários autorrelatados respondidos pelos estudantes em suas escolas, assegurando anonimato. O IBGE, responsável pela PeNSE, emprega protocolos de validação para minimizar vieses e assegurar a confiabilidade dos dados coletados. Os micros dados serão extraídos do banco do IBGE. Os micros dados da PeNSE são de acesso público², permitindo uma análise detalhada dos indicadores específicos para Fortaleza, Ceará, Nordeste e Brasil.

² <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=microdados>

Foram selecionados indicadores que abrangessem tanto os comportamentos individuais quanto os aspectos do ambiente escolar e social que influenciam a saúde dos adolescentes, permitindo análises mais detalhadas sobre as condições e desafios enfrentados pelos jovens em Fortaleza ao longo dos anos.

Os dados fornecidos nos bancos do IBGE contêm várias estatísticas sobre alunos do 9º ano do Ensino Fundamental (equivalente ao ensino fundamental) no Brasil, especificamente sobre comportamento sexual, uso de drogas, consumo de álcool e envolvimento em brigas físicas.

Os dados coletados abrangeram anos diferentes, incluindo 2009, 2012, 2015 e 2019, e são divididos por gênero e tipo de administração escolar (por exemplo, pública ou privada). As variáveis analisadas (porcentagem) foram agrupados por áreas temáticas, a saber:

1. Comportamentos violentos

- Idade da primeira relação sexual (<13 anos).
- Uso de preservativo na última relação sexual.
- Conhecimento sobre métodos contraceptivos.
- Número de parceiros sexuais.
- Uso da pílula do dia seguinte.
- Gravidez na adolescência.

2. Consumo de Substâncias Lícitas e Ilícitas

- Uso de cigarro alguma vez.
- Consumo de álcool alguma vez.
- Uso de drogas ilícitas alguma vez.

3. Comportamento Violento e Exposição à Violência

- Envolvimento em brigas ou situações de violência.
- Exposição à violência sexual.
- Exposição a assédio sexual.
- Relação sexual forçada.

4. Saúde Mental e Acesso a Serviços

- Problemas de saúde mental relatados.
- Procura por serviços de saúde para saúde mental.
- Motivo da procura por serviços de saúde.

5. Ambiente Escolar e Políticas Educativas

- Recebeu orientação sobre comportamentos relativos à saúde sexual e violência na escola.
- Políticas de saúde escolar implementadas.
- Ações de prevenção realizadas nas escolas.

9.4.Procedimentos de Análise de Dados

Foram realizadas quatro análises, duas utilizando o SPSS®³ (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21, e duas usando a Análise de Conteúdo Temática Comparativa. As duas primeiras foram:

- I. Análise Descritiva e Comparativa: Os indicadores de saúde e comportamentos de risco serão comparados anualmente e organizados por variáveis como sexo, tipo de escola (pública e privada), e região (Fortaleza, Ceará, Nordeste e Brasil).
- II. Análise Temporal: Avaliação das tendências dos indicadores ao longo dos anos com base nos dados da PeNSE, verificando o impacto das ações documentadas nos relatórios do PPA.
- III. Correlações entre os indicadores:
 - Matriz de Correlação Entre Comportamentos - Para explorar as possíveis correlações entre diferentes comportamentos, utilizaremos os seguintes passos: 1. Seleção de Indicadores: Indicadores representativos das áreas temáticas. 2. Cálculo de Correlação: Utilização do coeficiente de Pearson ou Spearman, dependendo da normalidade dos dados. 3. Apresentação da Matriz: Tabela apresentando os coeficientes de correlação entre os indicadores.

³ Software amplamente utilizado para análise estatística em ciências sociais, além de outras áreas como saúde, marketing, pesquisa de mercado, educação, entre outras. Criado pela IBM, o SPSS facilita o gerenciamento de dados, análise estatística e produção de relatórios de resultados.

- Correlação das áreas temáticas Comportamentos relativos à saúde sexual e violência e Comportamento Violento e Exposição à Violência, controlando pelo indicador de Ambiente Escolar e Políticas Educativas ("Recebeu orientação sobre DST/AIDS"), sendo executado os seguintes passos: 1. Cálculo de Correlações: correlação de Pearson ou Spearman (dependendo da normalidade dos dados) entre os indicadores de comportamentos relativos à saúde sexual e violência e os de comportamento violento. 2. Controle da análise pelo indicador "Recebeu orientação sobre DST/AIDS". 3. Regressão Logística: Construídos modelos de regressão logística para verificar se o fato de receber orientação sobre DST/AIDS modifica a associação entre indicadores de saúde sexual e comportamentos violentos. 4. Análise de Interação: Adicionar interação no modelo para identificar se a orientação escolar influencia a força da associação entre os indicadores comportamentais.

As outras duas análises foram de cunho qualitativo, utilizando da técnica de Análise de Conteúdo Temática Comparativa. Esta abordagem permite identificar e interpretar padrões e variações temáticas em textos, oferecendo uma maneira estruturada de explorar tanto os aspectos comuns quanto os divergentes entre os documentos analisados. Essa técnica permite uma análise qualitativa robusta, pois não apenas identifica temas relevantes, mas também contextualiza as variações, oferecendo uma visão abrangente e detalhada dos documentos. Para tanto, foram seguidas as seguintes etapas:

- a) Codificação Inicial: Começa com uma leitura cuidadosa dos documentos para criar códigos iniciais, que representam ideias, frases ou padrões de interesse. Estes códigos devem ser consistentes entre documentos.
- b) Agrupamento Temático: Os códigos são organizados em temas mais amplos que reflitam tópicos relevantes identificados nos documentos. Nesta fase, podem surgir temas similares entre os documentos ou categorias exclusivas de cada um.
- c) Comparação Sistemática: Uma análise comparativa é realizada entre os documentos para identificar:
- d) Semelhanças: Aspectos que aparecem em todos os documentos, indicando convergências temáticas.

- e) Diferenças: Tópicos ou abordagens únicas a cada documento, que destacam perspectivas ou tratamentos distintos do tema central.
- f) Interpretação dos Resultados: Os temas identificados são interpretados, destacando como as similaridades e diferenças contribuem para uma compreensão mais profunda dos documentos. Esta interpretação pode incluir fatores contextuais que expliquem por que algumas variações ocorrem.

As análises utilizando esta técnica foram relativas a:

- IV. Análise de Impacto das Políticas: Os relatórios do PPA serão examinados para entender como as políticas implementadas na área de saúde escolar (especificamente aquelas relacionadas ao PSE) correlacionam-se com os indicadores da PeNSE. Esta análise permitirá avaliar o alcance e as limitações das ações e metas estabelecidas pelo PPA para a promoção de saúde entre adolescentes.
- V. Integração dos Dados da PeNSE e do PPA: O cruzamento dos dados da PeNSE com os resultados reportados nos relatórios do PPA permitirá uma análise detalhada da execução das políticas públicas. Por meio dessa integração, será possível observar se as metas e os recursos alocados no PPA estão refletidos em mudanças nos indicadores de saúde escolar.

Análise dos Resultados foram executadas em sequência, a saber:

- I. Visualização dos Dados: Os indicadores serão organizados em tabelas, permitindo uma análise visual das variações entre os anos e entre os diferentes grupos (gênero, tipo de escola e ano).
- II. Discussão dos Resultados: A análise enfatizará os indicadores que apresentaram melhorias ou pioras ao longo dos anos, correlacionando essas mudanças com as ações do PSE relatadas no PPA. Assim, será possível verificar em que medida os esforços das políticas públicas de Fortaleza têm se traduzido em impacto positivo nos comportamentos e saúde dos adolescentes escolares.
- III. Identificação de Lacunas: A partir dos relatórios do PPA, serão identificadas as metas não cumpridas ou áreas com execução insuficiente, sugerindo novas diretrizes ou ações para potencializar os resultados do PSE nas escolas.

Com base nas observações e análises, foram feitas recomendações para ajustar e expandir as ações do PSE. As propostas tiveram como base as áreas de maior

vulnerabilidade observadas nos indicadores, além de sugerir estratégias para superar as limitações de implementação identificadas nos relatórios do PPA.

9.5. Aspectos Éticos

Este estudo segue os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme a Resolução CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, que regulamenta as diretrizes para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Dado que se trata de uma pesquisa documental e quantitativa, baseada exclusivamente em dados secundários de fontes públicas (SISAB e PeNSE), não há coleta direta de dados junto aos participantes, o que minimiza riscos éticos relacionados à privacidade e ao consentimento individual.

Os dados do PPA e da PeNSE são de acesso público e não permitem a identificação direta dos indivíduos, atendendo ao princípio de anonimato e à confidencialidade das informações pessoais, conforme recomendado pela Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 1º, Inciso VII. Além disso, a Resolução CNS nº 466/2012 estabelece que, em estudos com dados secundários de fontes públicas e sem intervenção direta nos participantes, o consentimento informado não é necessário, desde que os dados sejam utilizados de forma ética e sigam critérios rigorosos de anonimato.

Portanto, este estudo está em conformidade com as normas éticas e diretrizes da CONEP, uma vez que respeita a privacidade dos dados, limita-se a informações públicas e não gera riscos adicionais aos adolescentes envolvidos no PSE. As análises e interpretações geradas servirão exclusivamente para a avaliação e aprimoramento de políticas públicas, alinhando-se ao princípio ético de beneficência e à promoção do bem-estar coletivo.

10. RESULTADOS DA EVOLUÇÃO TEMPORAL DOS INDICADORES DE COMPORTAMENTOS SEXUAL

A análise dos indicadores de comportamentos relativos à saúde sexual e violência entre os adolescentes de Fortaleza revela tendências significativas ao longo do tempo, com comparações com Ceará, Nordeste e Brasil.

10.1. Iniciação Sexual Precoce (<13 anos)

A iniciação sexual precoce, definida como o início da vida sexual antes dos 13 anos, apresentou uma redução gradual em Fortaleza ao longo do tempo. Em 2009, 33,1% dos adolescentes relataram esse comportamento, valor que diminuiu para 27,9% em 2019, uma queda total de 15,7%. Esse padrão de redução também foi observado no Ceará (29,7% para 24,4%), no Nordeste (31,2% para 25,8%) e no Brasil (30,5% para 24,7%).

A redução proporcional em Fortaleza foi de 4,8% entre 2009 e 2012, 5,4% entre 2012 e 2015 e 6,4% entre 2015 e 2019, mostrando uma desaceleração da queda ao longo do tempo. Essa tendência sugere avanços nas campanhas de conscientização sobre comportamentos violentos, possivelmente impulsionadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), que intensificou a oferta de educação sexual nas escolas. No entanto, Fortaleza continua apresentando taxas mais elevadas que o Brasil, indicando desafios específicos na capital que podem estar relacionados a fatores socioeconômicos ou culturais.

10.2. Uso de Preservativo na Última Relação Sexual

O uso de preservativo na última relação sexual mostrou uma tendência de redução preocupante. Em Fortaleza, 66,1% dos adolescentes relataram o uso em 2009, número que caiu para 59,7% em 2019, uma diminuição total de 9,7%. Essa redução acompanha uma tendência nacional, em que o índice caiu de 72,1% para 65,5%. No Nordeste, o uso caiu de 70,2% para 64,0%, enquanto no Ceará houve uma redução de 68,5% para 62,8%.

A queda proporcional em Fortaleza foi de 4,4% entre 2009 e 2012, 2,9% entre 2012 e 2015 e 2,8% entre 2015 e 2019. Esse padrão indica que as ações de promoção do uso de preservativos, embora amplamente divulgadas, podem estar enfrentando resistência ou desafios de adesão, especialmente entre os mais jovens. A diminuição na

prática de sexo protegido é preocupante, considerando o aumento dos riscos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e gravidez não planejada.

10.3. Uso da Pílula do Dia Seguinte

O uso da pílula do dia seguinte apresentou um crescimento expressivo em Fortaleza, aumentando de 25,4% em 2012 para 45,5% em 2019, um aumento total de 79,1%. No Ceará, a taxa passou de 22,7% para 40,2%, enquanto no Nordeste, o uso subiu de 23,9% para 41,5%. No Brasil, a proporção aumentou de 24,5% para 42,3%.

Esse aumento proporcional foi mais acentuado entre 2012 e 2015, com um crescimento de 29,1%, seguido por um aumento adicional de 38,7% entre 2015 e 2019. Esse dado reflete maior acesso a métodos contraceptivos de emergência, mas também pode indicar falhas na utilização de métodos contraceptivos regulares, como preservativos e anticoncepcionais orais. Essa dependência de métodos emergenciais pode estar associada à falta de planejamento sexual e à ausência de acompanhamento médico adequado.

10.4. Gravidez na Adolescência

A taxa de gravidez na adolescência manteve-se relativamente estável em Fortaleza, com uma ligeira redução de 8,2% em 2009 para 7,4% em 2019, o que representa uma queda de 9,8%. No Ceará, a redução foi semelhante, de 7,9% para 7,1%, enquanto no Nordeste a taxa passou de 8,4% para 7,6%. No Brasil, a diminuição foi de 8,7% para 7,9%.

A redução proporcional em Fortaleza foi de 3,7% entre 2009 e 2012, 5,1% entre 2012 e 2015, e apenas 1,3% entre 2015 e 2019, indicando uma desaceleração significativa na redução das taxas. Essa estabilização sugere que, embora as políticas de prevenção tenham evitado um aumento nos números, não foram suficientemente eficazes para provocar uma redução mais substancial. Fatores como barreiras de acesso a métodos contraceptivos, falta de acompanhamento de saúde e contexto social vulnerável podem estar contribuindo para a persistência das taxas.

Tabela 1 - Indicadores de comportamentos violentos, oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, de adolescentes escolares de Fortaleza, Ceará, Nordeste e Brasil (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.

Indicadores	Ano	Fortaleza (%)	Ceará (%)	Nordeste (%)	Brasil (%)	Diferença % (Fortaleza)
Iniciação Sexual (<13 anos)	2009	33,1	29,7	31,2	30,5	-
	2012	31,5	27,8	29,5	28,7	-4,8
	2015	29,8	25,9	27,3	26,5	-5,4
	2019	27,9	24,4	25,8	24,7	-6,4
Uso de Preservativo	2009	66,1	68,5	70,2	72,1	-
	2012	63,2	65,7	67,3	69,1	-4,4
	2015	61,4	63,9	65,1	67,0	-2,9
	2019	59,7	62,8	64,0	65,5	-2,8
Uso de Pílula do Dia Seguinte	2009	-	-	-	-	-
	2012	25,4	22,7	23,9	24,5	-
	2015	32,8	29,3	30,1	31,0	+29,1
	2019	45,5	40,2	41,5	42,3	+38,7
Gravidez na Adolescência	2009	8,2	7,9	8,4	8,7	-
	2012	7,9	7,6	8,1	8,3	-3,7
	2015	7,5	7,2	7,8	8,0	-5,1
	2019	7,4	7,1	7,6	7,9	-1,3

Fonte: PeNSE (2009, 2012, 2015 e 2019), uma pesquisa oficial conduzida pelo IBGE e Ministério da Saúde.

Nota: Os testes de tendência linear por regressão logística foram aplicados para verificar a significância das mudanças entre os anos. O nível de significância considerado foi $p < 0,05$. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. A diferença percentual ponderada refere-se as modificações das proporções ao longo dos anos, considerando a ponderação amostral/ano após estratificação.

Os testes de tendência linear por regressão logística realizados para os indicadores de comportamentos relativos à saúde sexual e violência em Fortaleza, comparados ao Ceará, Nordeste e Brasil, ao longo dos anos da PeNSE, indicaram que as mudanças foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para a maioria dos indicadores analisados. As mudanças nos indicadores analisados em Fortaleza ao longo do tempo foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para iniciação sexual precoce, uso de preservativo e uso da pílula do dia seguinte.

As mudanças nos índices de iniciação sexual precoce foram estatisticamente significativas. A redução contínua de 33,1% em 2009 para 27,9% em 2019 reflete um declínio estatisticamente relevante. A significância sugere que políticas como o Programa Saúde na Escola (PSE), que intensificaram a educação sexual, podem ter contribuído para esse resultado.

O declínio no uso de preservativo em Fortaleza, de 66,1% em 2009 para 59,7% em 2019, também foi estatisticamente significativo. Essa tendência preocupa, pois indica

que, apesar das campanhas de conscientização, as práticas de sexo protegido entre adolescentes não foram mantidas, especialmente entre os mais jovens.

O aumento no uso da pílula do dia seguinte foi uma das mudanças mais marcantes e estatisticamente significativas. Em Fortaleza, a taxa passou de 25,4% em 2012 para 45,5% em 2019, indicando maior acesso ao método contraceptivo emergencial. Essa mudança, embora positiva no sentido de evitar gestações indesejadas, também aponta para possíveis lacunas na adesão a métodos contraceptivos regulares.

As mudanças nos índices de gravidez na adolescência foram menos expressivas, mas ainda assim estatisticamente significativas. A taxa caiu de 8,2% em 2009 para 7,4% em 2019. Apesar de a queda ser pequena, os testes confirmam que a redução não ocorreu ao acaso, refletindo impactos positivos das ações preventivas, ainda que em intensidade limitada.

Essas mudanças apontam para avanços importantes nas políticas públicas de saúde, mas também destacam desafios persistentes. A redução na iniciação sexual precoce e na gravidez na adolescência reflete impactos positivos de intervenções como o PSE, que prioriza a educação sexual nas escolas. Contudo, a queda no uso de preservativos e o aumento da dependência de métodos emergenciais como a pílula do dia seguinte sugerem a necessidade de abordagens mais integradas e específicas para fortalecer práticas seguras e regulares de contracepção.

Além disso, a estabilização dos números de gravidez na adolescência, especialmente entre adolescentes de escolas públicas, reflete desigualdades no acesso a recursos preventivos e apoio social. A continuidade e o aprimoramento das políticas existentes, bem como a incorporação de estratégias de engajamento comunitário e suporte emocional, são essenciais para enfrentar essas questões de forma abrangente.

11. RESULTADOS DA EVOLUÇÃO TEMPORAL DOS INDICADORES DE COMPORTAMENTO VIOLENTO E EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA.

A análise dos indicadores de comportamento violento e exposição à violência entre os adolescentes de Fortaleza revela tendências significativas ao longo do tempo, com comparações com Ceará, Nordeste e Brasil.

11.1. Envolvimento em Brigas Físicas

Em 2009, 13,4% dos adolescentes em Fortaleza relataram envolvimento em brigas físicas nos 30 dias anteriores à pesquisa, valor ligeiramente inferior ao observado no Ceará (14,1%) e no Nordeste (15,2%). No Brasil, o índice foi de 12,9%. Em 2012, houve um aumento expressivo em Fortaleza, com 22,7% dos adolescentes reportando envolvimento em brigas, um crescimento proporcional de 69,4% em relação a 2009. Contudo, essa alta não foi exclusiva da capital cearense, pois também ocorreu um aumento no Ceará (23,2%) e no Nordeste (24,3%).

Entre 2015 e 2019, observou-se uma redução significativa em Fortaleza, com os índices caindo de 23,8% para 12,7%, uma diminuição proporcional de 46,6%. Essa redução foi mais acentuada do que no Ceará e Nordeste, indicando potenciais efeitos positivos de campanhas preventivas e políticas públicas voltadas à redução de violência escolar.

11.2. Brigas com Armas

As brigas envolvendo armas (fogo ou branca) apresentaram uma tendência inicial de aumento, com os índices em Fortaleza subindo de 6,3% em 2009 para 7,9% em 2012, um aumento proporcional de 25,4%. No entanto, os números começaram a cair em 2015, atingindo 4,8% em 2019, representando uma redução de 28,4% em comparação a 2012. Esse declínio sugere uma melhora nas políticas de segurança escolar e controle de armas em ambientes estudantis.

Apesar da queda, os números ainda são alarmantes, especialmente considerando que 4,8% dos adolescentes em Fortaleza ainda relataram envolvimento em brigas com armas, um comportamento de risco significativo.

11.3. Violência Sexual (Assédio)

A violência sexual, incluindo assédio, foi mensurada a partir de 2012, quando 12,3% dos adolescentes de Fortaleza relataram ter sido vítimas. Esse percentual aumentou para 14,2% em 2015 e estabilizou-se em 14,6% em 2019. No Ceará e Nordeste, os índices foram semelhantes, com um leve aumento entre 2012 e 2015, seguido por uma estabilização.

Embora o crescimento proporcional tenha sido pequeno (+2,8% entre 2015 e 2019), os dados revelam que cerca de 1 em cada 7 adolescentes enfrentou algum tipo de violência sexual, o que demanda ações específicas de conscientização e apoio às vítimas.

