

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE**

VANESSA MOREIRA CHAVES DE ALMEIDA

**A PERCEPÇÃO SOBRE O PROGRAMA SAÚDE NA
ESCOLA (PSE) EM FRANCISCO MORATO: DESAFIOS PARA A
PROMOÇÃO DE SAÚDE**

**SÃO PAULO
2024**

VANESSA MOREIRA CHAVES DE ALMEIDA

**A PERCEPÇÃO SOBRE O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) EM
FRANCISCO MORATO: DESAFIOS PARA
A PROMOÇÃO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto de Saúde, para obtenção do título
Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Profa. Dra. Cláudia Malinverni

SÃO PAULO

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Almeida, Vanessa Moreira Chaves de

A percepção do programa saúde na escola em Francisco Morato: desafios para a promoção de saúde / Vanessa Moreira Chaves de Almeida — São Paulo, 2024.
56 f.

Orientador (a): Profª Cláudia Malinverni

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Promoção da saúde 2. Programa saúde na escola 3. Prevenção de doença 4. Determinantes sociais de saúde

CDD: 362.1

Bibliotecária: Tania Izabel de Andrade CRB/8 7241

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a Deus, meu criador.

Ao meu esposo, por se aventurar e viver comigo os meus sonhos. À minha motivação diária, minha Eloá. À minha mãe, minha inspiração, sempre orando por mim e me apoiando. Ao meu pai (*in memoriam*), que me ensinou a nunca desistir. Aos meus irmãos, Emerson e Raphael, tão presentes em minha vida; à Milca e à sobrinha Hadassa, por todo apoio e amor. Aos meus sogros, por serem presentes e minha rede de apoio, com a nossa Elô.

Às minhas amigas e confidentes, Tawany e Débora, pelo apoio e todos os momentos de descontração.

Aos meus pastores Waldomiro e Rute Paiva, por todo incentivo e orações.

Ao município de Francisco Morato, em especial a todas às entrevistadas da educação e saúde, que gentilmente nos acolheram, e aos queridos adolescentes.

Ao Instituto de Saúde, às professoras, aos professores, às funcionárias e aos funcionários, aos colegas da especialização; em particular à Natália, obrigada pela parceria. E especialmente à minha orientadora Cláudia Malinverni, obrigada por tanto; agradeço imensamente por todo conhecimento que me proporcionou, por toda paciência e ajuda no desenvolvimento do trabalho.

RESUMO

O arcabouço teórico do Programa Saúde na Escola (PSE) é baseado na promoção da saúde (PS), que, ancorada nos determinantes sociais, busca extrapolar o ideário de prevenção de doenças. Nessa perspectiva, este estudo objetivou compreender a aplicação do eixo I (promoção da saúde) e do eixo II (avaliação clínica e psicossocial) no município de Francisco Morato (SP), bem como os sentidos que gestores e profissionais da saúde e da educação e estudantes produzem sobre essas ações. Trata-se de pesquisa qualitativa, na qual a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas em profundidade, com gestoras e profissionais da saúde e da educação, e de uma roda de conversa, com adolescentes de uma escola estadual local. Os discursos registrados por meio dessas duas técnicas constituíram o *corpus* de análise, em consonância com o referencial da etnometodologia. Para entender os sentidos sobre o PSE em Francisco Morato produzidos pelos entrevistados, este estudo aproximou-se do referencial das práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano, empregando o mapa dialógico para organizar as informações contidas no corpus. Os resultados os achados indicaram uma predominância da visão preventivista nas ações do PSE, direcionadas especialmente à identificação e encaminhamento dos estudantes para a unidade básica de saúde. A falta de alinhamento conceitual e ações fragmentadas, sem adequada articulação entre os setores educação e saúde, limitam a operacionalização do programa. Além disso, percebeu-se que a participação de alunos e familiares no planejamento e controle do programa é inexistente. Os alunos identificam ações pontuais em saúde, mas não a associam ao PSE, que dificulta que se reconheçam como agentes do cuidado em saúde. Diante disso, conclui-se que Francisco Morato necessita investir em processos e ações efetivamente intersetoriais, com foco nos determinantes sociais de saúde.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Programa Saúde na Escola; prevenção de doença; determinantes sociais de saúde.