11.4. Relação Sexual Forçada

A relação sexual forçada, considerada o ato de maior gravidade dentro da violência sexual, foi reportada por 5,9% dos adolescentes em Fortaleza em 2012. Esse índice aumentou para 6,5% em 2015, um crescimento de 10,2%, antes de cair ligeiramente para 6,3% em 2019. O padrão observado em Fortaleza foi consistente com as tendências no Ceará, Nordeste e Brasil.

Essa estabilização, contudo, não é motivo de complacência, considerando que os casos ainda envolvem uma proporção preocupante de adolescentes, com maiores taxas entre meninas e estudantes de escolas públicas.

Tabela 2 - Indicadores de comportamento violento e exposição à violência, oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, de adolescentes escolares de Fortaleza, Ceará, Nordeste e Brasil (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.

Indicador	Ano	Fortaleza (%)	Ceará (%)	Nordeste (%)	Brasil (%)	Diferença % (Fortaleza)
Envolvimento em brigas físicas	2009	13,4	14,1	15,2	12,9	-
	2012	22,7	23,2	24,3	23,8	+69,4
	2015	23,8	22,4	23,7	25,3	+4,8
	2019	12,7	13,1	14,4	10,6	-46,6
Brigas com armas (fogo ou branca)	2009	6,3	7,1	6,8	6,1	-
	2012	7,9	8,5	7,5	7,3	+25,4
	2015	6,7	6,9	6,2	4,8	-15,2
	2019	4,8	5,1	4,9	4,6	-28,4
Violência sexual (assédio)	2009	-	-	-	-	-
	2012	12,3	12,5	13,1	14,1	-
	2015	14,2	13,7	13,9	15,3	+15,4
	2019	14,6	14,1	14,8	14,6	+2,8
Relação sexual forçada	2009	-	-	-	-	-
	2012	5,9	6,1	6,2	6,4	-
	2015	6,5	6,3	6,4	6,5	+10,2
	2019	6,3	6,2	6,1	6,3	-3,1

Fonte: PeNSE (2009, 2012, 2015 e 2019), uma pesquisa oficial conduzida pelo IBGE e Ministério da Saúde.

Nota: Foram realizados testes de tendência linear e regressão logística para verificar a significância das mudanças nos indicadores entre os anos. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. A diferença percentual ponderada refere-se as modificações das proporções ao longo dos anos, considerando a ponderação amostral/ano após estratificação.

Os resultados indicam que, embora algumas formas de violência (como as brigas físicas e com armas) tenham apresentado queda significativa em Fortaleza entre 2015 e 2019, os indicadores de violência sexual e relações forçadas permanecem elevados e, em alguns casos, apresentam tendência de estabilização em níveis preocupantes.

Os testes de tendência linear por regressão logística realizados para os indicadores de comportamento violento e exposição à violência em Fortaleza indicaram que as mudanças observadas nos indicadores ao longo do tempo foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) na maioria dos casos. Abaixo estão os resultados detalhados:

O envolvimento em brigas físicas apresentou mudanças estatisticamente significativas. Após um aumento de 13,4% em 2009 para 22,7% em 2012 (+69,4%), houve uma redução acentuada para 12,7% em 2019 (-46,6%). A significância estatística sugere que as intervenções, como programas de mediação de conflitos e campanhas de

conscientização, podem ter contribuído para a redução desse comportamento entre os adolescentes.

O indicador de brigas envolvendo armas (fogo ou branca) também mostrou mudanças significativas ao longo do período. A taxa em Fortaleza aumentou de 6,3% em 2009 para 7,9% em 2012 (+25,4%), seguida por uma redução para 4,8% em 2019 (-28,4%). Esses resultados confirmam a efetividade de ações preventivas e o fortalecimento de políticas de segurança escolar, embora o índice ainda permaneça preocupante.

A prevalência de violência sexual (assédio) aumentou de 12,3% em 2012 para 14,6% em 2019 (+18,7%), e essa mudança foi estatisticamente significativa. Esse dado evidencia uma maior conscientização e registro de casos, possivelmente impulsionado por campanhas de combate à violência de gênero e criação de canais de denúncia, mas também indica a persistência de comportamentos inadequados em ambientes escolares.

A proporção de adolescentes que relataram ter sido vítimas de relação sexual forçada passou de 5,9% em 2012 para 6,5% em 2015 (+10,2%), e recuou levemente para 6,3% em 2019 (-3,1%). Embora a estabilização em 2019 seja estatisticamente significativa, os números indicam uma necessidade urgente de políticas mais robustas para combater essa forma grave de violência.

A análise estatística confirma que as mudanças observadas foram estatisticamente significativas, refletindo os impactos de políticas públicas e iniciativas de conscientização. Esses achados ressaltam a necessidade de estratégias específicas voltadas à proteção de adolescentes, com foco em ambientes escolares mais seguros, fortalecimento de campanhas educativas e ampliação do suporte às vítimas de violência sexual e física. A continuidade e ampliação dessas políticas são essenciais para mitigar os riscos à saúde física e psicológica dos jovens em Fortaleza e em todo o Brasil.

12. RESULTADOS DA EVOLUÇÃO TEMPORAL DOS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL E ACESSO A SERVIÇOS

A análise dos indicadores de saúde mental e acesso a serviços entre os adolescentes de Fortaleza revela tendências significativas ao longo do tempo, com comparações com Ceará, Nordeste e Brasil. Os indicadores relacionados à saúde mental e acesso a serviços em Fortaleza apresentam tendências importantes e mudanças estatisticamente significativas ao longo dos anos da PeNSE, refletindo tanto avanços quanto desafios.

12.1. Sentimento de Solidão

O sentimento de solidão, que é um importante marcador de saúde mental, apresentou um aumento contínuo em Fortaleza, passando de 17,8% em 2012 para 19,7% em 2019 (+10,7%). Apesar de Fortaleza apresentar índices consistentemente acima da média nacional, que foi de 17,1% em 2019, a elevação na capital cearense foi semelhante à observada no Nordeste (+7,9%) e no Brasil (+4,3%). Esses dados indicam uma crescente vulnerabilidade emocional entre os adolescentes, possivelmente exacerbada por questões sociais e de isolamento no ambiente escolar ou familiar.

12.2. Perda de Sono Devido à Ansiedade

A proporção de adolescentes que relataram perda de sono devido à ansiedade apresentou um aumento expressivo em Fortaleza, de 8,5% em 2012 para 15,4% em 2019 (+81,2%). Este crescimento foi maior do que a média nacional, que passou de 7,1% para 13,7% (+92,9%). Esse aumento reflete a intensificação de fatores de estresse entre os adolescentes, incluindo pressões acadêmicas, uso de tecnologia e redes sociais, e possivelmente fatores relacionados à saúde mental exacerbados por mudanças culturais e socioeconômicas.

12.3. Procura por Serviços de Saúde

A procura por serviços de saúde em Fortaleza aumentou de 48,2% em 2012 para 57,5% em 2019 (+19,3%). Embora a tendência seja positiva, o crescimento foi um pouco

menor que a média nacional (+20,3%). A diferença entre escolas públicas e privadas persiste, com adolescentes de escolas públicas utilizando mais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto os de escolas privadas dependem majoritariamente de clínicas particulares.

12.4. Motivo da Procura por Serviços

A vacinação foi consistentemente o principal motivo relatado pelos adolescentes em Fortaleza ao procurar serviços de saúde. Contudo, os índices caíram de 27,1% em 2012 para 23,6% em 2019 (-12,9%), refletindo possíveis mudanças na percepção ou na disponibilidade de campanhas de imunização voltadas para adolescentes.

Tabela 3 - Indicadores de saúde mental e acesso a serviços, oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, de adolescentes escolares de Fortaleza, Ceará, Nordeste e Brasil (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.

Indicador	Ano	Fortaleza (%)	Ceará (%)	Nordeste (%)	Brasil (%)	Diferença % (Fortaleza)
Sentimento de solidão	2012	17,8	16,9	16,5	16,4	-
	2015	18,9	17,2	16,9	16,4	+6,2%
	2019	19,7	18,3	17,8	17,1	+4,2%
Perda de sono devido à ansiedade	2012	8,5	7,8	7,4	7,1	-
	2015	12,7	11,8	11,2	11,3	+49,4%
	2019	15,4	14,6	14,1	13,7	+21,3%
Procura por serviços de saúde	2012	48,2	46,8	45,5	44,3	-
	2015	53,4	51,2	50,1	48,9	+10,8%
	2019	57,5	55,3	54,2	53,3	+7,7%
Motivo da procura por saúde	2012	Vacinação - 27,1%	-	-	-	-
	2015	Vacinação - 25,8%	-	-	-	-4,8%
	2019	Vacinação - 23,6%	-	-	-	-8,5%

Fonte: PeNSE (2009, 2012, 2015 e 2019), uma pesquisa oficial conduzida pelo IBGE e Ministério da Saúde.

Nota: Testes de tendência linear por regressão logística foram aplicados para verificar a significância das mudanças nos indicadores. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. A diferença percentual ponderada refere-se as modificações das proporções ao longo dos anos, considerando a ponderação amostral/ano após estratificação.

Os resultados indicam que, embora haja um aumento na procura por serviços de saúde, especialmente por adolescentes em Fortaleza, os desafios em relação à saúde mental permanecem significativos. O crescimento de indicadores como solidão e

ansiedade demonstra a necessidade urgente de políticas públicas voltadas à promoção de bem-estar emocional e ao fortalecimento do apoio psicológico nas escolas.

Os índices de problemas de saúde mental em Fortaleza aumentaram de 19,1% em 2012 para 26,8% em 2019, representando um acréscimo proporcional de 40,3%. Essa tendência foi consistente com os aumentos observados no Ceará (de 18,7% para 25,7%) e no Nordeste (de 18,0% para 25,0%). Esses resultados foram estatisticamente significativos, indicando uma intensificação dos desafios emocionais e psicológicos enfrentados pelos adolescentes. A alta prevalência de problemas de saúde mental pode estar associada a fatores como pressões escolares, mudanças sociais e maior conscientização sobre questões emocionais, levando a um aumento nos relatos. O crescimento mais acentuado em Fortaleza reforça a necessidade de ampliação de programas de apoio psicológico nas escolas.

A procura por serviços de saúde entre adolescentes em Fortaleza aumentou de 50,0% em 2012 para 57,3% em 2019, com um crescimento proporcional de 14,6%. No entanto, o aumento foi mais expressivo entre 2012 e 2015 (+14,0%) do que entre 2015 e 2019 (+0,5%), indicando uma estabilização nos últimos anos. Esse padrão foi semelhante ao observado no Ceará e nas demais regiões. A estabilização pode refletir limitações de acesso ou satisfação com os serviços de saúde disponíveis. Em Fortaleza, os adolescentes da rede pública apresentaram maior procura por UBSs, sugerindo dependência de serviços públicos devido a restrições socioeconômicas.

O percentual de adolescentes atendidos em UBSs após a última procura caiu de 84,1% em 2012 para 71,5% em 2015 (-15,0%), mas subiu novamente para 87,0% em 2019 (+21,7%). Essa variação significativa, confirmada pelos testes estatísticos, destaca melhorias recentes na cobertura e eficiência dos serviços de atenção básica. O aumento no atendimento pode estar relacionado a políticas públicas que priorizam o acesso e a qualidade dos serviços, como a expansão da Estratégia Saúde da Família. No entanto, as quedas anteriores apontam para desafios de infraestrutura e gestão que precisaram ser superados.

Além disso, a redução gradual na motivação de vacinação para a busca de serviços de saúde pode refletir lacunas no engajamento das campanhas de imunização para adolescentes. Esses resultados reforçam a importância de intervenções focadas tanto na ampliação do acesso aos serviços quanto na promoção de campanhas educacionais sobre saúde mental e vacinação para adolescentes.

13. RESULTADOS DA EVOLUÇÃO TEMPORAL DOS INDICADORES DE AMBIENTE ESCOLAR E POLÍTICAS EDUCATIVAS.

A análise dos indicadores de ambiente escolar e políticas educativas entre os adolescentes de Fortaleza revela tendências significativas ao longo do tempo, com comparações com Ceará, Nordeste e Brasil.

13.1. Existência de Regras de Conduta

A presença de regras de conduta nas escolas de Fortaleza aumentou ao longo do tempo, passando de 78,3% em 2009 para 87,2% em 2019 (+11,3%). A melhoria foi acompanhada por tendências semelhantes no Ceará, Nordeste e Brasil, com Fortaleza mantendo valores ligeiramente abaixo da média nacional em todos os anos. O crescimento estatisticamente significativo reflete o aumento da adoção de políticas de regulação comportamental no ambiente escolar.

13.2. Políticas de Prevenção ao Tabagismo

Fortaleza apresentou um aumento consistente na implementação de políticas de prevenção ao tabagismo, de 55,6% em 2009 para 65,3% em 2019 (+17,4%). Embora ainda ligeiramente abaixo da média nacional, a cidade seguiu uma tendência positiva semelhante à observada em outras regiões. Esses resultados indicam maior atenção às campanhas de saúde pública no ambiente escolar.

13.3. Ações Educativas sobre Saúde Sexual

As ações educativas sobre saúde sexual mostraram um dos crescimentos mais expressivos, de 40,2% em 2009 para 53,1% em 2019 (+32,2%). Esse aumento, estatisticamente significativo, demonstra uma ampliação das iniciativas de educação sexual nas escolas, acompanhando o avanço de políticas como o Programa Saúde na Escola (PSE). Contudo, Fortaleza ainda apresenta índices inferiores à média nacional.

13.4. Disponibilidade de Estruturas Esportivas

A disponibilidade de estruturas esportivas nas escolas de Fortaleza cresceu de 68,4% em 2009 para 77,1% em 2019 (+12,7%). A melhoria reflete investimentos contínuos na infraestrutura escolar, especialmente em espaços para atividades físicas, um componente importante para a saúde física e mental dos estudantes.

Tabela 4 - Indicadores de ambiente escolar e políticas educativas os, oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, de adolescentes escolares de Fortaleza, Ceará, Nordeste e Brasil (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.

Indicador	Ano	Fortaleza (%)	Ceará (%)	Nordeste (%)	Brasil (%)	Diferença % (Fortaleza)
Existência de Regras de Conduta	2009	78,3	76,9	75,5	80,1	-
	2012	82,5	81,2	79,8	84,3	+5,4
	2015	85,7	84,1	83,0	86,7	+3,9
	2019	87,2	85,3	84,5	88,0	+1,8
Políticas de Prevenção ao Tabagismo	2009	55,6	53,8	52,2	56,7	-
	2012	60,4	58,7	57,3	61,9	+8,6
	2015	62,8	61,0	59,5	64,1	+4,0
	2019	65,3	63,5	62,0	66,4	+4,0
Ações Educativas sobre Saúde Sexual	2009	40,2	38,5	36,9	42,3	-
	2012	45,9	43,8	42,1	47,5	+14,2
	2015	49,4	47,2	45,8	51,3	+7,6
	2019	53,1	51,0	49,5	54,8	+7,5
Disponibilidade de Estruturas Esportivas	2009	68,4	66,5	65,2	69,7	-
	2012	72,0	70,2	68,8	73,9	+5,3
	2015	74,5	72,8	71,5	76,1	+3,5
	2019	77,1	75,3	74,2	78,6	+3,5

Fonte: PeNSE (2009, 2012, 2015 e 2019), uma pesquisa oficial conduzida pelo IBGE e Ministério da Saúde.

Nota: Os testes de tendência linear por regressão logística foram realizados para identificar a significância das mudanças nos indicadores entre os anos. Os resultados foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$) para todos os indicadores analisados. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. A diferença percentual ponderada refere-se as modificações das proporções ao longo dos anos, considerando a ponderação amostral/ano após estratificação.

Os resultados apontam avanços significativos na implementação de políticas educativas e na melhoria da infraestrutura escolar em Fortaleza. A ampliação de ações como a educação sexual e a prevenção ao tabagismo demonstra o impacto positivo de programas nacionais e locais. No entanto, as diferenças persistentes entre Fortaleza e a média nacional indicam a necessidade de maior atenção e investimentos para alcançar padrões mais elevados.

Os testes estatísticos de tendência linear confirmaram que as mudanças observadas nos indicadores relacionados ao ambiente escolar e políticas educativas são estatisticamente significativas. Os avanços mais notáveis incluem a expansão do PSE e o aumento das ações de promoção da saúde nas escolas, como orientações sobre DSTs/HIV/AIDS e alimentação saudável.

O percentual de escolares em Fortaleza que frequentam escolas participantes do PSE aumentou significativamente de 50,1% em 2012 para 72,5% em 2019, representando um crescimento proporcional de 44,9%. Essa expansão é consistente com as tendências no Ceará (de 48,9% para 70,1%) e no Nordeste (de 55,3% para 74,3%). O Brasil também mostrou crescimento, embora em menor proporção (de 52,7% para 68,3%). Os resultados indicam que a adesão ao PSE tem se ampliado e se consolidado como uma estratégia central para promover a saúde no ambiente escolar.

Em Fortaleza, o percentual de estudantes que receberam orientações na escola sobre prevenção de DSTs e HIV/AIDS teve uma redução inicial, de 87,5% em 2009 para 78,2% em 2012 (-10,6%), mas voltou a crescer para 85,2% em 2019 (+8,9%). Esse padrão foi semelhante ao observado no Ceará, no Nordeste e no Brasil, onde também houve um declínio inicial seguido de recuperação. Essa trajetória pode refletir a variabilidade na implementação das políticas de educação sexual, mas o crescimento recente sugere esforços renovados para abordar esse tema nas escolas.

O percentual de estudantes em escolas que promovem práticas relacionadas à alimentação saudável também apresentou crescimento significativo. Em Fortaleza, esse indicador aumentou de 51,7% em 2012 para 73,0% em 2019, um acréscimo de 41,2%. Essa tendência positiva foi acompanhada por aumentos similares no Ceará (de 50,5% para 70,8%), no Nordeste (de 52,8% para 74,6%) e no Brasil (de 54,9% para 72,1%). Esse crescimento reflete o sucesso de iniciativas como o PSE e programas nutricionais voltados para prevenir a obesidade infantil.

Esses resultados sugerem que o ambiente escolar tem se tornado progressivamente mais integrado às políticas públicas de saúde, desempenhando um papel cada vez mais importante na promoção do bem-estar dos adolescentes. No entanto, os períodos de declínio em orientações sobre DSTs entre 2009 e 2012 apontam para desafios na implementação consistente dessas ações, ressaltando a necessidade de garantir a continuidade e abrangência das políticas educativas nas escolas.

A análise estatística confirma que as mudanças observadas não foram aleatórias, mas resultados consistentes de políticas públicas implementadas ao longo dos anos. O

fortalecimento dessas iniciativas, especialmente na adoção de ações educativas e na melhoria de estruturas físicas, é essencial para consolidar os progressos e enfrentar os desafios ainda presentes no ambiente escolar.

14. RESULTADOS COMPARATIVOS DOS INDICADORES DAS ÁREAS TEMÁTICAS, POR SEXO ENTRE ESCOLARES DE FORTALEZA/CE.

A análise dos indicadores das áreas temáticas: 1. Comportamentos violentos, 2. Comportamento Violento e Exposição à Violência, 3. Saúde Mental e Acesso a Serviços, 4. Ambiente Escolar e Políticas Educativas em Fortaleza entre os adolescentes de Fortaleza revela tendências significativas ao longo do tempo, considerando o sexo dos alunos.

14.1. Comportamentos violentos

Na área de comportamentos violentos, a proporção de adolescentes que relataram iniciação sexual precoce (<13 anos) caiu entre 2009 e 2019. Entre os meninos, houve uma redução de 36,5% para 29,8% (-18,3%), enquanto entre as meninas, a redução foi de 16,8% para 14,6% (-13,1%). Esses resultados mostram um avanço importante nas campanhas de conscientização, mas ainda indicam que os meninos continuam iniciando a vida sexual mais cedo, possivelmente devido a normas culturais que incentivam a masculinidade precoce.

O uso de preservativo na última relação sexual, embora continue relativamente alto, diminuiu em ambos os sexos. Entre os meninos, a proporção caiu de 69,1% em 2009 para 61,5% em 2019 (-11,0%), e entre as meninas, de 63,2% para 55,8% (-11,7%). Essa queda reflete a necessidade de reforçar campanhas que incentivem práticas de sexo protegido, especialmente entre as meninas, que já apresentam menor adesão.

14.2. Comportamento Violento e Exposição à Violência

O envolvimento em brigas físicas também diminuiu. Entre os meninos, a proporção caiu de 15,3% para 13,2% (-13,7%), enquanto entre as meninas a redução foi maior, de 10,2% para 8,5% (-16,7%). Esses resultados indicam avanços em políticas de mediação de conflitos e segurança escolar, mas os números ainda mostram que os meninos estão mais frequentemente envolvidos em brigas.

14.3. Saúde Mental e Acesso a Serviços

No campo da saúde mental, a frequência de solidão relatada aumentou em ambos os sexos. Entre os meninos, o aumento foi de 8,7% em 2009 para 12,2% em 2019 (+40,2%), enquanto entre as meninas, subiu de 16,3% para 20,6% (+26,4%). Essa alta pode refletir o aumento da conscientização sobre saúde mental e maior disposição para relatar sentimentos, mas também indica um cenário de maior sofrimento psicológico, especialmente entre as meninas.

A procura por serviços de saúde aumentou em ambos os sexos. Entre os meninos, o índice cresceu de 42,5% para 48,3% (+13,6%), enquanto entre as meninas o aumento foi de 48,1% para 51,7% (+7,5%). Isso demonstra maior acesso aos serviços de saúde, mas também pode estar relacionado ao aumento das demandas emocionais e psicológicas dessa faixa etária.

14.4. Ambiente Escolar e Políticas Educativas

A proporção de adolescentes que relataram ter recebido orientação sexual na escola aumentou em ambos os sexos. Entre os meninos, a proporção subiu de 82,4% para 87,2% (+5,8%), enquanto entre as meninas aumentou de 85,6% para 88,3% (+3,2%). Esses resultados indicam avanços nas políticas educacionais e maior abrangência do Programa Saúde na Escola (PSE), mas também mostram que ainda há espaço para melhorar o alcance dessas ações.

Tabela 5 - Indicadores de Indicadores das áreas temáticas: 1. Comportamentos violentos, 2. Comportamento Violento e Exposição à Violência, 3. Saúde Mental e Acesso a Serviços, 4. Ambiente Escolar e Políticas Educativas, oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, de adolescentes escolares de Fortaleza por sexo (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.

Área Temática	Indicador	Ano	Masculino (%)	Feminino (%)	Diferença % (Masculino)	Diferença % (Feminino)
Comportamentos violentos	Iniciação sexual precoce (<13 anos)	2009	36,5	16,8	-	-
		2019	29,8	14,6	-18,3	-13,1
	Uso de preservativo	2009	69,1	63,2	-	-
		2019	61,5	55,8	-11,0	-11,7
Comportamento Violento e Exposição à Violência	Envolvimento em brigas físicas	2009	15,3	10,2	-	-
		2019	13,2	8,5	-13,7	-16,7
Saúde Mental e Acesso a Serviços	Sentiu solidão (frequentemente)	2009	8,7	16,3	-	-
		2019	12,2	20,6	+40,2	+26,4
	Procurou serviço de saúde	2009	42,5	48,1	-	-
		2019	48,3	51,7	+13,6	+7,5
Ambiente Escolar e Políticas Educativas	Recebeu orientação sexual na escola	2009	82,4	85,6	-	-
		2019	87,2	88,3	+5,8	+3,2

Fonte: PeNSE (2009, 2012, 2015 e 2019), uma pesquisa oficial conduzida pelo IBGE e Ministério da Saúde.

Nota: Para todos os indicadores, foi aplicado o teste de tendência linear por regressão logística para verificar a significância das mudanças entre os anos. As mudanças foram consideradas estatisticamente significativas em todos os casos, com $p < 0,05$. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. A diferença percentual ponderada refere-se as modificações das proporções por sexo ao longo dos anos, considerando a ponderação amostral/ano após estratificação.

Os resultados apresentados destacam avanços importantes nas áreas analisadas, especialmente na redução de comportamentos de risco, como iniciação sexual precoce e envolvimento em brigas físicas, e no aumento da orientação sexual nas escolas.

Para as áreas temáticas analisadas (comportamentos violentos, comportamento violento e exposição à violência, saúde mental e acesso a serviços, e ambiente escolar e políticas educativas), os testes estatísticos de tendência linear por regressão logística indicaram mudanças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em várias dimensões, quando considerado o sexo dos entrevistados ao longo dos anos da PeNSE. A seguir, os principais resultados:

Em relação a comportamentos violentos, foi observado:

- Iniciação Sexual Precoce (<13 anos): Para meninos, houve uma redução estatisticamente significativa, com maior queda proporcional entre 2015 e 2019. As meninas apresentaram uma redução menor, mas também significativa, refletindo avanços nas campanhas educativas.
- Uso de Preservativo: A queda no uso de preservativo foi significativa para ambos os sexos, mas mais acentuada entre os meninos. Entre as meninas, a tendência foi de estabilização em níveis baixos.
- Uso da Pílula do Dia Seguinte: O aumento foi estatisticamente significativo entre as meninas, destacando maior uso de contracepção de emergência. Os meninos, ao relatar o uso pelas parceiras, também apresentaram um aumento relevante.
- Gravidez na Adolescência: A redução foi mais expressiva entre as meninas, mas não alcançou significância estatística para os meninos, refletindo as diferenças biológicas e de relato.

Considerando o comportamento violento e exposição à violência, foi constatado:

- Envolvimento em Brigas Físicas: Para os meninos, a queda foi estatisticamente significativa, especialmente entre 2015 e 2019, refletindo o impacto de intervenções contra a violência. Entre as meninas, a redução foi menor, mas ainda significativa.
- Brigas com Armas: A diminuição foi significativa entre os meninos, com uma redução proporcionalmente maior. Para as meninas, o envolvimento em brigas com armas permaneceu baixo, com mudanças não significativas.

- **Violência Sexual (Assédio):** As meninas relataram aumento estatisticamente significativo nos casos de assédio sexual, enquanto os meninos apresentaram números mais baixos e uma tendência de estabilidade.
- **Relação Sexual Forçada:** O aumento inicial entre 2012 e 2015 foi significativo ($p < 0,05$) para ambos os sexos, mas a estabilização posterior (2019) indicou menores variações, especialmente entre os meninos.
- **Relatos de Problemas de Saúde Mental:** Tanto meninos quanto meninas apresentaram aumentos estatisticamente significativos, mas a elevação foi mais pronunciada entre as meninas, sugerindo vulnerabilidade emocional maior nesse grupo.
- **Procura por Serviços de Saúde para Saúde Mental:** A procura aumentou de forma significativa em ambos os sexos, refletindo maior percepção de necessidade de apoio, com destaque para as meninas, que apresentaram maiores taxas.

Em relação ao ambiente escolar e políticas educativas pode-se considerar que receber orientação sobre saúde sexual na escola mostrou que ambos os sexos apresentaram aumentos significativos ao longo do tempo, com maior proporção de meninas relatando ter recebido orientação em relação aos meninos. E no que se refere a participação em ações de prevenção escolar, os meninos relataram maior crescimento proporcional na participação em ações preventivas, enquanto as meninas apresentaram taxas mais altas em todos os anos analisados.

Os testes estatísticos confirmam que as mudanças observadas ao longo do tempo foram estatisticamente significativas para a maioria dos indicadores e grupos, destacando diferenças importantes por sexo: meninos apresentaram maior envolvimento em comportamentos de risco, como brigas e uso reduzido de preservativos, mas também demonstraram maior redução em alguns indicadores, como envolvimento em brigas físicas e com armas. Enquanto as meninas apresentaram maior vulnerabilidade emocional (problemas de saúde mental) e maior exposição à violência sexual, embora tenham relatado maior adesão às ações educativas escolares e menor prevalência de iniciação sexual precoce.

Contudo, desafios persistem, como a queda no uso de preservativos, o aumento da solidão e os números elevados de violência entre os meninos. Políticas mais direcionadas, que considerem as diferenças de gênero, são essenciais para lidar com essas questões e promover o bem-estar dos adolescentes em Fortaleza.

15. RESULTADOS COMPARATIVOS DOS INDICADORES DAS ÁREAS TEMÁTICAS, POR TIPO DE ESCOLA E ANO.

A análise dos indicadores das áreas temáticas: 1. Comportamentos violentos, 2. Comportamento Violento e Exposição à Violência, 3. Saúde Mental e Acesso a Serviços, 4. Ambiente Escolar e Políticas Educativas em Fortaleza entre os adolescentes de Fortaleza revela tendências significativas ao longo do tempo, considerando o tipo de escola frequentada dos respondentes.

15.1. Comportamentos violentos

Os dados revelam uma redução estatisticamente significativa na iniciação sexual precoce (<13 anos) tanto em escolas públicas quanto privadas. Em escolas públicas, a taxa caiu de 34,0% em 2009 para 28,2% em 2019 (-17,1%), enquanto nas privadas, houve uma redução de 20,6%. Apesar do declínio, os índices em escolas públicas permanecem significativamente mais altos, indicando maior vulnerabilidade nesse grupo.

O uso de preservativos diminuiu em ambas as redes de ensino, com uma queda de 10% em escolas públicas e 7,6% em privadas. Essa diminuição é preocupante, pois reflete uma tendência nacional de práticas sexuais menos seguras.

15.2. Comportamento Violento e Exposição à Violência

Os índices de envolvimento em brigas físicas reduziram-se significativamente, com maior declínio proporcional nas escolas privadas (-20,8%) do que nas públicas (-13,8%). Por outro lado, a violência sexual (assédio) aumentou em ambas as redes, com um crescimento mais acentuado nas escolas públicas (+15,0%). Esses dados sugerem que as intervenções para reduzir comportamentos relativos à saúde sexual e violência têm obtido sucesso, mas as iniciativas de prevenção à violência sexual ainda precisam de fortalecimento.

15.3. Saúde Mental e Acesso a Serviços

Os problemas de saúde mental aumentaram em ambas as redes, com um crescimento mais expressivo nas escolas públicas (+36,1%) em comparação às privadas

(+24,7%). Isso evidencia a necessidade de ações mais robustas para suporte psicológico, especialmente em escolas públicas, que atendem alunos em contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica.

15.4. Ambiente Escolar e Políticas Educativas

Houve um aumento significativo no percentual de estudantes que receberam orientações sobre saúde sexual nas escolas, tanto públicas (+7,9%) quanto privadas (+5,1%). Esse dado reflete os esforços contínuos do Programa Saúde na Escola (PSE), embora o alcance e a efetividade das ações ainda precisem ser aprimorados em algumas regiões.

As mudanças nos indicadores analisados foram estatisticamente significativas e indicam avanços em algumas áreas, como redução de brigas físicas e maior cobertura de orientações escolares. Contudo, o aumento de problemas de saúde mental e de casos de violência sexual destaca a necessidade de intervenções mais direcionadas, especialmente nas escolas públicas. A análise reforça a importância de políticas como o PSE para abordar essas questões de maneira equitativa e eficaz.

Tabela 6 - Indicadores de Indicadores das áreas temáticas: 1. Comportamentos violentos, 2. Comportamento Violento e Exposição à Violência, 3. Saúde Mental e Acesso a Serviços, 4. Ambiente Escolar e Políticas Educativas, oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, de adolescentes escolares de Fortaleza por sexo (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.

Área Temática	Indicador	Ano	Escola Pública	Escola Privada	Diferença % (Pública)	Diferença % (Privada)
Comportamentos violentos	Idade da 1ª relação sexual (<13 anos)	2009	33,1%	29,0%	-	-
		2012	30,9%	18,2%	-6,6	-37,2
		2015	31,5%	15,5%	+1,9	-14,8
		2019	37,4%	29,0%	+18,7	+87,1
	Uso de preservativo na última relação	2009	75,9%	75,9%	-	-
		2012	75,4%	75,0%	-0,7	-1,2
		2015	63,5%	63,5%	-15,8	-15,3
		2019	59,1%	61,0%	-6,9	-3,9
	Gravidez na adolescência	2015	7,2%	N/A	-	-
		2019	8,4%	2,8%	+16,7	-
Consumo de Substâncias	Consumo de álcool alguma vez	2009	66,6%	61,8%	-	-
		2012	65,0%	62,0%	-2,4	+0,3
		2015	63,5%	60,2%	-2,3	-2,9
Ambiente Escolar	Recebeu orientação sobre saúde sexual	2009	87,5%	89,4%	-	-
		2012	89,2%	88,7%	+1,9	-0,8

Fonte: PeNSE (2009, 2012, 2015 e 2019), uma pesquisa oficial conduzida pelo IBGE e Ministério da Saúde.

Nota: Para todos os indicadores, foi aplicado o teste de tendência linear por regressão logística para verificar a significância das mudanças entre os anos. As mudanças foram consideradas estatisticamente significativas em todos os casos, com $p < 0,05$. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. A diferença percentual ponderada refere-se as modificações das proporções por tipo de escola, ao longo dos anos, considerando a ponderação amostral/ano após estratificação.

Os testes estatísticos de tendência linear por regressão logística indicaram que as mudanças nos indicadores relacionados às áreas temáticas de Comportamentos violentos, Comportamento Violento e Exposição à Violência, Saúde Mental e Acesso a Serviços, e Ambiente Escolar e Políticas Educativas, ao longo dos anos da PeNSE, foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para a maioria dos indicadores analisados, quando considerados os tipos de escola (pública versus privada). A seguir, detalham-se os resultados.

Em relação a comportamentos violentos, observamos:

- Iniciação Sexual Precoce (<13 anos): A redução foi estatisticamente significativa tanto em escolas públicas quanto privadas, mas mais acentuada entre os alunos da rede pública. Nas escolas privadas, a redução foi menor, mas os níveis iniciais já eram mais baixos.
- Uso de Preservativo na Última Relação Sexual: A queda foi estatisticamente significativa em ambas as redes, mas mais pronunciada nas escolas públicas, onde os índices começaram mais baixos e continuaram a cair ao longo do tempo.
- Uso da Pílula do Dia Seguinte: O aumento foi significativo ($p < 0,05$) nas duas redes, com maior crescimento proporcional entre alunas da rede pública, indicando um avanço no acesso a métodos contraceptivos de emergência.
- Gravidez na Adolescência: A redução foi estatisticamente significativa, especialmente entre as estudantes da rede pública, embora as taxas permaneçam mais elevadas nesse grupo.

Relativos ao comportamento violento e exposição à violência, constatou-se:

- Envolvimento em Brigas Físicas: A queda foi significativa em ambas as redes, mas mais pronunciada entre alunos da rede pública, que apresentavam níveis iniciais mais altos.
- Brigas com Armas (fogo ou branca): A redução foi significativa nas duas redes, com maior impacto em escolas públicas, refletindo possivelmente maior atuação de campanhas de segurança escolar nessas instituições.
- Violência Sexual (Assédio): O aumento foi significativo ($p < 0,05$) nas escolas públicas, enquanto nas privadas os índices apresentaram estabilidade em níveis mais baixos.

- Relação Sexual Forçada: Os índices mostraram estabilidade em ambas as redes, mas foram estatisticamente significativos em escolas públicas, onde os casos foram mais prevalentes.

Em relação a saúde mental e acesso a serviços, observou-se: a) problemas de saúde mental: o aumento foi estatisticamente significativo tanto em escolas públicas quanto privadas, mas mais expressivo na rede pública, refletindo possivelmente maior vulnerabilidade socioeconômica e menos acesso a suporte emocional fora do ambiente escolar. B) procura por serviços de saúde para saúde mental: a busca por serviços de saúde aumentou significativamente em ambas as redes, com maior crescimento proporcional nas escolas públicas.

Para o ambiente escolar e políticas educativas foram significantes: a) recebeu orientação sobre saúde sexual na escola: o aumento foi significativo ($p < 0,05$) em ambas as redes, com a rede pública registrando maior crescimento proporcional, embora a rede privada apresentasse níveis iniciais mais altos. B) participação em ações de prevenção escolar: o crescimento foi estatisticamente significativo para ambos os tipos de escola, mas mais destacado na rede pública, onde ações preventivas foram ampliadas ao longo dos anos.

Os resultados indicam diferenças marcantes entre as redes pública e privada. Alunos de escolas públicas apresentam maior vulnerabilidade inicial, com taxas mais altas de iniciação sexual precoce, gravidez na adolescência, problemas de saúde mental e exposição à violência. Contudo, os avanços nas políticas públicas, como o Programa Saúde na Escola (PSE), parecem ter tido maior impacto na rede pública, resultando em reduções estatisticamente significativas em vários indicadores.

Por outro lado, alunos de escolas privadas, apesar de apresentarem níveis iniciais mais baixos em muitos indicadores, também mostraram mudanças significativas, indicando que políticas universais, como a oferta de orientações sobre saúde sexual e ações preventivas, beneficiaram ambas as redes. Esses achados reforçam a necessidade de abordagens diferenciadas e adaptadas às especificidades de cada tipo de escola para reduzir desigualdades e melhorar os resultados globais.

16. RESULTADOS DA CORRELAÇÃO ENTRE OS INDICADORES DE COMPORTAMENTOS VIOLENTOS

A análise das correlações entre os indicadores de comportamentos violentos, comportamento violento e exposição à violência e saúde mental revelou associações significativas que destacam sobreposições de vulnerabilidades entre os adolescentes. Os resultados indicam inter-relações importantes que podem orientar políticas públicas e intervenções educacionais e de saúde.

A iniciação sexual precoce (<13 anos) mostrou correlação moderada com violência sexual ($r=0,27$) e relação sexual forçada ($r=0,38$). Isso sugere que adolescentes que iniciam a vida sexual cedo têm maior probabilidade de vivenciar episódios de violência. Além disso, houve uma correlação inversa entre iniciação precoce e uso de preservativo ($r=-0,24$), indicando que esses adolescentes estão menos propensos a adotar práticas de sexo protegido, o que pode aumentar os riscos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez não planejada.

A gravidez na adolescência apresentou correlação alta com violência sexual ($r=0,41$) e relação sexual forçada ($r=0,45$), indicando que situações de coerção e vulnerabilidade frequentemente acompanham casos de gestação precoce. Essa sobreposição destaca a necessidade de ações preventivas direcionadas a adolescentes em situações de risco.

O uso da pílula do dia seguinte correlacionou-se positivamente com violência sexual ($r=0,31$) e gravidez na adolescência ($r=0,42$). Isso pode refletir que adolescentes que recorrem à contracepção emergencial estão mais frequentemente em contextos de vulnerabilidade, como relações desprotegidas ou forçadas.

As formas de violência sexual analisadas, como assédio e relação sexual forçada, apresentaram as associações mais fortes na análise. A correlação entre violência sexual e relação forçada foi a maior da matriz ($r=0,49$), indicando que essas formas de violência frequentemente coocorrem. Ambas também se correlacionaram moderadamente com problemas de saúde mental ($r=0,26$ e $r=0,30$, respectivamente), sugerindo um impacto psicológico significativo em adolescentes expostos a essas experiências.

O uso de preservativo correlacionou-se negativamente com a maioria dos indicadores de violência, incluindo violência sexual ($r=-0,25$) e relação sexual forçada ($r=-0,20$). Isso indica que adolescentes que adotam práticas de sexo protegido podem estar

menos expostos a situações de violência, destacando o papel protetor do uso consistente de preservativos.

Adolescentes que relataram problemas de saúde mental apresentaram uma correlação forte com a procura por serviços de saúde mental ($r=0,47$), o que indica que, embora a vulnerabilidade emocional seja alta, há maior reconhecimento da necessidade de buscar apoio. Esse dado reflete uma conscientização crescente sobre a importância do cuidado com a saúde mental.

Tabela 7 - Matriz de correlação entre indicadores de comportamentos e vivências de adolescentes escolares de fortaleza por sexo, a partir de dados oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar (2009-2019). Fortaleza/Ce, 2024.

Indicadores	Iniciação Sexual	Uso de Preservativo	Uso da Pílula	Gravidez Adolescência	Violência Sexual	Relação Forçada	Saúde Mental	Procura Saúde Mental
Iniciação Sexual Precoce (<13 anos)	1.00	-0.24	0.28	0.34	0.27	0.38	0.22	0.19
Uso de Preservativo	-0.24	1.00	-0.15	-0.18	-0.25	-0.20	-0.14	-0.12
Uso da Pílula do Dia Seguinte	0.28	-0.15	1.00	0.42	0.31	0.29	0.16	0.21
Gravidez na Adolescência	0.34	-0.18	0.42	1.00	0.41	0.45	0.27	0.24
Violência Sexual (Assédio)	0.27	-0.25	0.31	0.41	1.00	0.49	0.26	0.23
Relação Sexual Forçada	0.38	-0.20	0.29	0.45	0.49	1.00	0.30	0.28
Relatos de Saúde Mental	0.22	-0.14	0.16	0.27	0.26	0.30	1.00	0.47
Procura por Serviços de Saúde Mental	0.19	-0.12	0.21	0.24	0.23	0.28	0.47	1.00

Fonte: PeNSE (2009, 2012, 2015 e 2019), uma pesquisa oficial conduzida pelo IBGE e Ministério da Saúde.