ABSTRACT

The theoretical framework of the School Health Program (PSE) is based on health promotion (HP), which, anchored in social determinants, seeks to go beyond the ideal of disease prevention. From this perspective, this study aimed to understand the application of axis I (health promotion) and axis II (clinical and psychosocial assessment) in the municipality of Francisco Morato (SP), as well as the meanings that managers and health and education professionals and students produce about these actions. This is a qualitative research study, in which data collection was carried out through in-depth interviews with managers and health and education professionals, and a focus group with adolescents from a local state school. The speeches recorded through these two techniques constituted the corpus of analysis, in line with the ethnomethodology framework. To understand the meanings about the PSE in Francisco Morato produced by the interviewees, this study drew on the framework of discursive practices and the production of meanings in everyday life, using the dialogical map to organize the information contained in the corpus. The findings indicated a predominance of the preventive view in the PSE actions, especially directed at the identification and referral of students to the basic health unit. The lack of conceptual alignment and fragmented actions, without adequate articulation between the education and health sectors, limit the program's operationalization. In addition, it was found that the participation of students and families in the planning and control of the program is non-existent. Students identify specific health actions but do not associate them with the PSE, which makes it difficult for them to recognize themselves as agents of health care. Therefore, it is concluded that Francisco Morato needs to invest in effective intersectoral processes and actions, with a focus on the social determinants of health.

Keywords: Health promotion; School Health Program; disease prevention; social determinants of health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.2 A ESCOLA COMO ESPAÇO DE SAÚDE	9
2 FRANCISCO MORATO: O CONTEXTO DO CAMPO DE PESQUISA	12
2.1 A EDUCAÇÃO E A SAÚDE MORATENSE: COBERTURA E QUALIDADE	14
2.2 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM FRANCISCO MORATO	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 GERAL.....	18
3.2 ESPECÍFICOS	18
4 MARCO TEÓRICO	19
4.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: UMA PERSPECTIVA SOCIAL	19
4.1.1 Promoção da Saúde: Análise Crítica de um Breve Trajeto	20
4.1.2 Promoção da Saúde: Um Movimento Global.....	21
4.2 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: A SAÚDE COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL.....	23
4.2.1 PSE e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	25
5 METODOLOGIA	26
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
6.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS E CONTEXTO DO MUNICÍPIO	31
6.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE <i>VERSUS</i> PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	32
6.2.1 A Perspectiva dos Estudantes.....	33
6.3 A SOBERANIA DO PREVENTIVISMO, UMA MEMÓRIA HIGIENISTA....	33
6.3.1 A Limitação das Ações	35
6.4 A RESPONSABILIDADE DE CADA E A AUSÊNCIA DE CONTROLE SOCIAL	36
6.4.1 Culpabilizando a Família	39
6.5 DEMANDAS NÃO ATENDIDAS: O PSE ALMEJADO.....	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
8 REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	48

1 INTRODUÇÃO

A escola como centro articulador da promoção da saúde de crianças e adolescentes é uma estratégia que busca extrapolar os espaços tradicionais de produção do cuidado valorizando a perspectiva comunitária e territorial. Essa abordagem, necessariamente intersetorial, toma ambos os campos como agentes fundamentais não apenas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, mas também como indutora da formação cidadã. Para Lopes, Nogueira e Rocha,

Melhores níveis de educação estão relacionados a uma população mais saudável, assim como uma população saudável tem maiores possibilidades de se apropriar de saberes e conhecimentos da educação formal e informal (p. 773).¹

Com esse o foco, o governo federal, por meio dos ministérios da Saúde e da Educação, lançou em 2007, por meio do Decreto Presidencial nº 6.286, o Programa Saúde na Escola (PSE). Idealizado como política pública intersetorial, o PSE visa à formação integral de crianças e adolescentes matriculados na rede pública de ensino^{2,3}. Para tanto, desde o início o programa se propõe a articular, de forma permanente e dinâmica, as equipes de atenção primária à saúde (APS) e as comunidades escolares, orientadas pelos referenciais teóricos da promoção da saúde³. Essa opção deve-se ao papel histórico e central da atenção básica, capitaneada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), na construção e no fortalecimento do conceito ampliado de saúde,⁴ bem como no reconhecimento de que os sistemas tradicionais de saúde, focados na atenção hospitalar, não atendem às necessidades da população.³

Importar-se com a família é uma estratégia importante para a promoção da saúde, nos níveis individual e coletivo, pois permite atuar de forma integrada, considerando os fatores que influenciam a saúde em cada território⁵. A instituição escolar, por sua vez, pode ser um lugar privilegiado para o desenvolvimento de ações conjuntas com diferentes atores sociais, fortalecendo a equidade em saúde. Nesse sentido, a escola é entendida como uma organização que objetiva a formação humana, em todas as suas dimensões.⁶

[...] além de transmitir conhecimentos sobre a saúde, organizados em disciplinas, deve, também, educar e desenvolver valores e posturas críticas relacionadas à realidade social e aos estilos de vida, em processos de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e que favoreçam a autonomia e o empoderamento para a promoção da saúde (p. 774)¹

Sob esse quadro teórico, e corroborando o Art. 225 da Constituição Federal, segundo o qual a educação é um direito de todos e um dever do Estado e da família⁷, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996, ampliou o conceito de educação para um processo formativo que deve "desenvolver o educando, preparando-o para o exercício da cidadania e para o trabalho"⁸. Para essa finalidade, inclui no processo formativo não apenas as instituições de ensino formal, mas também a família, os movimentos sociais, as organizações da sociedade civil e as manifestações culturais.⁸

Importante dizer que saúde e educação são áreas que sempre estiveram interligadas, mas, no Brasil, a relação entre elas se fortaleceu com a difusão do ideário da Escola Nova¹, no início do século XX. Nesse período, as crianças e os adolescentes passaram a ser priorizados nas ações de saúde, e as práticas educativas em saúde passaram a ser adotadas nas escolas⁹. Essa articulação se ampliou nas décadas seguintes, com o desenvolvimento de práticas de educação para a saúde. No contexto dos movimentos sociais por democracia, que se intensificaram na década de 1980, surgiu a educação popular em saúde. Essa abordagem se baseia no diálogo entre o saber popular e o saber científico, bem como na valorização da experiência e do protagonismo das pessoas.⁹

1.2 A ESCOLA COMO ESPAÇO DE SAÚDE

Com o objetivo enfrentar as vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento dos alunos, o Programa Saúde na Escola visa a contribuir para uma atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público fundamental, nas escolas e unidades básicas de saúde. É operacionalizado por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, cujo planejamento considera

¹ O ideário da Escola Nova veio para contrapor o que era considerado "tradicional". Os seus defensores lutavam por diferenciar – se das práticas pedagógicas anteriores.

três aspectos: o contexto escolar e social; o diagnóstico local em saúde do escolar; e a capacidade operativa em saúde do escolar³.

Possui uma gestão compartilhada, que ocorre no âmbito do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI)², que deve ser constituído nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), sendo responsável pela gestão do recurso financeiro e material, pelo apoio às equipes de saúde e educação, pelo monitoramento e pela avaliação do programa¹⁰. Ainda como parte da sua estruturação, em 2008 foi criada a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE), a qual cabe planejar, implementar, monitorar e avaliar o PSE¹¹. Atualmente o programa é regido pela Portaria Interministerial n° 1.055 de 2017.¹²

Para participar do Programa Saúde na Escola (PSE), os municípios precisam aderir a cada dois anos. As Secretarias Municipais de Saúde e Educação firmam um compromisso com os Ministérios da Saúde e da Educação, preenchendo informações das escolas no Portal do Ministério da Saúde. O processo de adesão gera o Termo de Compromisso que representa as responsabilidades dos setores da Saúde e da Educação com o desenvolvimento local do PSE. O incentivo financeiro de custeio às ações é repassado fundo a fundo, anualmente, em parcela única, no valor de R\$ 5.676,00 com 1 a 600 educandos inscritos, acrescido de R\$ 1.000,00 a cada intervalo entre 1 e 800 educandos inscritos que superarem o número de 600.¹²

O município que aderir ao Programa Saúde na Escola deverá realizar no período do ciclo as seguintes ações: Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; Prevenção das violências e dos acidentes; Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor; Verificação e atualização da situação vacinal; Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis

² A constituição GTI é uma estratégia centrada na gestão compartilhada, com foco no planejamento e na execução das ações de maneira coletiva, de forma a atender às necessidades e às demandas locais. Os grupos intersetoriais devem ser compostos, obrigatória e minimamente, por representantes das secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais (representação de jovens, cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, entre outros).

sinais de alteração. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração¹². Embora a temática sobre alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil está descrita nas ações prioritárias do programa, devido ao aumento da prevalência de excesso de peso em crianças no Brasil, foram acrescentados dois programas. O primeiro para o ciclo 2017/2018, os municípios que atendessem aos critérios: população acima de 30 mil habitantes e, a partir de 2016, cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional ³maior que 10% e prevalência de excesso de peso maior que 20%, receberam valores à parte para ações de prevenção de obesidade¹³.