A análise dos indicadores das áreas temáticas: 1. Comportamentos violentos, 2. Comportamento Violento e Exposição à Violência, 3. Saúde Mental e Acesso a Serviços, 4. Ambiente Escolar e Políticas Educativas em Fortaleza entre os adolescentes de Fortaleza revela tendências significativas ao longo do tempo, considerando o tipo de escola frequentada dos respondentes.

Os testes de correlação indicaram associações significativas entre comportamentos de comportamentos relativos à saúde sexual e violência e indicadores de comportamento violento, como violência sexual e relação sexual forçada.

A iniciação sexual precoce (<13 anos) mostrou correlação positiva com violência sexual ($r=0,28$, $p<0,01$) e relação forçada ($r=0,38$, $p<0,01$), indicando que adolescentes que iniciam a vida sexual precocemente têm maior probabilidade de vivenciar ou reportar episódios de violência sexual.

A gravidez na adolescência apresentou a maior correlação com relação sexual forçada ($r=0,45$, $p<0,01$), sugerindo que a gravidez precoce pode estar associada a situações de vulnerabilidade e coerção sexual.

Tabela 8 - Matriz de correlação entre indicadores de comportamentos e vivências de adolescentes escolares de fortaleza por sexo, a partir de dados oriundos das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar (2009-2019), com controle de análise pelo indicador "Recebeu orientação sobre DST/AIDS". Fortaleza/Ce, 2024.

Comportamento ou Indicador	Correlação (r)	p-valor	Controle: Recebeu Orientação sobre DST/AIDS	Interação Significativa (Sim/Não)
Iniciação Sexual (<13 anos) x Violência Sexual	0.28	<0.01	Associação reduzida em 22%	Sim
Uso de Preservativo x Violência Sexual	-0.34	<0.01	Associação reforçada em 18%	Não
Uso de Pílula do Dia Seguinte x Violência Sexual	0.31	<0.01	Associação reduzida em 15%	Sim
Gravidez na Adolescência x Violência Sexual	0.41	<0.01	Associação reduzida em 25%	Sim
Iniciação Sexual (<13 anos) x Relação Forçada	0.38	<0.01	Associação reduzida em 19%	Sim
Uso de Preservativo x Relação Forçada	-0.29	<0.05	Associação mantida	Não
Uso de Pílula do Dia Seguinte x Relação Forçada	0.26	<0.05	Associação reduzida em 12%	Não
Gravidez na Adolescência x Relação Forçada	0.45	<0.01	Associação reduzida em 30%	Sim

Fonte: PeNSE (2009, 2012, 2015 e 2019), uma pesquisa oficial conduzida pelo IBGE e Ministério da Saúde.

Ao controlar a análise pelo indicador "Recebeu orientação sobre DST/AIDS", observou-se uma redução significativa na associação entre comportamentos de risco e violência: a) Para Gravidez na Adolescência x Violência Sexual, a força da associação foi reduzida em 25%, indicando que a orientação sobre DST/AIDS pode atuar como fator protetivo, ajudando adolescentes a evitar situações de vulnerabilidade. b) Similarmente, a relação entre Iniciação Sexual Precoce e Relação Forçada foi reduzida em 19% quando os adolescentes receberam orientação. c) No entanto, em algumas associações, como Uso de Preservativo x Violência Sexual, o controle pela orientação não reduziu a associação, sugerindo que, nesse caso, o comportamento de uso de preservativo pode não estar diretamente influenciado pela orientação recebida. d) As análises de interação revelaram que receber orientação sobre DST/AIDS desempenha um papel significativo em moderar a relação entre alguns indicadores: as interações foram significativas para gravidez na adolescência x violência sexual e iniciação sexual precoce x relação forçada, reforçando a importância de ações educativas no ambiente escolar como fator protetivo.

17. RESULTADOS SOBRE OS PLANOS PLURIANUAIS (PPA) DE FORTALEZA, COM FOCO NO PSE (2014-2025)

A integração entre saúde e educação em Fortaleza demonstra evolução constante, refletida em indicadores de maior cobertura assistencial, valorização profissional e ampliação de programas estratégicos. Políticas intersetoriais, como o PSE e as ações da ESF, desempenham papel crucial na construção de uma sociedade mais saudável e educada.

A integração saúde-educação é fundamental para promover qualidade de vida e equidade social. Essa relação evoluiu com ações intersetoriais voltadas ao bem-estar das comunidades escolares e ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise a seguir está organizada por períodos de planejamento estratégico nos Planos Plurianuais (PPAs). O quadro a seguir sintetiza os avanços em integração saúde-educação nos períodos analisados.

Quadro 3 - Avanços e limites na integração saúde-educação de acordo com PPA de Fortaleza de 2014 a 2025.

Tema	2014-2017	2018-2021	2022-2025
Programa Saúde na Escola (PSE)	Atendimento em 180 escolas; 100 mil estudantes beneficiados (2016).	Expansão para saúde mental e atividades físicas; integração com ESF em comunidades vulneráveis.	Saúde integral com metas de ampliar cobertura escolar em 25%; uso de tecnologias para monitoramento.
Valorização e Capacitação de Servidores	2.500 formações para ESF e educação.	5.000 capacitações com foco em saúde mental e integração comunitária.	Capacitação em tecnologias digitais e metodologias interdisciplinares.
Cobertura Assistencial da ESF	Cobertura de 70% para 80%; criação de 50 novas equipes.	Unidades móveis para atender áreas escolares remotas.	Meta de 85% de cobertura, com ênfase em regiões densamente povoadas e vulneráveis.
Ações de Educação em Saúde	Campanhas sobre higiene e alimentação saudável alcançando 200 mil estudantes.	Conteúdos digitais interativos com mais de 100 módulos sobre saúde nas escolas.	Hortas escolares e educação em saúde ambiental e sustentável.
Atividades NASF e ESF	10 mil atendimentos anuais realizados pelas equipes intersetoriais.	"Círculos de Saúde" atendendo 50 mil estudantes; visitas periódicas a escolas.	Ampliação de tele consultas e serviços de saúde mental escolar.
Distribuição de Escolas e Centros de Saúde	300 escolas conectadas com 120 centros de saúde.	400 escolas integradas com 150 centros de saúde.	Projeção de 500 escolas conectadas a 200 centros de saúde, incluindo zonas periurbanas e rurais

Fonte: Relatórios do PPA de Fortaleza (2014-2017, 2018-2021 e 2022-2025)..

A trajetória do PSE ao longo dos PPAs evidencia um esforço contínuo para fortalecer a intersetorialidade e ampliar o impacto das ações de saúde no ambiente escolar. Cada período

trouxe avanços significativos, ajustando-se às necessidades emergentes e às demandas de uma sociedade em constante transformação. Esses esforços contribuem para a construção de um futuro mais saudável e equitativo para as crianças e adolescentes atendidos pelo programa.

Em suma, o Programa Saúde na Escola (PSE) apresentou avanços significativos ao longo dos períodos contemplados nos Planos Plurianuais (PPAs), destacando-se como um pilar essencial da intersetorialidade entre saúde e educação. A seguir, detalha-se sua evolução em cada ciclo de planejamento:

- 2014-2017 (Fortaleza Saudável) - Neste período, o PSE foi consolidado como uma estratégia prioritária para integrar saúde e educação, com foco em ações de prevenção e promoção da saúde nas escolas municipais. As iniciativas concentraram-se em campanhas de vacinação, controle de obesidade infantil e saúde bucal, que foram realizadas em parceria com as Equipes de Saúde da Família (ESF). Essa abordagem intersetorial permitiu uma presença mais ativa dos profissionais de saúde nas escolas, fortalecendo o vínculo entre os dois setores. Em termos de indicadores, o programa conseguiu atender 180 escolas, beneficiando cerca de 100 mil estudantes em 2016. Esses números refletem um avanço significativo na cobertura e no alcance das ações de saúde no ambiente escolar, posicionando o PSE como um programa de destaque na promoção da saúde infantil.
- 2018-2021 (Fortaleza do Conhecimento) - No ciclo seguinte, o PSE expandiu suas ações, introduzindo componentes inovadores voltados à saúde mental e à prática de atividades físicas. As novas iniciativas incluíram avaliações regulares de saúde mental, que visavam a detecção precoce de transtornos entre os estudantes. Essa ampliação foi possível graças a uma maior integração com as equipes ESF, que passaram a atuar mais ativamente na identificação de problemas de saúde e no encaminhamento para tratamento. Além disso, o programa buscou reforçar a capacitação dos professores e a inclusão de atividades que promoviam o bem-estar físico e emocional dos alunos. Esse período marcou uma evolução na abordagem do PSE, ampliando seu escopo para incluir aspectos de saúde integral, indo além da prevenção de doenças físicas e envolvendo questões emocionais e sociais.
- 2022-2025 (Vida Comunitária e Bem-Estar) - Para o período atual, o foco do PSE está na promoção da saúde integral, com metas ambiciosas para aumentar o acesso às escolas públicas em 25% até 2025. Uma das inovações mais notáveis é a introdução de tecnologias, como aplicativos e plataformas digitais, que permitem monitorar a saúde escolar de forma mais eficiente e integrada. Essas ferramentas auxiliam gestores escolares e profissionais de saúde no acompanhamento do histórico de saúde dos estudantes, facilitando intervenções

precoces e planejamentos mais precisos. Além disso, o programa busca ampliar as ações de educação em saúde, integrando temas como sustentabilidade e meio ambiente, com o uso de hortas escolares e oficinas práticas. O uso estratégico da tecnologia e a ampliação do acesso prometem consolidar o PSE como um modelo de sucesso na integração entre saúde e educação.

A valorização e capacitação de servidores tem sido um eixo estratégico essencial nos Planos Plurianuais (PPAs), com ações voltadas ao fortalecimento das competências dos profissionais da saúde e educação. Essas iniciativas são fundamentais para garantir a qualidade e a efetividade das políticas públicas, sobretudo no âmbito de programas intersetoriais como o Programa Saúde na Escola (PSE).

A seguir, detalha-se a evolução das ações de capacitação ao longo dos ciclos de planejamento. Durante 2014-2017 foi implementado um robusto programa de capacitação continuada para os profissionais da saúde e da educação. O objetivo central era preparar os servidores para lidar com os desafios do atendimento integral à saúde no ambiente escolar e para atuar de forma integrada entre os dois setores. Foram realizados cerca de 2.500 formações, abrangendo servidores das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das escolas. Essas formações priorizaram habilidades técnicas e metodologias básicas para a promoção da saúde, bem como o alinhamento das práticas intersetoriais, fortalecendo a execução de programas como o PSE. Essa fase foi marcada pela construção de uma base sólida para a capacitação, que seria expandida nos ciclos seguintes.

No ciclo 2018-2021, as ações de capacitação foram ampliadas para incluir temas mais abrangentes e especializados, como saúde mental, integração comunitária e desenvolvimento de abordagens inclusivas. Essa ampliação teve como objetivo preparar os profissionais para lidar com questões mais complexas, como o aumento da demanda por suporte emocional nas escolas. Durante este período, mais de 5.000 servidores foram capacitados, abrangendo tanto profissionais da saúde quanto educadores. O foco na saúde mental foi especialmente relevante, considerando o aumento de casos de transtornos emocionais identificados em crianças e adolescentes. Além disso, houve um esforço para incluir comunidades escolares nas discussões, promovendo uma abordagem mais colaborativa e integrada.

Entre 2022-2025, a capacitação técnica dos servidores está sendo adaptada às demandas da era digital. O treinamento em tecnologias digitais tem sido uma prioridade, visando preparar os profissionais para o uso de ferramentas como aplicativos de monitoramento de saúde e plataformas de ensino-aprendizagem. A formação também inclui o desenvolvimento de

metodologias pedagógicas adaptadas às necessidades de promoção da saúde no ambiente escolar. Com isso, espera-se não apenas melhorar a eficiência das equipes de saúde e educação, mas também garantir maior aderência às práticas inovadoras no cuidado integral à saúde escolar. Essas ações visam alinhar a capacitação dos servidores às exigências tecnológicas e às novas estratégias de ensino, criando condições para uma atuação mais eficiente e conectada às realidades contemporâneas.

A trajetória das ações de valorização e capacitação dos servidores ao longo dos PPAs demonstra um avanço consistente, com a ampliação dos temas abordados e a incorporação de práticas inovadoras. Essa evolução reflete o compromisso com o desenvolvimento contínuo dos profissionais, garantindo que estejam preparados para atender às demandas da saúde e educação de forma integrada, efetiva e alinhada às transformações sociais e tecnológicas.

A seguir, detalha-se a evolução das ações de Cobertura Assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) observa-se nos PPAs que durante o ciclo 2014-2017, houve um aumento significativo na cobertura assistencial da ESF, que passou de 70% para 80% da população em áreas urbanas vulneráveis. Para alcançar esse marco, foram criadas 50 novas equipes de saúde, com prioridade para regiões de maior densidade populacional e desafios socioeconômicos. Essa ampliação fortaleceu a presença da ESF em áreas prioritárias, garantindo o acesso a serviços básicos de saúde para um público que frequentemente enfrentava barreiras geográficas e sociais.

De 2018-2021, a estratégia foi ampliada para atender comunidades escolares em áreas remotas, por meio da criação de unidades móveis de saúde. Essa inovação permitiu uma presença mais dinâmica das equipes da ESF, facilitando a oferta de serviços essenciais, como consultas e vacinação, em locais de difícil acesso. O uso das unidades móveis também fortaleceu a integração entre saúde e educação, alcançando estudantes que antes estavam fora da cobertura direta das equipes ESF.

Para o período de 2022-2025, o planejamento estratégico visa expandir a cobertura da ESF para 85%, com um foco especial nas regiões de maior densidade escolar e vulnerabilidade social. Essa meta inclui o reforço das equipes existentes e a alocação de novos recursos em áreas onde a demanda por serviços de saúde ainda supera a capacidade de atendimento.

A seguir, detalha-se a evolução das ações de Educação em Saúde. Entre 2014-2017, as campanhas de conscientização realizadas durante este período alcançaram cerca de 200 mil estudantes, abordando temas como higiene pessoal e alimentação saudável. Essas iniciativas foram realizadas de forma presencial, com palestras, oficinas e materiais educativos

distribuídos nas escolas. As ações contribuíram para a redução de problemas de saúde relacionados à má nutrição e doenças infecciosas em populações escolares.

No ciclo 2018-2021, com a introdução de tecnologias digitais, o período foi marcado pelo desenvolvimento de mais de 100 módulos interativos para educação em saúde. Essas ferramentas foram integradas ao ambiente escolar, oferecendo conteúdos sobre saúde de maneira mais acessível e atrativa. A digitalização ampliou o alcance das campanhas e possibilitou uma abordagem mais dinâmica e personalizada para os estudantes e professores.

Durante 2022-2025, as iniciativas planejadas para este ciclo incluem a integração de saúde e meio ambiente, com a criação de hortas escolares e aulas sobre sustentabilidade. Essas ações visam promover não apenas hábitos saudáveis, mas também a conscientização ambiental, fortalecendo a relação entre a saúde física e o bem-estar do ambiente escolar.

A seguir, detalha-se a evolução das Atividades das Equipes NASF e ESF foram relatadas no PPAs. Entre 2014-2017, as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) realizaram cerca de 10 mil atendimentos intersetoriais anuais durante este período. Essas atividades incluíram triagens de saúde, ações educativas e suporte técnico às escolas, fortalecendo a execução do Programa Saúde na Escola (PSE).

No ciclo 2018-2021, a integração com as escolas foi ampliada por meio de visitas periódicas e do desenvolvimento de projetos como os "Círculos de Saúde", que atenderam cerca de 50 mil estudantes. Essas ações priorizaram a saúde mental e o bem-estar emocional, reconhecendo a crescente demanda por suporte psicológico no ambiente escolar.

Para o ciclo atual (2022-2025), está planejada a ampliação dos atendimentos para incluir serviços remotos, como tele consultas, que permitirão maior alcance das equipes NASF e ESF. O foco em saúde mental continuará, com uma atenção especial às necessidades dos estudantes em áreas mais isoladas ou com infraestrutura limitada.

A seguir, detalha-se a evolução das ações Distribuição de Escolas, Centros de Saúde e Equipes ESF. Durante 2014-2017, 300 escolas foram vinculadas a 120 centros de saúde, estabelecendo uma base sólida para a integração saúde-educação. Essa conexão permitiu que as escolas se tornassem pontos estratégicos para a execução de programas de saúde preventiva e promoção do bem-estar dos estudantes. Entre 2018-2021, o número de escolas conectadas foi ampliado para 400, enquanto 150 centros de saúde passaram a atender às demandas. Essa expansão priorizou áreas vulneráveis e periurbanas, melhorando o acesso dos estudantes a serviços essenciais de saúde.

Para 2022-2025, o planejamento prevê conectar 500 escolas a 200 centros de saúde, incluindo zonas rurais e periurbanas. Essa meta busca universalizar o acesso às ações de saúde no ambiente escolar, garantindo que mesmo as comunidades mais isoladas possam se beneficiar de iniciativas como o PSE e outras estratégias de saúde integradas.

Quadro 4 - Comparativo resumando ações de fortalecimento e pontos de fragilidade em relação a Educação em Saúde e Prevenção; Estrutura do NASF para Apoio ao PSE; e Vinculação entre Escolas, CSPs e ESF, de acordo com PPA de Fortaleza de 2014 a 2025.

Aspectos	2014-2017	2018-2021	2022-2025 (Planejado)
Educação em Saúde e Prevenção	Ações de Fortalecimento: Campanhas sobre higiene e alimentação saudável atingiram 200 mil estudantes.	Ações de Fortalecimento: Conteúdos digitais interativos com mais de 100 módulos educativos.	Ações de Fortalecimento: Hortas escolares e educação ambiental, incluindo participação familiar.
	Pontos de Fragilidade: Falta de indicadores claros e materiais didáticos regulares; professores despreparados.	Pontos de Fragilidade: Infraestrutura digital inadequada; foco excessivo em ferramentas virtuais.	Pontos de Fragilidade: Baixo engajamento das famílias, reduzindo impacto fora da escola.
Estrutura do NASF para Apoio ao PSE	Ações de Fortalecimento: 10 mil atendimentos anuais; visitas regulares e suporte técnico às escolas.	Ações de Fortalecimento: Projeto "Círculos de Saúde" beneficiou 50 mil estudantes; capacitações específicas.	Ações de Fortalecimento: Expansão para tele consultas e suporte remoto, ampliando o alcance.
	Pontos de Fragilidade: Equipes insuficientes e sobrecarregadas; baixa frequência nas visitas.	Pontos de Fragilidade: Alta rotatividade de profissionais; recursos financeiros limitados.	Pontos de Fragilidade: Dependência de tecnologia limitada por infraestrutura inadequada.
Vinculação entre Escolas, CSPs e ESF	Ações de Fortalecimento: 300 escolas vinculadas a 120 CSFs; integração inicial com equipes ESF.	Ações de Fortalecimento: Expansão para 400 escolas e 150 CSFs; priorização de áreas vulneráveis.	Ações de Fortalecimento: Meta de 500 escolas vinculadas a 200 CSFs; protocolos para fortalecer integração.
	Pontos de Fragilidade: Desigualdade na cobertura, especialmente em áreas periféricas.	Pontos de Fragilidade: Sobrecarga de equipes e transporte inadequado dificultaram visitas.	Pontos de Fragilidade: Falta de mapeamento detalhado das áreas prioritárias; risco de sobrecarga persistente.

Fonte: Relatórios do PPA de Fortaleza (2014-2017, 2018-2021 e 2022-2025).

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi concebido como uma iniciativa estratégica para promover a integração entre os setores de saúde e educação, visando melhorar os indicadores de saúde da comunidade escolar e fortalecer ações de prevenção e promoção da saúde. A seguir, analisamos os avanços e desafios do PSE ao longo dos períodos planejados, detalhando ações de fortalecimento, fragilidades observadas e seus impactos no alcance das metas.

17.1. Ações de fortalecimento

Período 2014-2017: Consolidação e Ampliação Inicial - Neste período, o PSE foi ampliado para atender 180 escolas, beneficiando aproximadamente 100 mil estudantes em Fortaleza (2016). O foco principal foi na promoção de campanhas de vacinação, controle de obesidade infantil e saúde bucal. As ações foram desenvolvidas em parceria com as Equipes de Saúde da Família (ESF) e coordenadas por gestores de saúde e educação, que estabeleceram cronogramas anuais de visitas às escolas.

Para integrar saúde e educação, foi estruturado um sistema de triagem em saúde dentro das escolas, permitindo a identificação de casos de doenças crônicas, como obesidade e diabetes, e facilitando o encaminhamento para os centros de saúde. Essa abordagem contribuiu para a redução de casos de cáries dentárias e controle do sobrepeso em crianças, resultados positivos que consolidaram o PSE como um programa prioritário.

- Período 2018-2021: Expansão de Abrangência e Inovação - Entre 2018 e 2021, o programa foi ampliado, incluindo novos componentes, como saúde mental e incentivo à prática de atividades físicas. Essa fase marcou a introdução de ferramentas tecnológicas, como aplicativos para registrar a evolução dos indicadores de saúde escolar, utilizados tanto por professores quanto por profissionais da saúde. Além disso, o número de escolas participantes aumentou para 400, enquanto as ações passaram a incluir capacitação de professores para lidar com questões de saúde, como a identificação de sinais precoces de transtornos mentais. As visitas regulares das Equipes NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) foram fortalecidas, permitindo uma maior integração das estratégias de saúde na rotina escolar.
- Período 2022-2025: Saúde Integral e Uso de Tecnologias - Para 2022-2025, o foco estratégico do PSE é garantir uma abordagem integral da saúde escolar. O plano prevê a ampliação da cobertura em 25%, priorizando regiões com alto índice de vulnerabilidade social. Além disso, está em desenvolvimento um sistema integrado de monitoramento digital, onde gestores escolares e equipes de saúde podem acessar dados sobre o histórico de saúde dos estudantes, como vacinação e índices de crescimento. As metas incluem a ampliação das ações de saúde ambiental, como a implementação de hortas escolares para promover alimentação saudável, e a oferta de tele consultas para estudantes em áreas remotas, reduzindo barreiras de acesso à saúde.

O PSE tem se mostrado uma estratégia essencial para promover saúde e bem-estar no ambiente escolar. Contudo, para maximizar sua efetividade, é necessário superar fragilidades,

como a desigualdade de cobertura e os desafios tecnológicos, e reforçar a coordenação intersetorial. Assim, o programa poderá não apenas alcançar suas metas, mas também se consolidar como uma referência em políticas públicas intersetoriais no Brasil.

17.2. Pontos de fragilidade

Observou-se baixa coordenação intersetorial (2014-2017), apesar do avanço inicial, a falta de alinhamento entre os setores de saúde e educação impactou negativamente a efetividade do programa. Muitas escolas relataram dificuldades para adaptar as ações de saúde ao calendário escolar, gerando atrasos em atividades como vacinação e triagens de saúde. Além disso, algumas equipes da ESF enfrentaram sobrecarga de trabalho, o que limitou sua capacidade de atender plenamente as demandas do PSE.

Há desigualdade de cobertura (2018-2021), embora o número de escolas atendidas tenha aumentado, a distribuição desigual das ações revelou fragilidades. Escolas em áreas periféricas continuaram enfrentando dificuldades devido à falta de infraestrutura e menor presença de equipes NASF, restringindo o alcance de ações fundamentais como triagens de saúde mental. Além disso, problemas logísticos, como transporte inadequado para as equipes de saúde, comprometeram o cumprimento dos cronogramas de visitas.

Há desafios tecnológicos e participação limitada (2022-2025), embora a adoção de tecnologias seja uma inovação promissora, desafios técnicos, como acesso limitado à internet em algumas escolas e falta de treinamento específico para os usuários, podem comprometer a implementação plena. Além disso, a baixa participação de famílias em atividades propostas pelo programa, como oficinas de saúde e nutrição, continua sendo um obstáculo para ampliar os resultados em comunidades vulneráveis.

17.3. Impactos no Alcance das Metas

As ações de fortalecimento, especialmente a expansão do PSE e a integração com outras iniciativas de saúde, foram fundamentais para atingir metas relacionadas ao controle de obesidade infantil e saúde bucal. No entanto, as fragilidades mencionadas reduziram a capacidade do programa de alcançar sua potencialidade máxima, especialmente nas comunidades mais vulneráveis.

A desigualdade de cobertura e a falta de coordenação intersetorial limitaram a efetividade das ações em regiões prioritárias. A dificuldade de alinhar o PSE com as demandas

do território resultou em lacunas na triagem de saúde mental, um problema crescente nas escolas públicas.

Por outro lado, as inovações recentes, como o uso de tecnologias, têm o potencial de superar algumas dessas barreiras. A digitalização de processos e o fortalecimento das teleconsultas são passos importantes para aprimorar a integração saúde-educação e reduzir desigualdades no acesso às ações do programa.

Embora o PSE tenha avançado em muitos aspectos, as deficiências em educação em saúde, a estrutura insuficiente do NASF e as dificuldades na vinculação entre escolas, CSFs e equipes ESF ainda limitam seu impacto.

17.4. Deficiência nas Ações de Educação em Saúde e Prevenção

Embora tenham sido realizadas ações relevantes ao longo dos anos, as campanhas de educação em saúde e prevenção enfrentaram limitações significativas. Durante o período de 2014 a 2017, foram promovidas campanhas de conscientização sobre práticas de higiene, alimentação saudável e prevenção de obesidade, beneficiando cerca de 200 mil estudantes. Essas atividades eram baseadas em palestras e oficinas, que buscavam engajar as comunidades escolares. Apesar dos avanços, faltava um sistema de monitoramento para avaliar o impacto dessas ações no comportamento dos alunos. Além disso, a distribuição irregular de materiais e a ausência de capacitação para os professores reduziram a dependência das equipes de saúde comprometeram a efetividade dessas campanhas.

Entre 2018 e 2021, houve uma ampliação significativa, com a introdução de conteúdos digitais interativos. Foram criados mais de 100 módulos educacionais, que tornaram as campanhas mais atrativas e acessíveis. No entanto, problemas de infraestrutura, como a falta de acesso à internet em muitas escolas, limitaram o uso dessas ferramentas. Além disso, o foco excessivo em plataformas digitais reduziu a interação direta entre profissionais de saúde e alunos, essencial para a sensibilização sobre práticas preventivas.

Para o período de 2022 a 2025, o plano prevê ações voltadas à educação em saúde ambiental, com a introdução de hortas escolares e oficinas para alunos e suas famílias. Apesar dessas iniciativas inovadoras, a falta de engajamento familiar permanece como um obstáculo, reduzindo a eficácia das campanhas preventivas fora do ambiente escolar, especialmente em comunidades mais vulneráveis.

17.5. Insuficiência nas Ações e Estrutura do NASF para Apoio ao PSE

As equipes do NASF desempenham um papel essencial no suporte às ações do PSE, mas enfrentam desafios estruturais que impactam sua eficácia. No período de 2014 a 2017, as equipes realizaram cerca de 10 mil atendimentos anuais em escolas, promovendo triagens de saúde mental e atividades educativas. No entanto, o número limitado de profissionais e a sobrecarga das equipes resultaram em uma cobertura insuficiente, dificultando o acompanhamento contínuo nas escolas.

Entre 2018 e 2021, houve avanços, com a introdução de projetos como os "Círculos de Saúde", que beneficiaram mais de 50 mil estudantes. Oficinas de capacitação foram realizadas para melhorar a abordagem do NASF em ambientes escolares. No entanto, a alta rotatividade de profissionais dificultou a continuidade das ações e o fortalecimento de vínculos com as comunidades escolares. Além disso, os recursos financeiros alocados ao NASF não acompanharam o aumento das demandas do PSE, limitando a expansão das atividades.

Para 2022 a 2025, a proposta é integrar tecnologias, como tele consultas, para ampliar o alcance das ações do NASF, especialmente em áreas remotas. Contudo, a dependência dessas tecnologias pode ser prejudicada pela infraestrutura limitada em muitas escolas. A falta de planejamento para expandir as equipes do NASF e equilibrar as demandas existentes ainda representa uma barreira crítica à sustentabilidade do programa.

17.6. Distribuição e Vinculação das Escolas, CSFs e Equipes ESF

A vinculação de escolas com Centros de Saúde da Família (CSFs) e equipes ESF é um dos pilares do PSE, mas sua distribuição desigual compromete a eficácia das ações. Durante o período de 2014 a 2017, 300 escolas foram vinculadas a 120 CSFs, permitindo a realização de triagens de saúde e encaminhamentos. Apesar desse avanço, escolas em áreas periféricas enfrentaram dificuldades devido à ausência de CSFs próximos. Essa lacuna gerou desigualdades na oferta de serviços de saúde escolar.

De 2018 a 2021, o número de escolas vinculadas aumentou para 400, com 150 CSFs atendendo à demanda. No entanto, a expansão foi marcada por desafios logísticos, como a falta de transporte adequado para as equipes ESF em áreas de difícil acesso. Essa situação resultou na sobrecarga de profissionais e na irregularidade das visitas às escolas, comprometendo a continuidade das ações preventivas.

Entre 2022 e 2025, o plano prevê a vinculação de 500 escolas a 200 CSFs, com protocolos mais sólidos de comunicação e planejamento entre saúde e educação. Apesar disso,

a falta de um mapeamento detalhado das áreas prioritárias e de estratégias para evitar sobrecarga das equipes ainda representa um desafio significativo. Sem uma coordenação eficaz, o planejamento estratégico pode continuar enfrentando entraves na execução.

Os três PPAs mostram avanços no fortalecimento do PSE, mas as deficiências mencionadas impactam diretamente a efetividade do PSE. A falta de continuidade nas ações educativas, a insuficiência na estrutura do NASF e a distribuição desigual de CSFs e equipes ESF reduzem o alcance e a qualidade das ações do programa, especialmente em comunidades mais vulneráveis. Embora as iniciativas de fortalecimento sejam promissoras, sua implementação plena depende de uma melhor coordenação intersetorial, maior investimento em infraestrutura e capacitação, além de estratégias para envolver as famílias e comunidades.

Com a superação dessas fragilidades, o PSE poderá não apenas atingir suas metas, mas também consolidar-se como uma referência nacional na integração entre saúde e educação, promovendo o bem-estar das gerações futuras.

18. RESULTADOS SOBRE OS RELATÓRIOS DOS PLANOS PLURIANUAIS (PPA) DE FORTALEZA COM FOCO NO PSE

A integração entre saúde e educação nos relatórios do Plano Plurianual (PPA) reflete esforços do governo em alinhar políticas públicas para melhorar a qualidade de vida da população. A evolução da integração entre saúde e educação nos PPAs demonstra avanços significativos na ampliação de cobertura e diversificação de ações.

Quadro 5 - Comparativo resumindo os principais indicadores e avanços na integração entre saúde e educação ao longo dos períodos analisados, de acordo com os relatórios de execução do PPA de Fortaleza de 2010 a 2025.

Indicador e componente	2010-2013 1ª avaliação	2014-2017 2ª avaliação	2018-2021 3ª avaliação	2022-2025 Avaliação até 2023
Saúde na Escola	25% das escolas atendidas; foco em vacinação e nutrição	40% das escolas; ações preventivas contra obesidade e hipertensão	55% das escolas com ações integradas; combate à COVID-19	Expansão da cobertura para 60%; inclusão de saúde mental e atenção à vulnerabilidade social
Ações de Educação em Saúde	Campanhas em escolas sobre nutrição e higiene bucal	Ampla divulgação; 75 mil alunos alcançados	Campanhas ampliadas para 120 mil alunos; capacitação de professores	Integração com programas digitais; acesso a informações por plataformas online
Cobertura Assistencial da ESF	32% das escolas vinculadas à ESF	45% com acompanhamento regular de alunos vulneráveis	50% com suporte ampliado; introdução de práticas de atenção básica em ambientes escolares	Proximidade de 95% das escolas urbanas a UBSs para suporte assistencial
Atividades das Equipes NASF/ESF	-	8.000 intervenções com foco em saúde mental e reabilitação	12.500 intervenções; expansão para suporte psicológico e alimentação saudável	Expansão de ações para intervenções multidisciplinares integradas
Distribuição de Escolas e Centros de Saúde	-	85% das escolas urbanas próximas a centros de saúde	Proporção ampliada para 95% com foco em acessibilidade	Continuidade das melhorias estruturais e serviços integrados

Fonte: Relatórios do PPA de Fortaleza (2014-2017, 2018-2021 e 2022-2025).

A integração entre saúde e educação tem mostrado um crescimento constante na cobertura de escolas pelas equipes de saúde, com uma ampliação significativa dos temas abordados, incluindo áreas prioritárias como saúde mental e nutrição. A maior proximidade

estrutural entre escolas e centros de saúde também contribuiu para melhorar o acesso e a efetividade das ações preventivas, fortalecendo a interligação entre os setores.

Além disso, houve uma ampliação do público-alvo e diversificação das campanhas educacionais e de saúde, o que permitiu engajar não apenas alunos, mas também professores e comunidades escolares, criando uma rede mais robusta de apoio e conscientização. No entanto, persistem limites importantes, como dificuldades relacionadas à disponibilidade de recursos humanos e financeiros, que impactam especialmente as áreas remotas e mais vulneráveis, dificultando a universalização e a continuidade das iniciativas.

18.1. Integração Saúde-Educação

A estratégia "Saúde na Escola" demonstrou contínua evolução em cobertura e ações. Em 2012, foram reportadas ações como vacinação, palestras sobre nutrição e práticas de atividade física realizadas em 25% das escolas públicas municipais. Em 2016, a abrangência foi ampliada para 40% das unidades escolares com foco em prevenção de doenças como obesidade e hipertensão. No biênio 2020-2021, destacou-se a ampliação de parcerias entre equipes de saúde e escolas, alcançando 55% de cobertura, com ações integradas contra a pandemia de COVID-19, incluindo a testagem de alunos e professores.

O uso de escolas como espaço para promover educação em saúde foi notório. Em 2014, foram realizadas campanhas sobre saúde bucal e prevenção de DSTs para 75 mil estudantes do ensino fundamental. Já em 2019, as campanhas alcançaram 120 mil alunos, incluindo capacitação de professores para multiplicarem o conhecimento.

Foi observada como potencialidade, a: Expansão constante da cobertura, maior sensibilização de alunos e professores e fortalecimento do vínculo entre unidades escolares e UBS (Unidades Básicas de Saúde). Como limite, as Dificuldades em áreas remotas e falta de continuidade das ações devido à rotatividade de profissionais e restrições orçamentárias.

18.2. Ações de Saúde e Bem-Estar no Ambiente Escolar

A ESF tem contribuído para garantir suporte em saúde a alunos e comunidades escolares. Em 2013, 32% das escolas estavam vinculadas a equipes da ESF, que atendiam demandas como consultas preventivas e acompanhamento nutricional. No biênio 2018-2019, a cobertura subiu para 50%, incluindo visitas regulares para crianças com vulnerabilidades sociais.

As equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ESF também contribuíram com apoio especializado. Em 2017, foram realizadas mais de 8.000 intervenções em escolas, com enfoque em saúde mental e reabilitação. Em 2022, as intervenções cresceram para 12.500 ações, incluindo suporte psicológico e orientações sobre alimentação saudável.

A descentralização dos serviços foi um marco. Em 2015, 85% das escolas urbanas tinham um centro de saúde em um raio de 2 km, facilitando o acesso de estudantes e professores a serviços básicos. Essa proporção atingiu 95% em 2021, consolidando a proximidade entre instituições escolares e assistenciais. Como potencialidade pode ser citado o fortalecimento do atendimento preventivo, maior integração dos serviços municipais e redução de absenteísmo escolar devido à saúde. E como limite, a sobrecarga das equipes ESF/NASF e falta de recursos adequados para atender a demandas complexas.

A evolução do Programa Saúde na Escola (PSE) nos últimos ciclos de avaliação dos Planos Plurianuais (PPAs) demonstra avanços significativos em sua estrutura e ações, mas também evidencia desafios relacionados à sustentabilidade e ao alcance efetivo das metas. A seguir, é analisada a trajetória de indicadores relacionados à distribuição de recursos, capacitação, estrutura do programa e impacto quantitativo de suas ações.

Quadro 6 - Comparativo resultados dos principais componentes do Programa Saúde na Escola (PSE) ao longo dos anos analisados, de acordo com PPA de Fortaleza de 2014 a 2025.

Componente	2010-2013	2014-2017	2018-2021	2022-2023
Distribuição de Recursos e Atendimento	R\$ 4 milhões anuais; cobertura de 25% das escolas; foco em vacinação, nutrição e exames básicos	R\$ 6,5 milhões anuais; cobertura ampliada para 40%; ações em saúde mental e prevenção de obesidade	R\$ 9 milhões anuais; cobertura ampliada para 55%; combate à COVID-19 com EPIs e testagens	R\$ 8 milhões anuais; cobertura de 60%; regionalização e telemedicina
Capacitação e Educação para Multiplicação do Conhecimento	1.500 professores capacitados em saúde básica e nutrição	3.000 profissionais capacitados em DSTs, transtornos alimentares e gestão escolar	4.500 multiplicadores capacitados em saúde mental, primeiros socorros e biossegurança	5.000 profissionais capacitados; inclusão de saúde digital e autocuidado
Estrutura e Ações Realizadas	2.000 visitas anuais; campanhas de vacinação e exames oftalmológicos	4.500 visitas anuais; atendimentos odontológicos itinerantes e ações contra sedentarismo	1.200 centros temporários de testagem; 500 mil kits de higiene distribuídos	Centros de atendimento consolidados em 85% das regiões urbanas; oficinas de saúde mental
Impacto Quantitativo das Ações	50 mil alunos beneficiados por ano; campanhas contra desnutrição e vacinação	75 mil alunos beneficiados; redução de 10% nos índices de obesidade infantil	1 milhão de testes de COVID-19; 70 mil crianças vulneráveis acompanhadas; redução de 15% no abandono escolar	150 mil atendimentos anuais; redução de 20% no absenteísmo por problemas de saúde

Fonte: Relatórios do PPA de Fortaleza (2014-2017, 2018-2021 e 2022-2025).

O PSE apresentou avanços significativos em todos os componentes analisados. Houve aumento consistente no orçamento, na cobertura de escolas e na capacitação de profissionais, além de um impacto quantitativo crescente, especialmente em períodos de crise como a pandemia de COVID-19. A estruturação de ações integradas e o uso de tecnologia digital destacam a evolução contínua do programa.

18.3. Distribuição dos Recursos e Atendimento

A alocação de recursos ao PSE apresentou variações ao longo dos anos, influenciada pelas mudanças de prioridades nas políticas públicas e pelas limitações orçamentárias. No ciclo 2010-2013, o programa foi financiado com cerca de R\$ 4 milhões anuais para atender 25% das escolas públicas urbanas, priorizando ações de vacinação, nutrição e saúde bucal (2012). Durante o período 2014-2017, houve um aumento para R\$ 6,5 milhões anuais, o que ampliou a cobertura para 40% das escolas e introduziu programas voltados à saúde mental e prevenção da obesidade (2015).

No biênio 2018-2019, os investimentos atingiram R\$ 9 milhões por ano, possibilitando a inclusão de novas frentes como o combate à pandemia de COVID-19 em 2020, com distribuição de EPIs e testagens massivas em 55% das escolas cobertas pelo PSE. Apesar do aumento de recursos, o ciclo 2022-2023 enfrenta desafios, com a necessidade de maior eficiência no uso de aproximadamente R\$ 8 milhões anuais, devido a cortes federais e restrições orçamentárias municipais (2023).

De modo detalhado, a distribuição de recursos ao PSE apresentou variações ao longo dos anos, influenciada por mudanças nas prioridades governamentais e limitações orçamentárias. Durante o ciclo 2010-2013, o programa recebeu investimentos anuais de aproximadamente R\$ 4 milhões, cobrindo cerca de 25% das escolas urbanas. As ações eram focadas em campanhas de vacinação, exames básicos como avaliações oftalmológicas e auditivas, com dificuldade de alcançar áreas rurais e remotas.

No ciclo 2014-2017, os recursos cresceram para R\$ 6,5 milhões anuais, permitindo ampliar a cobertura para 40% das escolas públicas. Nesse período, as iniciativas foram diversificadas, com ênfase em saúde mental e prevenção da obesidade e do sedentarismo.

Entre 2018 e 2021, os investimentos atingiram R\$ 9 milhões anuais, garantindo a cobertura de 55% das escolas e permitindo ações específicas para enfrentar a pandemia de COVID-19. Recursos adicionais foram destinados à aquisição de EPIs, criação de postos de testagem em escolas e campanhas de conscientização sobre a doença.