E para o ciclo 2019/2020 o Programa Crescer Saudável ⁴surge para reforçar a prevenção e controle da obesidade infantil no ambiente escolar, os valores repassados corresponde a 40% do repasse referente à adesão ao PSE.¹⁴

Assim desenhado, o PSE constitui-se estratégia para o fortalecimento de uma ação intersetorial que provê meios de produção de saúde segundo os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e diretrizes organizativas (descentralização, regionalização e participação social) do Sistema Único de Saúde (SUS).

A operacionalização do Programa Saúde na Escola nos municípios deve ocorrer com base em eixos de ações, agrupados em cinco componentes: 1) avaliação clínica e psicossocial dos estudantes; 2) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos; 3) educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde e de jovens para o PSE; 4) monitoramento e avaliação dos estudantes; e 5) monitoramento e avaliação do próprio programa¹.

A implementação do Programa Saúde na Escola pode ser desafiadora, pois é necessário adaptar o programa às realidades específicas de cada escola. Além disso, o programa envolve diferentes estratégias (diagnóstico, triagem, encaminhamento, prevenção e promoção), que podem ser priorizadas em detrimento de outras.

³ Gerido pelo Ministério da Saúde, o Sisvan tem como objetivo o monitoramento do estado nutricional e as características do consumo alimentar da população brasileira.

⁴ O Crescer Saudável, tem como objetivo contribuir para a redução da prevalência de obesidade infantil no Brasil. Para tanto, o programa realiza ações de avaliação do estado nutricional, consumo alimentar, promoção da alimentação saudável e atividade física, e atendimento individual para estudantes menores de 10 anos identificados com obesidade.

A presente pesquisa visou compreender como Francisco Morato aplica os eixos 1 e 2 do PSE (promoção da saúde avaliação clínica e psicossocial), bem como os sentidos que gestores e profissionais da saúde e da educação e estudantes de uma escola estadual produzem sobre essas ações.

2 FRANCISCO MORATO: O CONTEXTO DO CAMPO DE PESQUISA

A cidade de Francisco Morato surgiu, em 1858, como um acampamento para operários que construíam um túnel ferroviário que ligaria Jundiaí, no interior paulista, ao Porto de Santos, no litoral sul, por onde a produção paulista era escoada. Então batizado como Vila Belém, o local, parte de uma fazenda também chamada Belém, era administrado pela companhia ferroviária Brazil Railway, que se tornou um importante centro de manufatura de lenhas e tijolos para a ferrovia. Em 1946, com a nacionalização da Railway, as terras da fazenda foram segregadas em vários sítios, tendo uma parte se transformado em distrito do recém emancipado município de Franco da Rocha. Em 1965, Francisco Morato conseguiu a emancipação, e se tornou um município independente.¹⁵

Localizado no extremo norte da Grande São Paulo, Francisco Morato é um dos municípios mais densamente povoados do estado. Segundo a Fundação Seade, possui uma população total de 180.299 habitantes e densidade demográfica de 3.674,3 habitantes por km², conforme censo de 2023¹⁶. Francisco Morato, de acordo com Chagas¹⁷, segue o padrão de urbanização de outras cidades paulistas, cujo o processo de ocupação do território e crescimento populacional é contínuo, mas seu desenvolvimento econômico e social é marcadamente escasso ou estagnado.

A população moratense, historicamente, depende de recursos externos para financiar as suas atividades, característica que ainda se mantém. Para se ter uma

ideia, em 2015 o percentual das receitas oriundas de fontes externas era de 80%, segundo o IBGE¹⁸; enquanto seu PIB *per capita*, em 2022, foi de R\$ 9.696,12¹⁹. No caso da saúde, segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no 6º bimestre de 2023, a participação dos impostos na receita total do município foi de 10,95%, enquanto a despesa total com saúde sob a responsabilidade municipal foi de R\$ 596,75 por habitante.¹⁷

Em 2021, conforme dados do IBGE, o comércio varejista era responsável pela maior parte das vagas de empregos formais ofertadas na cidade, enquanto o salário médio dos trabalhadores locais com carteira assinada era de 2,2 salários mínimos²⁰. A maioria dos estabelecimentos comerciais está no centro da cidade, onde está instalado o transporte ferroviário. Essa área concentra as oportunidades econômicas, sendo seus entornos marcados por grande vulnerabilidade social.¹⁸

Chagas ressalta que a exclusão social está presente quando “indivíduos e grupos não conseguem ter acesso ou beneficiar-se das possibilidades oferecidas pelas sociedades e economias” (p.112)¹⁸. É o caso de Francisco Morato, que em 2010 foi classificado no grupo 5 do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS),⁵ representando alta vulnerabilidade social e baixa condição socioeconômica.²¹ Importante dizer que, no Brasil, em cenários socialmente vulneráveis, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁶ oferece atendimento às famílias de baixa renda. Para isso, o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico)⁷ seleciona as famílias que podem receber os benefícios. No município de Francisco Morato 40.811 famílias estão inseridas no CadÚnico, dados atualizados em novembro de 2023, das quais 22.499, com cadastro atualizado, têm renda de até meio salário-mínimo.²²

Um dos programas sociais mais abrangentes do Brasil é o Programa Bolsa Família⁸, reconhecido internacionalmente por sua eficiência no combate à pobreza.

⁵ O IPVS, indicador criado pela Fundação Seade, é composto por 12 indicadores, que se dividem em três dimensões: condições de vida, saúde, inserção no mercado de trabalho. Baseados nos censos do IBGE.

⁶ SUAS: é o modelo de gestão utilizado no Brasil para operacionalizar as ações de assistência social. Sendo a assistência social um direito do cidadão e dever do Estado, instituído pela Constituição Federal de 1988.

⁷ CadÚnico: tecnologia social de identificação e caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda domiciliadas no território brasileiro, que são aquelas que possuem renda mensal de até ½ salário-mínimo por pessoa.

⁸ Bolsa família: Lei nº 10.836. de 9 de janeiro de 2004.

Em dezembro de 2023, o município moratense teve 18.850 famílias atendidas pelo programa, beneficiando 50.502 pessoas. O valor médio do benefício foi de R\$ 682,61²². O Bolsa Família atua por meio de três eixos principais: promovendo o alívio da pobreza com a transferência de renda condicionada; reforçando o acesso a direitos sociais básicos (saúde, educação e assistência social), e provendo programas complementares, que objetivam a superação de vulnerabilidades. Importante dizer que o recebimento dos benefícios depende da efetivação de algumas condicionalidades, como a frequência escolar, que visam garantir que crianças e adolescentes tenham acesso à educação básica e à saúde²³.

2.1 A EDUCAÇÃO E A SAÚDE MORATENSE: COBERTURA E QUALIDADE

A rede pública de ensino moratense atende a todas faixas etárias, desde a primeira infância até a idade adulta. São 68 escolas municipais, que oferecem creches para crianças de 0 a 3 anos, educação infantil para crianças de 4 e 5 anos, totalizando nessa faixa etária, uma quantidade de 8.877 matriculados no ano de 2021²⁴. No ensino fundamental para crianças de 6 a 14 anos, foram 25.846 matriculados em 2021²⁴. Também conta com uma escola estadual de educação tecnológica (ETEC) e 21 escolas estaduais, que contabilizam 8.089 matriculados em 2021²⁴. Três delas, inclusive, oferecem educação de jovens e adultos (EJA).²⁵

De acordo com dados do Censo Demográfico 2022 do IBGE, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos no município é de 95,8%, o que significa que a maioria das crianças e adolescentes nessa faixa etária estão matriculados nas escolas. No entanto, os resultados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)⁹ de 2021 revelam que a rede pública de ensino do município de Francisco obteve nota baixa, com 5,7 nos anos iniciais do ensino fundamental e 5,0 nos anos finais²⁰. Em comparação à nível estadual, no ano de 2021, São Paulo obteve nota 6,1 nos anos iniciais e 5,3 nos anos finais^{26,27}. Para uma escola ser considerada de bom nível, ela precisa ter uma nota igual ou maior que 6,0.²⁷

⁹ IDEB é um indicador nacional que possibilita monitorar a educação. Ele é calculado a partir de dois componentes: aprovação e as médias de desempenho nos exames aplicados pelo INEP. O índice varia de 0-10.