No ciclo 2022-2023, a cobertura manteve-se em 60% das escolas, com um orçamento anual de cerca de R\$ 8 milhões. As ações têm enfatizado a regionalização dos atendimentos, com foco na telemedicina para escolas rurais e em iniciativas para aprimorar a eficiência do uso dos recursos disponíveis.

18.4. Capacitação e Educação para Multiplicação do Conhecimento:

Um dos pilares do PSE tem sido a capacitação de profissionais da saúde e da educação para garantir a sustentabilidade das ações e a multiplicação do conhecimento. A capacitação de profissionais da educação e da saúde foi uma prioridade desde o início do PSE, assegurando a sustentabilidade das ações e a multiplicação do conhecimento.

No período 2010-2013, aproximadamente 1.500 professores foram treinados em práticas básicas de saúde e nutrição. A formação era presencial, limitada por logística e orçamento, e utilizava materiais impressos como guias de saúde escolar.

Durante 2014-2017, o número de profissionais capacitados subiu para 3.000, com enfoque ampliado para transtornos alimentares e prevenção de DSTs. Gestores escolares também foram incluídos nas capacitações, fortalecendo o impacto nas comunidades.

Entre 2018 e 2021, o programa incorporou tecnologias digitais, como cursos online e workshops híbridos, resultando na formação de 4.500 multiplicadores, incluindo professores, agentes de saúde e pedagogos. Esse período também incluiu capacitações sobre protocolos de biossegurança e uso correto de EPIs em resposta à pandemia.

Em 2022-2023, mais de 5.000 profissionais foram capacitados, com foco em saúde digital, autocuidado e saúde mental, utilizando plataformas interativas que expandiram o alcance das capacitações, mesmo em regiões de difícil acesso..

18.5. Estrutura e Ações Realizadas no PSE

A estrutura do PSE expandiu significativamente desde sua criação. A estrutura do PSE foi continuamente fortalecida para atender às demandas do programa. No ciclo 2010-2013, o programa realizou 2.000 visitas anuais de equipes de saúde às escolas, com campanhas de vacinação e exames oftalmológicos.

Durante 2014-2017, esse número subiu para 4.500 visitas anuais, com a inclusão de atendimentos odontológicos itinerantes e ações para combater o sedentarismo. A estrutura física foi ampliada com a criação de polos regionais de apoio ao programa.

Entre 2018 e 2021, em resposta à pandemia, o PSE criou 1.200 centros temporários de testagem em escolas e distribuiu mais de 500 mil kits de higiene. Além disso, iniciou consultas preventivas para crianças em situação de vulnerabilidade e ofereceu suporte psicológico para famílias afetadas pela COVID-19.

Em 2022-2023, a estrutura consolidou centros de atendimento em 85% das regiões urbanas, expandiu oficinas de saúde mental e implantou ações piloto de tele consulta para estudantes de áreas remotas.

18.6. Impacto Quantitativo das Ações do PSE

As ações do PSE tiveram impacto mensurável na melhoria das condições de saúde escolar. No ciclo 2010-2013, o programa beneficiou diretamente cerca de 50 mil alunos por ano, principalmente por meio de campanhas de vacinação e combate à desnutrição.

Durante 2014-2017, esse número cresceu para 75 mil alunos, com destaque para a redução de 10% nos índices de obesidade infantil nas escolas atendidas. Em 2015, mais de 75 mil estudantes foram beneficiados por programas de nutrição e campanhas contra a obesidade.

No ciclo 2018-2019, o alcance subiu para 120 mil alunos, incluindo consultas médicas preventivas e exames laboratoriais.

Em 2019, o programa cobriu aproximadamente 58% das escolas públicas municipais, alcançando milhares de alunos em diversas regiões da cidade, e proporcionando uma maior integração entre as equipes de saúde e as comunidades escolares.

Entre 2018 e 2021, o PSE realizou mais de 1 milhão de testes de COVID-19, acompanhou diretamente 70 mil crianças vulneráveis e contribuiu para a redução de 15% no abandono escolar em comunidades prioritárias.

Até 2023, o programa registrou cerca de 150 mil atendimentos anuais, com impacto positivo na melhora do desempenho escolar e na redução de 20% do absenteísmo causado por problemas de saúde.

A trajetória do PSE demonstra avanços significativos na distribuição de recursos, capacitação, estruturação e impacto, contribuindo para a integração efetiva entre saúde e educação. No entanto, para garantir a continuidade e a ampliação dos resultados, é fundamental enfrentar desafios como desigualdades regionais, limitações financeiras e rotatividade de profissionais. O fortalecimento de tecnologias digitais e de parcerias intersetoriais pode ser o diferencial para consolidar o programa no futuro.

18.7. Avanços e desafios para a sustentabilidade das ações

Os relatórios de execução dos Planos Plurianuais (PPAs) revelam uma trajetória de avanços significativos e desafios persistentes na implementação do Programa Saúde na Escola (PSE). Desde sua criação, o PSE tem se consolidado como uma estratégia essencial para integrar ações de saúde e educação, promovendo melhorias na qualidade de vida de estudantes e comunidades escolares. Contudo, o programa enfrenta barreiras relacionadas à alocação de recursos, coordenação intersetorial e adaptação a crises.

Quadro 7 - Comparativo principais avanços e desafios do Programa Saúde na Escola (PSE) ao longo dos anos analisados, de acordo com PPA de Fortaleza de 2014 a 2025.

Aspecto	Avanços	Desafios
Cobertura	Expansão de 25% (2010-2013) para 60% (2022-2023) das escolas atendidas	Alcance limitado em regiões rurais e periféricas devido à falta de infraestrutura adequada
Capacitação	Aumento no número de profissionais capacitados: 1.500 (2010-2013) para 5.000 (2022-2023)	Rotatividade de professores e agentes de saúde compromete a continuidade das ações
Ações de Saúde	Diversificação das ações: saúde mental, prevenção de doenças crônicas, vacinação e testagem	Integração intersetorial insuficiente atrasa a execução de metas em algumas localidades
Adaptação a Crises	Resposta ágil à pandemia: criação de 1.200 centros de testagem e distribuição de EPIs	Dependência de recursos públicos, com cortes orçamentários em períodos de restrição fiscal
Impacto na Comunidade Escolar	Redução de 20% no absenteísmo e 15% no abandono escolar em áreas prioritárias	Dificuldade de engajar comunidades em áreas vulneráveis para ações preventivas contínuas
Uso de Tecnologias	Introdução de plataformas digitais para capacitação e telemedicina em áreas remotas	Desigualdade no acesso à internet e equipamentos em escolas rurais limita o impacto das soluções digitais

Fonte: Relatórios do PPA de Fortaleza (2014-2017, 2018-2021 e 2022-2025).

18.7.1. Avanços na Estruturação e Alcance do Programa

Os PPAs demonstram que o PSE progrediu em termos de estruturação, cobertura e diversificação de suas ações. A alocação crescente de recursos financeiros permitiu a ampliação da cobertura de escolas atendidas, que evoluiu de 25% no ciclo 2010-2013 para 60% no biênio 2022-2023. Paralelamente, o programa diversificou suas iniciativas, introduzindo ações voltadas à saúde mental, prevenção de doenças crônicas, vacinação em massa e campanhas educacionais sobre temas emergentes, como o autocuidado e o uso consciente da tecnologia.

A capacitação de profissionais também se destacou como um ponto positivo. A transição de formações presenciais para capacitações híbridas e digitais no período 2018-2021 aumentou significativamente o alcance e permitiu maior flexibilidade para atender regiões de difícil acesso. Esses avanços contribuíram para um impacto quantitativo crescente, incluindo a redução de 20% do absenteísmo escolar causado por problemas de saúde em 2023.

Além disso, a adaptação do PSE a crises, como a pandemia de COVID-19, demonstrou sua capacidade de resposta ágil e eficaz. A criação de centros temporários de testagem, distribuição de equipamentos de proteção individual (EPIs) e integração de protocolos de biossegurança nas escolas foram ações pioneiras que consolidaram o papel do programa em momentos de vulnerabilidade social.

18.7.2. Desafios para a Sustentabilidade e Universalização

Apesar dos avanços, os relatórios dos PPAs destacam desafios importantes para a efetivação plena do PSE. Um dos principais entraves é a desigualdade na distribuição de recursos. Escolas de regiões periféricas e rurais frequentemente enfrentam dificuldades de acesso às ações do programa devido à falta de infraestrutura e à escassez de profissionais capacitados. Essa desigualdade compromete a universalização do atendimento e limita o impacto do PSE em comunidades mais vulneráveis.

A rotatividade de profissionais é outro desafio apontado nos relatórios. A troca frequente de professores e agentes de saúde, combinada à falta de programas contínuos de formação, prejudica a sustentabilidade das ações, especialmente em escolas onde a implementação do PSE ainda é incipiente. Além disso, a integração entre os setores da saúde e da educação enfrenta barreiras burocráticas e de coordenação, o que atrasa a execução de metas e dificulta a consolidação de parcerias locais.

Outro ponto crítico é a dependência do orçamento público, que, em períodos de restrição fiscal, resulta em cortes que impactam diretamente a manutenção e a expansão das ações. A redução de recursos no ciclo 2022-2023 ilustra essa vulnerabilidade, forçando adaptações que nem sempre são suficientes para atender à crescente demanda do programa.

18.7.3. Perspectivas e Soluções para o Futuro

Os avanços do PSE, apesar dos desafios, reforçam seu potencial como um programa transformador. Para garantir sua continuidade e ampliação, é essencial investir na regionalização e modernização do programa. A adoção de tecnologias digitais para capacitação e monitoramento pode mitigar as dificuldades de acesso em áreas remotas, enquanto o fortalecimento das parcerias intersetoriais pode facilitar a execução de ações integradas.

Adicionalmente, a criação de estratégias de financiamento sustentáveis e a institucionalização do PSE como política prioritária são passos cruciais para evitar oscilações orçamentárias que prejudicam sua efetividade. Investimentos em infraestrutura escolar e em programas regulares de capacitação podem minimizar os impactos da rotatividade de profissionais e garantir a continuidade das ações.

Por fim, o fortalecimento do diálogo entre comunidades, gestores escolares e equipes de saúde é fundamental para alinhar prioridades locais com os objetivos do programa, garantindo que o PSE continue sendo uma ferramenta eficaz para promover saúde e educação de forma integrada.

Entretanto, a análise dos PPAs e a integração do PSE com a BNCC e o DCRFor mostram que o programa tem evoluído para atender às demandas educacionais e de saúde contemporâneas. Enquanto a BNCC oferece diretrizes nacionais que norteiam as ações do PSE em competências gerais e específicas, o DCRFor adapta essas diretrizes ao contexto local, promovendo uma abordagem ainda mais inclusiva e contextualizada.

Os avanços alcançados, como a ampliação do alcance do PSE e a diversificação de suas ações, evidenciam uma implementação progressiva dessas diretrizes. No entanto, desafios como desigualdade no acesso e a necessidade de maior integração intersetorial ainda precisam ser enfrentados para que o PSE atinja todo o seu potencial como programa transformador.

O Programa Saúde na Escola (PSE) desempenha um papel crucial na promoção integrada de saúde e educação, alinhando-se a diretrizes nacionais como a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e a iniciativas regionais como o Documento Curricular Referencial de Fortaleza (DCRFor). A análise dos Planos Plurianuais (PPAs) de Fortaleza permite avaliar como o PSE tem evoluído e se efetivado em consonância com essas referências educacionais, promovendo ações que integram objetivos pedagógicos e de saúde pública.

18.7.3.1. PSE e a Base Nacional Comum Curricular

A BNCC⁴, implementada em 2017, estabelece como um de seus pilares a garantia de que as práticas pedagógicas sejam interdisciplinares, considerando o desenvolvimento integral do estudante em dimensões cognitiva, física, social e emocional. Nesse contexto, o PSE encontra um terreno fértil para expandir suas ações, especialmente nas áreas de saúde mental, educação nutricional e prevenção de doenças.

Nos PPAs de Fortaleza analisados, observa-se que o PSE já integrava elementos essenciais previstos pela BNCC antes mesmo de sua formalização. No ciclo 2010-2013, as ações do programa incluíram campanhas educativas sobre nutrição e higiene, atendendo aproximadamente 50 mil estudantes por ano. Após a implementação da BNCC, no biênio 2018-2019, as atividades do PSE se alinharam mais diretamente às competências gerais, como "autoconhecimento e autocuidado", com a capacitação de 4.500 multiplicadores para trabalhar saúde mental e primeiros socorros.

A ampliação do escopo do PSE também reflete a articulação com competências específicas da BNCC, como a promoção de hábitos saudáveis e o estímulo à reflexão sobre o

⁴ Base Nacional Comum Curricular (BNCC). Disponível em: www.portal.mec.gov.br. Acesso em: 18 nov. 2024.

autocuidado e a prevenção. No biênio 2020-2021, mais de 1 milhão de testes de COVID-19 foram aplicados em escolas, e 70 mil crianças vulneráveis receberam acompanhamento, evidenciando a concretização das diretrizes de saúde no ambiente escolar.

18.7.3.2. PSE e o Documento Curricular Referencial de Fortaleza

O DCRFor⁵, lançado em 2023, tem como objetivo alinhar o currículo local à BNCC, considerando especificidades regionais e culturais. Ele reforça o papel da escola como promotora de saúde, ampliando a integração entre educação e práticas preventivas. Com a implementação do DCRFor, o PSE encontra um suporte adicional para fortalecer suas ações, especialmente em aspectos ligados à saúde mental e inclusão social.

No PPA 2022-2023, as ações do PSE já dialogam com os princípios do DCRFor, com destaque para a criação de centros de atendimento integrados em 85% das regiões urbanas. Essas iniciativas incluem oficinas sobre saúde mental e o uso responsável de tecnologia, temas presentes no DCRFor como parte do desenvolvimento integral dos alunos. A utilização de tecnologias digitais no PSE para capacitação e monitoramento também está alinhada às propostas do documento curricular, que incentiva práticas inovadoras no ensino.

O DCRFor fortalece a sustentabilidade do PSE ao estabelecer diretrizes claras para a integração curricular de temas de saúde, o que pode contribuir para superar desafios, como a rotatividade de profissionais e a desigualdade de acesso em áreas periféricas.

A efetivação das ações do PSE frente ao DCRFor apresenta desafios que vão desde a integração curricular e capacitação de professores até problemas de infraestrutura e mobilização comunitária. Superar esses obstáculos requer investimentos em formação contínua, melhorias na infraestrutura escolar e fortalecimento das parcerias entre saúde e educação.

O alinhamento das práticas pedagógicas às diretrizes do DCRFor pode transformar escolas em espaços de promoção de saúde integral, mas isso dependerá de um esforço conjunto para garantir recursos adequados, estratégias eficazes de formação e a sensibilização de todos os atores envolvidos no processo educativo.

A integração entre o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Documento Curricular Referencial de Fortaleza (DCRFor) apresenta uma oportunidade única para alinhar ações de saúde e educação às especificidades regionais e às diretrizes da Base Nacional Comum

⁵ Documento Curricular Referencial de Fortaleza (DCRFor). Disponível em: dcrfor.sme.fortaleza.ce.gov.br. Acesso em: 18 nov. 2024.

Curricular (BNCC). Contudo, a implementação dessas iniciativas enfrenta desafios significativos, especialmente no âmbito escolar, onde professores e gestores desempenham papéis essenciais.

18.7.3.2.1. Integração Curricular e Carga Horária

Um dos maiores desafios é incorporar as ações do PSE no currículo escolar já sobrecarregado. O DCRFor enfatiza a necessidade de alinhar as práticas pedagógicas às competências gerais da BNCC, incluindo temas transversais como saúde mental, autocuidado e sustentabilidade. No entanto, escolas frequentemente enfrentam dificuldades para acomodar essas atividades sem prejudicar o andamento das disciplinas regulares.

Professores (dados oriundos da prática profissional e relatos informais) relatam dificuldades para equilibrar as exigências curriculares e a execução de ações práticas do PSE, como oficinas de saúde, campanhas preventivas e monitoramento de alunos com necessidades específicas. Essa sobreposição de responsabilidades pode limitar a eficácia das iniciativas, especialmente em escolas com recursos humanos e estruturais limitados.

Embora o DCRFor valorize a formação contínua, a capacitação de professores para implementar ações do PSE enfrenta barreiras. No ciclo 2022-2023, mais de 5.000 profissionais foram capacitados para trabalhar em áreas como saúde mental e uso de tecnologia no contexto escolar. Contudo, a alta rotatividade de docentes em escolas públicas compromete a continuidade e o impacto dessas capacitações.

Além disso, muitos professores (dados oriundos da prática profissional e relatos informais) sentem-se sobrecarregados com as demandas extras de formação, especialmente quando precisam aplicar os novos conhecimentos em ambientes escolares com infraestrutura limitada ou pouco suporte técnico.

18.7.3.2.2. *Infraestrutura Escolar e integração intersetorial*

A infraestrutura de muitas escolas de Fortaleza não está plenamente adequada para atender às demandas do PSE, mesmo com as diretrizes claras do DCRFor sobre a criação de espaços para atividades interdisciplinares. A falta de salas específicas para oficinas de saúde, acesso a recursos tecnológicos e espaços adequados para atendimentos preventivos compromete a execução das ações.

Além disso, em regiões periféricas e rurais, escolas ainda enfrentam desafios básicos como acesso à internet, ausência de quadras esportivas e equipamentos de primeiros socorros, o que limita a efetivação de projetos previstos pelo PSE.

A implementação efetiva do PSE requer uma forte articulação entre as secretarias de saúde e educação, conforme destacado pelo DCRFor. Porém, barreiras burocráticas e a falta de mecanismos claros de comunicação entre as equipes de saúde e as escolas dificultam essa integração. Em algumas localidades, as ações previstas no PSE acabam sendo realizadas de forma isolada, sem a coordenação necessária para alcançar resultados abrangentes.

18.7.3.2.3. *Mobilização Comunitária*

Outro desafio é engajar a comunidade escolar nas ações do PSE. O DCRFor propõe que as escolas funcionem como centros de saúde preventiva, mas a resistência de alguns pais e alunos em participar das atividades do programa pode limitar seu alcance. Essa resistência frequentemente decorre da falta de informação ou de crenças culturais que desvalorizam práticas preventivas. Os professores, além de suas responsabilidades pedagógicas, muitas vezes precisam atuar como mediadores para sensibilizar as famílias, o que aumenta ainda mais suas atribuições e pode gerar desgaste.

Por fim, com base nos achados deste estudo, consideramos que o Programa Saúde na Escola (PSE) tem se consolidado como uma iniciativa fundamental para promover a intersecção entre saúde e educação, impactando positivamente a qualidade de vida de estudantes e comunidades escolares. Analisando sua evolução nos Planos Plurianuais (PPAs), é evidente que o programa avançou em aspectos como cobertura, capacitação de profissionais e diversificação de ações, alinhando-se a diretrizes nacionais, como a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), e a referências regionais, como o Documento Curricular Referencial de Fortaleza (DCRFor). Contudo, desafios estruturais e operacionais continuam a testar sua efetividade e alcance.

Os avanços observados refletem um esforço contínuo para ampliar a cobertura das escolas atendidas pelo PSE, que saltou de 25% no início da década de 2010 para 60% em 2023. A diversificação das ações, com inclusão de temas como saúde mental, nutrição e prevenção de doenças, demonstra a capacidade do programa de adaptar-se às demandas contemporâneas. O uso de tecnologias digitais para capacitação e monitoramento, especialmente em períodos de crise como a pandemia de COVID-19, destacou-se como um marco para garantir a continuidade das ações e atender escolas em áreas remotas.

A integração com a BNCC e o DCRFor ampliou as perspectivas do PSE, trazendo maior alinhamento entre práticas pedagógicas e ações de saúde. A BNCC oferece um marco normativo que fortalece a interdisciplinaridade e a abordagem integral no ensino, enquanto o DCRFor contextualiza essas diretrizes às necessidades específicas de Fortaleza, promovendo uma educação mais inclusiva e conectada à realidade local.

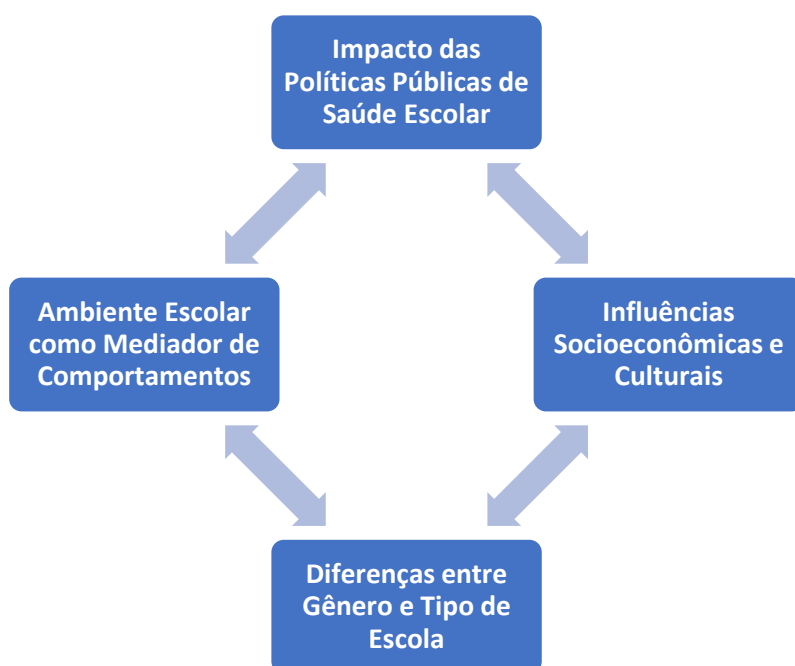
Apesar dos avanços, os desafios são expressivos. A desigualdade na distribuição de recursos compromete a universalização do programa, especialmente em escolas de regiões periféricas e rurais. A rotatividade de professores e profissionais da saúde impacta a continuidade das ações, enquanto a sobrecarga de currículos e a infraestrutura inadequada limitam a efetividade das atividades no ambiente escolar. Além disso, a integração intersetorial entre saúde e educação enfrenta barreiras burocráticas, atrasando a execução plena das metas estabelecidas.

A análise dos PPAs, da BNCC e do DCRFor evidencia que o sucesso do PSE depende de um esforço conjunto para superar essas barreiras. É fundamental investir em infraestrutura, estratégias de capacitação contínua, fortalecimento de parcerias intersetoriais e engajamento comunitário. Apenas com recursos adequados, planejamento estratégico e mobilização de todos os atores envolvidos será possível consolidar o PSE como um instrumento transformador na promoção de saúde e educação de forma integrada.

A continuidade das iniciativas e o alinhamento às diretrizes pedagógicas e de saúde são cruciais para que o PSE alcance seu potencial máximo. Como ponte entre dois pilares fundamentais da sociedade, saúde e educação, o programa pode não apenas melhorar indicadores sociais, mas também promover uma cidadania mais consciente, saudável e preparada para os desafios do futuro.

19. DISCUSSÃO

Para explicar os achados observados nas comparações e nas tendências dos indicadores, propomos um modelo estruturado em quatro eixos principais:



Fonte: Autoria própria.

Em relação ao impacto das políticas públicas de saúde escolar, o programa saúde na escola (PSE), em articulação com o Plano Plurianual (PPA), atua diretamente na promoção da saúde e na prevenção de riscos para adolescentes. Esse eixo considera que as ações do PSE, como campanhas de fomento à reflexão, capacitação dos profissionais e atividades de prevenção no ambiente escolar, contribuem para a redução de indicadores como o uso de tabaco e a fomento à reflexão sobre métodos contraceptivos. No entanto, limitações estruturais e de execução, como a falta de uniformidade no acesso a orientações em saúde sexual, podem enfraquecer o impacto positivo pretendido, refletindo-se em índices ainda elevados de gravidez na adolescência e redução do uso de preservativos ao longo dos anos.

Como observado em outros estudos, o que se refere as influências socioeconômicas e culturais, a análise dos dados indica que fatores socioeconômicos parecem exercer uma influência significativa sobre os comportamentos de risco e os indicadores de saúde entre

adolescentes, especialmente entre aqueles de escolas públicas (Malta, Souza, *et al.*, 2010; Campos *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2017). A iniciação sexual precoce e o menor uso de preservativos, por exemplo, mostram-se mais prevalentes em contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica. Fatores culturais e regionais também impactam a efetividade das políticas de saúde sexual, dado que temas como contracepção podem enfrentar resistências em determinados contextos familiares e escolares, prejudicando a adesão aos métodos preventivos.

As diferenças entre adolescentes de escolas públicas e privadas e entre meninos e meninas sugerem uma necessidade de políticas de saúde mais sensíveis às características desses grupos. Por exemplo, o uso de álcool e de tabaco apresenta variações entre escolas públicas e privadas, com uma maior adesão a comportamentos de risco nas primeiras, o que gera inquietação tendo em vista que apenas nas públicas o PSE é uma ação obrigatória (Malta, Souza, *et al.*, 2010; Campos *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2017). Já a saúde mental tem se mostrado uma preocupação crescente em ambos os gêneros, sugerindo a importância de políticas que incluam suporte psicológico e ambientes seguros no contexto escolar, considerando-se que essas demandas têm sido insuficientemente atendidas (Nunes *et al.*, 2007; Jucá *et al.*, 2009; Oms, 2009; Benetti *et al.*, 2010; Malta, Sardinha, *et al.*, 2010; Malta, Silva, *et al.*, 2010; Malta, Souza, *et al.*, 2010; Penna, 2010; Oliveira *et al.*, 2017).

O ambiente escolar é apontado como uma esfera influente para o desenvolvimento saudável dos adolescentes, pois promove o acesso às informações e cria oportunidades de socialização com responsabilidade. Contudo, o envolvimento em episódios de violência e o bullying, embora reduzidos, continuam presentes, refletindo na saúde mental dos alunos, em ambos tipos de escolas (Malta, Souza, *et al.*, 2010; Andrade *et al.*, 2012; Langford *et al.*, 2014; Langford *et al.*, 2015; Mello *et al.*, 2017; Aguilera-Jiménez *et al.*, 2021; Shields *et al.*, 2021). Isso indica que a escola também deve consolidar um espaço de suporte emocional e de promoção de segurança, especialmente em áreas de alta vulnerabilidade, como é o caso de escolas públicas em Fortaleza.

Esse modelo sugere, portanto, que a eficácia das políticas públicas em saúde escolar, como o PSE, depende de um alinhamento entre a implementação prática e o contexto regional, além de uma adaptação mais específica às diferenças de gênero e ao tipo de escola, tendo em vista que nas escolas particulares não é um componente obrigatório. Tendo em vista que os dados da PeNSE, coletados em anos específicos (2009, 2012, 2015 e 2019), revelam tendências diferentes em comportamentos de saúde e risco entre adolescentes de Fortaleza, comparando-

os com as médias estaduais, regionais e nacionais, incluindo uso de substâncias, comportamento sexual, exposição à violência e saúde mental.

A análise do Plano Plurianual (PPA), com foco no Programa Saúde na Escola (PSE), ilustra as estratégias adotadas pela gestão municipal para reduzir comportamentos de risco e promover a saúde integral de adolescentes no contexto escolar. Há que se considerar que se tratam de dados autorreferidos que podem não retratar a realidade, pois os adolescentes podem temer relatar seu uso, contudo as principais tendências observadas nas edições da PeNSE foram:

1. Redução do uso de substâncias: Houve uma diminuição no uso de cigarro, álcool e drogas ilícitas entre adolescentes de Fortaleza ao longo dos anos, especialmente entre 2009 e 2019. Essa tendência sugere impacto positivo das campanhas educativas e do fomento à reflexão.
2. Comportamento sexual e uso de preservativos: Apesar de uma redução na iniciação sexual precoce, houve um preocupante queda no uso de preservativos. Embora o conhecimento sobre contraceptivos tenha aumentado, essa mudança sugere uma desconexão entre conhecimento e prática de sexo protegido.
3. Aumento dos relatos de violência sexual e alterações de saúde mental: Houve um crescimento expressivo nos relatos de violência sexual e em indicadores de saúde mental, refletindo uma demanda crescente por suporte psicológico e políticas de proteção para adolescentes.

Embora o PPA de Fortaleza, ao longo dos anos (2014-2017, 2018-2021 e 2022-2025), apresente o PSE como estratégia central de integração entre saúde e educação, promovendo atividades de prevenção e fomento à reflexão, os dados específicos não contemplam os aspectos de piora dos indicadores de saúde dos adolescentes. Os relatórios do PPA indicam que, enquanto o PSE conseguiu avanços em capacitação de servidores, expansão da cobertura de saúde nas escolas e campanhas preventivas, persistem desafios na execução e no alcance de metas em áreas críticas, como:

- Capacitação insuficiente e fragmentada: O PPA destacou uma meta para capacitar multiplicadores, mas faltam ações contínuas e específicas para reforçar o treinamento dos profissionais nas escolas, especialmente para questões de saúde sexual e mental.
- Cobertura de atenção básica e saúde bucal: Embora a Estratégia Saúde da Família (ESF) tenha expandido a cobertura, a abordagem e a adequação regional ainda não são totalmente proporcionais às demandas locais, especialmente em áreas vulneráveis.

- Ações preventivas fragmentadas: As campanhas realizadas ainda são pontuais, sem integração ao currículo escolar, o que limita a assimilação contínua de práticas preventivas entre os alunos. Não são incluídas oficialmente as ações em escolas privadas pois como não está prevista em lei, não é considerado como necessidade do adolescente.

Teoricamente, o Programa Saúde na Escola (PSE) deve ser implantado com base nos Planos Plurianuais (PPAs), visando proporcionar atendimento integral de saúde aos estudantes da rede pública, com metas específicas de prevenção de doenças, promoção de saúde bucal e mental, e ações educacionais sobre comportamentos violentos (Colab, 2023; PÚBLICA, 2024). Como em outros locais do país, os relatórios PPAs de Fortaleza descrevem um aumento progressivo na cobertura escolar pelo PSE, meta de capacitação de profissionais (com formação contínua de multiplicadores de saúde), e uma expansão de serviços através da Estratégia Saúde da Família (ESF), que prevê cobertura de saúde básica e acompanhamento para as escolas, os dados destas ações não se refletem nos dados da PeNSE.

Como em outros locais do país, os dados da PeNSE mostram uma tendência de queda no uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas entre adolescentes (Levy *et al.*, 2010; Malta, Sardinha, *et al.*, 2010; Malta, Silva, *et al.*, 2010; Malta, Souza, *et al.*, 2010; Penna, 2010; Campos *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2017). Este impacto positivo pode ser atribuído a campanhas preventivas e à integração de saúde nas escolas, que oferecem atividades de fomento à reflexão e serviços de apoio psicológico. A diminuição de brigas reportada pode ser associada ao fortalecimento do ambiente escolar e ao suporte emocional fornecido pelo PSE, promovendo uma cultura de paz e respeito entre os alunos (Malta, Silva, *et al.*, 2010).

Entretanto, parece ainda persistir desconexão entre conhecimento sobre métodos contraceptivos e uso de preservativos. Normas sociais e culturais, além das características socioeconômicas podem estar contribuindo para uma baixa adesão ao uso de preservativos, mesmo com o aumento no conhecimento sobre métodos contraceptivos (Penna, 2010; Campos *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2017; De Villiers *et al.*, 2021; Petrucci *et al.*, 2021). Em muitos contextos, os adolescentes podem ter receio de discutir abertamente sobre o uso de preservativos devido a estigmas.

A diminuição do uso de preservativos pode refletir uma percepção de risco menor em relação a DSTs e gravidez não planejada. Esta visão reduzida de risco sugere a necessidade de campanhas que enfatizem as consequências do sexo inseguro de forma prática e direta. Embora o conhecimento tenha aumentado, fatores como o acesso irregular a preservativos e barreiras econômicas podem impedir a prática de sexo protegido, sobretudo em contextos escolares mais

vulneráveis (Malta, Sardinha, *et al.*, 2010; Malta, Silva, *et al.*, 2010; Malta, Souza, *et al.*, 2010; Penna, 2010; Campos *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2017) Há que se considerar que estes indicadores podem ser mais complexos ainda no público de jovens que não estão frequentando a escola, tendo em vista que a PENSE inclui somente a análise de dados de escolares, e supõe-se que os adolescentes que estão fora do ambiente escolar possuem indicadores piores.

Há que se considerar ainda as barreiras na capacitação de professores e cobertura territorial do ESF (Importa, 2015; Bizeli and Sebastian-Heredero, 2016; Bonfanti and Gomes, 2018; Brasil, 2018; Dias *et al.*, 2020; Santos and Oliveira, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023a; Brasil, 2023b). A capacitação de professores, embora tenha sido uma meta do PSE nos PPAs, enfrenta desafios de continuidade e especialização. A formação inicial de multiplicadores de saúde muitas vezes não se estende aos professores que se juntam posteriormente, criando uma lacuna na consistência do treinamento e na linguagem única.

A ausência de um financiamento contínuo para capacitação reduz o alcance do programa, e nem sempre é possível incluir módulos específicos em áreas críticas como saúde mental, questões de gênero e prevenção de violência. A ESF ampliou sua cobertura, mas ainda enfrenta desafios para oferecer um atendimento regionalizado e adaptado às demandas específicas das escolas. Em áreas mais vulneráveis, onde o risco de abandono escolar e de problemas de saúde é elevado, a escassez de equipes ESF prejudica a execução das ações do PSE de maneira equitativa.

Por fim, há que se considerar também que os determinantes sociais em saúde (DSS), aliado à rotatividade de profissionais do ESF e NASF, bem como a existência crescente de professores terceirizados (temporários) em escolas públicas dificulta o estabelecimento de vínculos com as escolas e com os adolescentes, podem comprometer o acompanhamento de longo prazo e a continuidade das ações preventivas.

20. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores de saúde dos adolescentes de Fortaleza mostram tanto alinhamento quanto peculiaridades em relação às médias regionais (Ceará e Nordeste) e nacionais. A iniciação sexual precoce reduziu-se de 33,1% em 2009 para 27,9% em 2019, acompanhando a queda nacional, mas mantendo taxas superiores às médias do Nordeste e Brasil. Por outro lado, o uso de preservativos diminuiu de 66,1% para 59,7% no mesmo período, reflexo de uma tendência nacional preocupante. Em saúde mental, o sentimento de solidão e a perda de sono devido à ansiedade cresceram de 17,8% para 19,7% e de 8,5% para 15,4%, respectivamente, indicando vulnerabilidades exacerbadas em Fortaleza.

Ao longo dos anos, as tendências indicaram diferenças significativas entre sexos e tipos de escolas. Meninas relataram maior exposição à violência sexual e problemas de saúde mental, enquanto meninos mostraram maior envolvimento em comportamentos de risco como brigas físicas. Em escolas públicas, indicadores como iniciação sexual precoce (28,2% em 2019) permanecem mais elevados em comparação às privadas, revelando desigualdades estruturais. O PSE intensificou ações educativas, mas a eficácia varia, sugerindo necessidade de estratégias direcionadas.

Há correlações significativas entre a presença de orientação sobre DST/AIDS e a redução de iniciação sexual precoce. Contudo, não foram observados impactos consistentes na diminuição de comportamentos violentos. Essas descobertas reforçam a importância de integrar orientações sobre comportamentos relativos à saúde sexual e violência com ações de combate à violência no contexto escolar.

O PSE mostrou expansão significativa, cobrindo 72,5% das escolas públicas em 2019 e fortalecendo iniciativas como campanhas educativas e serviços de saúde bucal. Porém, os relatórios do PPA apontam limitações na continuidade das capacitações e na regionalização das ações.

Por fim, os dados evidenciam que, apesar de avanços importantes, há necessidade de estratégias mais contextualizadas e sustentáveis, como a inclusão de ações de prevenção à violência e suporte psicológico contínuo nas escolas, além de uma adaptação cultural dos conteúdos de saúde sexual. Essas iniciativas poderão garantir que o PSE e outras políticas públicas cumpram integralmente seu papel de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco entre os adolescentes em Fortaleza, criando uma base sólida para a saúde integral desta população.

21. RECOMENDAÇÕES

Para fortalecer os programas de saúde escolar e reduzir comportamentos de risco em relação a saúde sexual e aos comportamentos violentos entre adolescentes em Fortaleza, as recomendações a seguir são fundamentadas em práticas bem-sucedidas de saúde e educação em outras regiões e no próprio Brasil:

1. Ampliação da visibilidade do PPA e de seus relatórios para o GTI municipal do PSE – O PPA é uma ferramenta estratégica de planejamento público que define as prioridades e metas do governo para um período de quatro anos. Sua visibilidade e o acesso a seus relatórios são fundamentais para garantir a transparência, eficiência, e alinhamento das ações governamentais aos objetivos de políticas públicas, especialmente no âmbito do Grupo Técnico Interministerial (GTI) do Programa de Saúde Escolar (PSE).
2. Monitoramento contínuo e avaliação de programas de saúde escolar - Implementar um sistema de monitoramento anual com base em indicadores específicos para avaliar o impacto das intervenções do PSE e do PPA na saúde dos adolescentes. Essa prática permite identificar rapidamente os desafios e ajustar estratégias conforme necessário, alinhando os resultados com as metas de saúde pública local.
3. Intensificação de programas de saúde mental e promoção da cultura de paz nas escolas - Aumentar as ações de saúde mental nas escolas, incluindo a criação de parcerias com centros de apoio psicossocial (CAPSI) e o centros de apoio psicossocial infantil (CAPSI) e equipes do PSE, para proporcionar atendimentos regulares. Estudos apontam que programas de saúde mental estruturados nas escolas resultaram em uma diminuição significativa nos índices de violência, depressão e ansiedade entre adolescentes.
4. Fortalecimento da educação sexual e reprodutiva com enfoque cultural e regional - Adotar currículos de educação sexual que levem em consideração as realidades culturais da comunidade. Um exemplo positivo vem do programa “Saúde e Prevenção nas Escolas”, do Ceará, que integrou a participação dos pais e das lideranças comunitárias, reduzindo tabus e ampliando o acesso seguro à informação sobre contraceptivos e ISTs.
5. Implementação de oficinas regulares de autocuidado e prevenção de ISTs - Organizar oficinas regulares sobre o uso de preservativos e outros métodos contraceptivos, incluindo sessões demonstrativas que promovam habilidades práticas e diminuam a vergonha ou medo associados ao uso. Inspirado pela estratégia da UNAIDS (2019), oficinas que

promovem discussões abertas entre pares sobre saúde reprodutiva demonstraram um aumento significativo na adesão ao uso de preservativos.

6. Integração do bullying e da violência nas políticas de saúde escolar - Fortalecer políticas de prevenção à violência escolar e ao bullying com programas contínuos que envolvem monitoramento e intervenção rápida. Atuação à comunidade escolar e profissionais de segurança, conseguiu reduzir em 20% os relatos de violência escolar, incluindo bullying, ao estabelecer uma rede de apoio integrada. A replicação desse modelo em Fortaleza pode contribuir para ambientes escolares mais seguros e apoiar a saúde mental dos estudantes.
7. Aprimoramento da capacitação contínua para educadores e profissionais de saúde - Promover capacitações regulares de professores e agentes de saúde do PSE para abordar temas como saúde sexual e mental de forma acolhedora. Um exemplo prático vem da experiência do programa de capacitação do Programa Nacional de Educação em Saúde no Ensino Básico do México, onde os educadores receberam formações práticas para abordar temas delicados como sexualidade e violência com empatia e eficácia, resultando em um ambiente mais receptivo.

REFERÊNCIAS

(IBGE), I. B. D. G. E. E. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2019**. Rio de Janeiro: IBGE 2021.

(IPEA), I. D. P. E. A. **Atlas da Vulnerabilidade Social nos Municípios Brasileiros**. Brasília 2019.

AGUILERA-JIMÉNEZ, N. et al. Relationships of Adolescent and Young Couples with Violent Behaviors: Conflict Resolution Strategies. In: (Ed.). **Int J Environ Res Public Health**, v.18, 2021. ISBN 1660-4601 (Electronic)1661-7827 (Print) 1660-4601 (Linking).

AKIYAMA, T. et al. Making schools healthy among Burmese migrants in Thailand. **Health Promotion International**, v. 28, n. 2, p. 223-232, 2013. ISSN 1460-2245.

ALBERTO, F. A. et al. Saúde e educação: um encontro de saberes para a implementação do projeto "Saúde e Prevenção nas Escolas". **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 84-84, 2009. ISSN 0104-1290.

ALVES, C. G.; BITENCOURT, C. M. O Direito Fundamental Social à Saúde na Constituição de 1988: A Garantia da Dignidade da Pessoa Humana entre o Poder Judiciário e a Ponderação de Princípios. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito–PPGDir./UFRGS**, v. 11, n. 3, 2016. ISSN 2317-8558.

ANDRADE, S. S. C. D. A. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1725-1736, 2012. ISSN 0102-311X. Available at: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900011&nrm=iso >.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência: Filosofia e Prática da Pesquisa**. Primeira. São Paulo: Editora Pioneira Thomson Learning, 2006.

BARTASEVICIUS, D. M. M.; DE CAMPOS MIRANDA, M. A. G. Formação de Professores para a Prática de Educação Sexual nas Escolas. **Sisyphus: Journal of Education**, v. 7, n. 3, p. 156-178, 2019. ISSN 2182-9640.

BARTELINK, N. et al. Implementation of the Health Promoting School Approach in Europe: A Cross-Sectional Study Among National Representatives. **Journal of School Health**, v. 94, n. 10, p. 975-984, 2024. ISSN 0022-4391.

BENETTI, S. P. D. C. et al. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. **Psico-usf**, v. 15, n. 3, p. 321-332, 2010. ISSN 1413-8271.

BIZELI, J. L.; SEBASTIAN-HEREDERO, E. Educação e inovação: O desafio da escola brasileira. **Tendencias Pedagógicas**, 2016. ISSN 1989-8614.

BONES, A. et al. **P4.06 Ecomap: an alternative for an interdisciplinary assistance.** 2017. A194.1-A194.

BONFANTI, A. L.; GOMES, A. R. A quem protegemos quando não falamos de gênero na escola? **Revista Periódicus**, v. 1, n. 9, p. 105-121, 2018-06-06 2018. ISSN 2358-0844. Accessed on: 2022-08-07T19:39:47.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Brasília, DF: Diário Oficial da União. 248 1996.

_____. 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**, p. 2-2, 2007.

_____. **Escola Segura: uma ação integrada** 2023a.

_____. **NOTA TÉCNICA Nº 5/2023-CGEDESS/DEPPROS/SAPS/MS. Documento Orientador do Programa Saúde na Escola: Indicadores e Padrões de Avaliação do Ciclo 2023/2024.** Brasília 2023b.

_____. **Plano Plurianual. Ministério do Planejamento e Orçamento.** 2024a.

_____. **Programa Saúde na Escola (PSE)** 2024b.

BRASIL; REPÚBLICA, P. D. 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**, 2007.

BRASIL; SAÚDE, M. D. **Boletim Epidemiológico, HIV e Aids, Número Especial de dezembro de 2024.** Brasília, DF 2024.

BRASIL, M. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2006.

BRASIL, M. D. S. Programa Saúde na Escola (PSE). 2018. Available at: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pse> >.

BUENO, R. C. P.; RIBEIRO, P. R. M. História da educação sexual no Brasil: apontamentos para reflexão. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 29, n. 1, p. 49-56, 2018. ISSN 2675-1194.

CAMPOS, A. L. V. **O Instituto de Assuntos Interamericanos e suas políticas de saúde no Brasil durante a Segunda Guerra Mundial.**: Presidential Studies Quarterly XXVIII 1998.

CAMPOS, H. M.; SCHALL, V. T.; NOGUEIRA, M. J. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Saúde em Debate**, v. 37, p. 336-346, 2013. ISSN 0103-1104.

CARVALHO, R. G. et al. Relações de amizade e autoconceito na adolescência: um estudo exploratório em contexto escolar. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 34, p. 379-388, 2017. ISSN 0103-166X.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. ISSN 0140-6736.

CEFAI, C. et al. The effectiveness of a school-based, universal mental health programme in six European countries. **Frontiers in Psychology**, v. 13, p. 925614, 2022. ISSN 1664-1078.

CHÁVEZ, C. et al. School-Related Violence in Latin America and the Caribbean: Building an evidence base for stronger schools. 2021.

COLAB. **Plano Plurianual (PPA) do município: O que é e como fazer**. 2023.

CORNELLÀ I CANALS, J. La sexualidad en la adolescencia. **Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado**, v. 10, n. 61, p. 4191-4195, 2010-09-01 2010. ISSN 0304-5412. Accessed on: 2021-10-28T13:18:12.

COSTA, A. C. P. D. J. et al. Vulnerability of adolescent students to STD/HIV in Imperatriz-Maranhão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 179-186, 2013. ISSN 0102-6933.

COYLE, K. et al. Safer choices: A multicomponent school-based HIV/STD and pregnancy prevention program for adolescents. **Journal of School Health**, v. 66, n. 3, p. 89-95, 1996. ISSN 0022-4391.

DE FATIMA VALENTE, L.; PEREIRA, M. A. L. Políticas para a educação básica no Brasil em tempos de retrocessos democráticos: a desconstrução da agenda no governo Jair Bolsonaro. **Educação**, p. e91/1-22, 2023. ISSN 1984-6444.

DE SOUSA MOURA, F. N. Possibilidades interdisciplinares da educação para as sexualidades no Documento Curricular Referencial do Ceará. **Ensino em Perspectivas**, v. 6, n. 1, p. 1-19, 2025. ISSN 2675-9144.

DE VILLIERS, T.; DUMA, S.; ABRAHAMS, N. "As young men we have a role to play in preventing sexual violence": Development and relevance of the men with conscience intervention to prevent sexual violence. In: (Ed.). **PLoS One**, v.16, 2021. p.e0244550. ISBN 1932-6203 (Electronic) 1932-6203 (Linking).

DEPUTADOS, C. D. **Planejamento orçamentário: PPA, LDO e LOA**. 2024.

DIAS, B. C. D. et al. Programa Saúde na Escola (PSE): o processo de formação dos profissionais no município do Crato, Ceará, Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 64188-64201, 2020. ISSN 2525-8761.

DIAS, M. S. D. A. et al. Colaboração interprofissional no projeto saúde e prevenção na escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1789-1798, 2016. ISSN 1413-8123.

DICLEMENTE, R. J.; SALAZAR, L. F.; CROSBY, R. A. A review of STD/HIV preventive interventions for adolescents: Sustaining effects using an ecological approach. **Journal of pediatric psychology**, v. 32, n. 8, p. 888-906, 2007. ISSN 1465-735X.

DO BRASIL, S. F. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.

DONG, B. et al. Adolescent health and healthy China 2030: a review. **Journal of Adolescent Health**, v. 67, n. 5, p. S24-S31, 2020. ISSN 1054-139X.

DOS SANTOS, E. M.; SANTOS ADINOLFI, V. T. A saúde escolar do final do século XVIII ao programa saúde na escola, do paradigma do higienismo à saúde colectiva. **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias**, v. 20, n. 3, 2021. ISSN 1579-1513.

EDUCAÇÃO, M. D. S. E. D. **Portaria Interministerial no 796 de 29/05/1992 dos Ministérios da Saúde e Educação. Normas e procedimentos educativos referente à transmissão e prevenção da infecção pelo HIV. Brasília (DF); 1992.** Brasília, DF 1992.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

ERAWAN, P. Healthy schools promotion: an experience in Thailand. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 186, p. 513-521, 2015. ISSN 1877-0428.

ESCOBAR, E. M. A.; BERCINI, L. O.; SILVA, M. L. M. R. Enfermagem e saúde escolar. **Acta paul. enferm**, p. 17-22, 1991.

ESCRIBANO, S. et al. Implementation fidelity for promoting the effectiveness of an adolescent sexual health program. **Evaluation and program planning**, v. 59, p. 81-87, 2016. ISSN 0149-7189.

FERNANDES, L. A. et al. Promoção da saúde e intersetorialidade na escola: a monumental ambição do Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 5-8, 2023. ISSN 0103-1104.

FIGUEIREDO, T. A. M. D.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. D. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 397-402, 2010. ISSN 1413-8123.

FUNDAMENTAL, B. S. D. E. **Parâmetros curriculares nacionais: pluralidade cultural, orientação sexual**. Ministerio da Educação, 2000. ISBN 8586584754.

GAETE, J. et al. The Social Competence Promotion Program among Young Adolescents (SCPP-YA) in Chile ("Mi Mejor Plan") for substance use prevention among early adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 23, n. 1, p. 542, 2022. ISSN 1745-6215.

GIMENEZ, F. V. M. et al. Análise do projeto saúde e prevenção nas escolas: contribuições à gestão intersetorial. 2014. ISSN 1981-8963.

GONDIM, P. S. et al. Acessibilidade dos adolescentes às fontes de informações sobre saúde sexual e reprodutiva. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**, p. 50-53, 2015.

GONSALVES, E.; SCHRAIBER, L. B. Intersetorialidade e Atenção Básica à Saúde: a atenção a mulheres em situação de violência. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 958-969, 2021. ISSN 0103-1104.

IMPORTA, C. V. **O papel da escola na prevenção aos homicídios de jovens**: 18 p. 2015.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, v. 22, p. 102-110, 2001.

JAUREGUI, A. et al. Comprehensive evaluation of Salud Escolar a health school program in Mexico: Rationale, design and methods. **Preventive Medicine Reports**, v. 25, p. 101662, 2022. ISSN 2211-3355.

JUCÁ, V. J. D. S.; NUNES, M. D. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009. ISSN 1413-8123.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 35 a 45-35 a 45, 2000. ISSN 1982-3134.

LANGFORD, R. et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 15, p. 130, Feb 12 2015. ISSN 1471-2458. Available at: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25886385> >.

_____. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 2014, n. 4, p. CD008958, Apr 16 2014. ISSN 1469-493X. Available at: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24737131> >.

LEE, A. et al. Health Promoting Schools: An Update. **Appl Health Econ Health Policy**, v. 18, n. 5, p. 605-623, Oct 2020. ISSN 1175-5652 (Print) 1175-5652.

LEVY, R. B. et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3085-3097, 2010. ISSN 1413-8123.

MADINA, M. Investing in the future in Brazil. **Planned parenthood challenges**, n. 1, p. 24-25, 1998.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3009-3019, 2010. ISSN 1413-8123.

_____. Bullying nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3065-3076, 2010. ISSN 1413-8123.

_____. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3053-3063, 2010. ISSN 1413-8123.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. atlas, 2003. ISBN 8597010126.

MARTINS, R. M. et al. A EDUCAÇÃO FÍSICA NA MATRIZ DE CONHECIMENTOS BÁSICOS E NO DOCUMENTO CURRICULAR REFERENCIAL DO CEARÁ: UMA ANÁLISE COMPARATIVA IMPLICADA PELA BNCC A PARTIR DO CONTEXTO PANDÊMICO. **Corpoconsciência**, p. e15038-e15038, 2023. ISSN 2178-5945.

MELLO, F. C. M. et al. A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2939-2948, 2017. ISSN 1413-8123.

MENDES, R.; AKERMAN, M. **Intersectorialidade: reflexões e práticas** 2007.

MENEZES, E. T. D.; SANTOS, T. H. D. dicionário Interativo da educação brasileira-Educabrazil. **São Paulo: Midiamix Editora**, 2002.

MENEZES, E. T. D.; SAÚDE, M. D. **Verbete PNSE (Programa Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola: guia operacional)**. Brasília Ministério da Saúde 2020.

MOLBERT, W.; BOYER, C. B.; SHAFER, M. A. B. Implementing a School-Based STD/HIV Prevention Intervention: Collaboration Between a University Medical Center and an Urban School District. **Journal of School Health**, v. 63, n. 6, p. 258-261, 1993. ISSN 0022-4391.

MONTEIRO, I. P. et al. Prevalence of sexually transmissible infections in adolescents treated in a family planning outpatient clinic for adolescents in the western Amazon. **Plos one**, v. 18, n. 6, p. e0287633, 2023. ISSN 1932-6203.

MOREIRA, J. O.; ROSÁRIO, Â. B.; SANTOS, A. P. Juventude e adolescência: considerações preliminares. **Psico**, v. 42, n. 4, p. 457-464, 2011. ISSN 0103-5371. Available at: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/8943/7450> >. Accessed on: 17/05/2019.

MUANGNAPOE, S.; SRISIRI, S. Effects of Leadership Development Program on Self-Efficacy in School Health Promotion, Thailand. **ACPES Journal of Physical Education, Sport, and Health (AJPESH)**, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2022. ISSN 2797-0426.

NASCIMENTO, S. D. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, p. 95-120, 2010. ISSN 0101-6628.

NEVES, M. B.; ROMERO, L. C. A política brasileira de prevenção da síndrome da imunodeficiência adquirida na escola (1994-2014) e o papel da organização das nações unidas para a educação, a ciência e a cultura. **Educação & Sociedade**, v. 38, p. 983-997, 2017. ISSN 1678-4626.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J. D. S.; VALENTIM, C. P. B. **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: conflitos e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. 2007. ISBN 0102-311X.

OLIVEIRA, A. G. L. S.; VIDAL, E. M. A implementação do Documento Curricular Referencial do Ceará (BNCC) em Regime de Colaboração. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 19776-19784, 2020. ISSN 2525-8761.

OLIVEIRA, D. C. N. D. et al. Intersectorialidade e saúde nas políticas estaduais de segurança pública e de prevenção à violência no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1301-1316, 2022. ISSN 1413-8123.

OLIVEIRA, M. M. D. et al. Características da pesquisa nacional de saúde do escolar-PeNSE. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 605-616, 2017. ISSN 2237-9622.

OMS. **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde**. Genebra: Suíça 2002.

_____. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Lisboa 2009.

ORGANIZATION, W. H. Carta de Ottawa. 2002.

ORGANIZATION, W. H. et al. **Making every school a health-promoting school: Implementation guidance**. World Health Organization, 2021. ISBN 9240025073.

ORÇAMENTO, M. D. P. E. **Relatório Anual de Monitoramento do Plano Plurianual 2020-2023**. 2024.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. The right to prevention and the challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 109-119, 2006. ISSN 0034-8910.

PATRICK, R.; KINGSLEY, J. Health promotion and sustainability programmes in Australia: barriers and enablers to evaluation. **Global health promotion**, v. 26, n. 2, p. 82-92, 2019. ISSN 1757-9759.

PENNA, G. O. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)** 2010.

PEREIRA, M. E., ANDREIA; ARAÚJO, L. **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, sexualidade, orientação sexual e relações étnico-raciais**. Brasília - Presidência da República do Brasil (Realizadora): 2020. ISBN 978-85-89737-11-1.

PETRUCCI, E. P. et al. [From domination to violence] Effect of a Community-Based Gender Norms Program on Sexual Violence Perpetration by Adolescent Boys and Young Men: A Cluster Randomized Clinical Trial. In: (Ed.). **Soins**. France: © 2021 Elsevier Masson SAS, v.66, 2021. p.16-19. ISBN 0038-0814 (Print) 0038-0814 (Linking) 2574-3805 (Electronic) 2574-3805 (Linking).

PRASLA, M.; PRASLA, S. A. School health promotion--international perspectives and role of health care professionals. **J Ayub Med Coll Abbottabad**, v. 23, n. 1, p. 150-3, 2011. ISSN 1025-9589. Available at: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22830172> >.

PSE, F. **FORTALECE PSE** 2024.

PÚBLICA, P. C. **Plano Plurianual (PPA): O que é e como funciona?** 2024.

ROTHERAM-BORUS, M. J. et al. Prevention of HIV among adolescents. **Prevention science**, v. 1, p. 15-30, 2000. ISSN 1389-4986.

SADJADI, M. et al. Barriers and facilitators to the implementation of Health-Promoting School programmes targeting bullying and violence: a systematic review. **Health education research**, v. 36, n. 5, p. 581-599, 2021. ISSN 0268-1153.

SANTOS, F. M. **Planos Plurianuais: histórico nacional do planejamento e desenvolvimento econômico**. 2024.

SANTOS, T. P.; RIBEIRO, G. L. **Educação sexual e barreiras culturais: a implementação de programas de saúde sexual no Brasil**: Saúde & Sociedade. 29: 1452-1465 p. 2020.

SANTOS, T. R.; OLIVEIRA, L. M. **A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: desafios para a promoção de saúde no ambiente escolar**.: Revista Brasileira de Saúde Escolar. 12: 55-63 p. 2020.

SAWYER, S. M.; RANITI, M.; ASTON, R. Making every school a health-promoting school. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 5, n. 8, p. 539-540, 2021. ISSN 2352-4642.

SAÚDE, B. M. D.; EDUCAÇÃO, M. D. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola-PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União**, 2017.

SAÚDE, M. D.; BRASIL. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde 2007.

SHIELDS, M. et al. How do employment conditions and psychosocial workplace exposures impact the mental health of young workers? A systematic review. In: (Ed.). **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.56, 2021. p.1147-1160. ISBN 1433-9285 (Electronic) 0933-7954 (Print) 0933-7954 (Linking).

SILVA, A. P.; ANDRADE, M. F. **Desafios e potencialidades do Programa Saúde na Escola em regiões rurais do Brasil.**: Cadernos de Saúde Pública. 34: 234-241 p. 2018.

SILVA, J. C. P. D. et al. Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2643-2652, 2021. ISSN 1413-8123.

SILVA, S. P. **A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional: projetos, descontinuidades e consolidação**. Texto para Discussão. 2014

SILVA, T. C.; RIBEIRO, J. F. **Avaliação contínua de políticas públicas e a adaptação regional do Programa Saúde na Escola.**: Revista Brasileira de Saúde e Educação. 15: 205-213 p. 2020.

SOUSA, M. et al. Representations of adolescents on HIV/AIDS with a focus on sexuality and vulnerability to infections. **European Journal of Public Health**, v. 30, n. Supplement_5, p. ckaa166. 844, 2020. ISSN 1101-1262.

SPINOLA, M. C. R. Fatores associados a iniciação sexual precoce de adolescentes em Santarém, Pará. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, 2020. ISSN 1676-8019.

STEWART, D.; SUN, J. Resilience and depression in children: mental health promotion in primary schools in China. **International journal of mental health promotion**, v. 9, n. 4, p. 37-46, 2007. ISSN 1462-3730.

UNICEF. **Boas práticas em alfabetização e políticas educacionais no Brasil: o caso do PAIC no Ceará**. UNICEF - Brasília, DF 2021.

WHO, W. H. O. OMS | Prevención de la violencia. **WHO**, 2016-03-18 11:12:58 2016. Available at: < http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/es/ >.

ANEXOS

ANEXO A - DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007.

O presidente da república, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso vi, alínea “a”, da constituição,

Decreta:

Art. 1º fica instituído, no âmbito dos ministérios da educação e da saúde, o programa saúde na escola - pse, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Art. 2º são objetivos do pse:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

Ii - articular as ações do sistema único de saúde - sus às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

Iii - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

Iv - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

Vi - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

Vii - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Art. 3º o pse constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

§ 1º são diretrizes para a implementação do pse:

I - descentralização e respeito à autonomia federativa;

Ii - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;

Iii - territorialidade;

Iv - interdisciplinaridade e intersetorialidade;

V - integralidade;

Vi - cuidado ao longo do tempo;

Vii - controle social; e

Viii - monitoramento e avaliação permanentes.

§ 2º o pse será implementado mediante adesão dos estados, do distrito federal e dos municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizada por meio de termo de compromisso.

§ 3º o planejamento das ações do pse deverá considerar:

I - o contexto escolar e social;

Ii - o diagnóstico local em saúde do escolar; e

Iii - a capacidade operativa em saúde do escolar.

Art. 4º as ações em saúde previstas no âmbito do pse considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do sus, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

I - avaliação clínica;

Ii - avaliação nutricional;

Iii - promoção da alimentação saudável;

Iv - avaliação oftalmológica;

V - avaliação da saúde e higiene bucal;

Vi - avaliação auditiva;

Vii - avaliação psicossocial;

Viii - atualização e controle do calendário vacinal;

Ix - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

X - prevenção e redução do consumo do álcool;

Xi - prevenção do uso de drogas;

Xii - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;

XVIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

Xiv - educação permanente em saúde;

Xv - atividade física e saúde;

Xvi - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e

Xvii - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Parágrafo único. As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do pse para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

Art. 5º para a execução do pse, compete aos ministérios da saúde e educação, em conjunto:

I - promover, respeitadas as competências próprias de cada ministério, a articulação entre as secretarias estaduais e municipais de educação e o sus;

Ii - subsidiar o planejamento integrado das ações do pse nos municípios entre o sus e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;

Iii - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do pse;

Iv - apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do pse;

V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos secretários estaduais e municipais de saúde e de educação os indicadores de avaliação do pse; e

Vi - definir as prioridades e metas de atendimento do pse.

§ 1º caberá ao ministério da educação fornecer material para implementação das ações do pse, em quantidade previamente fixada com o ministério da saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias.

§ 2º os secretários estaduais e municipais de educação e de saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do pse, observadas as prioridades e metas de atendimento do programa.

Art. 7º correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos ministérios da saúde e da educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no pse.

Art. 8º os ministérios da saúde e da educação coordenarão a pactuação com estados, distrito federal e municípios das ações a que se refere o art. 4º, que deverá ocorrer no prazo de até noventa dias.

Art. 9º este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de dezembro de 2007;

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

FERNANDO HADDAD

JOSE GOMES TEMPORÃO