A saúde pública local é gerenciada pelo Serviço de Assistência Médica (SAME), uma autarquia¹⁰. Na rede municipal, a população conta com 22 estabelecimentos: doze unidades básicas; três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, AD e Infantil); um Centro de Vigilância em Saúde; um centro de fisioterapia e reabilitação; um centro integrado à saúde da mulher; um Centro de Especialidade Odontológica (CEO); centro integrado de saúde, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); e uma Unidade pronto atendimento (UPA), que funciona 24 horas.²⁵

De acordo com o Censo IBGE, em 2021 Francisco Morato tinha 49.588 habitantes na faixa etária de 0 a 19 anos, cerca de 30% da população total²⁰. Essas pessoas são alvo de preocupação das autoridades de saúde do município devido a alguns indicadores de saúde, como baixo peso e sobrepeso, gravidez na adolescência, e infecções sexualmente transmissíveis (IST). Além disso, ocorrências de tentativas de suicídio e automutilação apresentam dados alarmantes.¹¹²⁸

Em 2019, por meio da Lei nº 3.041, aderiu à Agenda 2030 para o Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU)¹² como diretriz de políticas públicas em âmbito municipal²⁸. Essa agenda dispõe de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com 169 metas, que devem ser implementados por todos os países-membros da ONU até o ano de 2030²⁸. Através da integração das metas estabelecidas nos ODS, com os indicadores de saúde da população jovem, foi criado o Plano Municipal para a Infância e Adolescência (PMIA).¹³ O PMIA visa à articulação entre os setores de educação, saúde e assistência social²⁸. O documento do PMIA aponta o Programa Saúde na Escola como uma importante estratégia para o alcance dos objetivos propostos.

¹⁰ Autarquia é o serviço autônomo, criado por lei, para executar atividades típicas da administração pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada. Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm>. Acesso em: 13 dez. 2023.

¹¹ Não foi localizado trabalho científico, com os dados sobre automutilação e suicídio em Francisco Morato. A informação descrita foi fornecida pelo documento PMIA. Não constando dele número de casos. Mas, como apontado pelas profissionais de saúde entrevistadas, esse é de fato um fenômeno recorrente e preocupante na escola.

¹² ONU BRASIL. Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Disponível em: <<http://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>. Acesso em: 13 dez. 2023.

¹³ Lei Nº 3.094, de 20 de fevereiro de 2020. Institui o Plano Municipal Decenal para Infância e Adolescência - PMIA, e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.franciscomorato.sp.gov.br/arquivos/pmia.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2023.

2.2 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM FRANCISCO MORATO

O PSE foi implantado em Francisco Morato em março de 2018, por meio de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Educação e o Serviço de Assistência Médica²⁸. A adesão do município ao programa garante a cada escola indicada uma equipe de saúde da atenção básica de referência para execução das ações. Além disso, as atividades do PSE moratense são desenvolvidas em parceria com outros setores municipais, como os órgãos de Cultura, Esporte e Lazer, Desenvolvimento Social, Vigilância em Saúde, Coordenação de Saúde Mental e Coordenação do Núcleo Violência.³⁰

As ações do PSE em Francisco Morato também atendem ao Programa Crescer Saudável, realizando no mínimo duas atividades coletivas ao ano com o tema de promoção da alimentação saudável e duas de práticas corporais.³⁰

Já o PMIA estabelece a escola como um objeto estratégico para cumprimento de ações e descreve as atividades a serem desenvolvidas no âmbito do PSE em um quadro dividido em três colunas: tema a ser trabalhado, atividades a serem realizadas e sugestões de parcerias, caso necessárias. As atividades propostas no PSE moratense são amplas e abrangem os seguintes temas:

- Combate ao mosquito *Aedes aegypti*: palestras, teatro, mobilização social e mutirões.
- Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas: palestras.
- Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor: palestras e momentos de escovação supervisionada.
- Prevenção à covid-19: palestras, estímulo à mobilização para medidas de prevenção e orientação quanto à higiene das mãos e distanciamento social.
- Promoção da segurança alimentar: vídeo e palestras, antropometria ofertada uma vez ao ano, e atividades sobre alimentação saudável no conteúdo pedagógico.
- Promoção de práticas corporais: incentivo para práticas corporais, jogos e brincadeiras ao ar livre.

- Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos: atividades pedagógicas de estímulo à solidariedade, respeito à diversidade e cooperação, campanhas de arrecadação de agasalho, alimento e brinquedos, bem como palestras sobre *bullying*.
- Prevenção das violências e dos acidentes: ação policial ou corpo de bombeiros, PROERD, ¹⁴com campanhas educativas.
- Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação, o foco é a hanseníase.
- Promoção da saúde ocular: teste de Snellen.
- Saúde auditiva: identificação dos educandos com possíveis sinais de comprometimento auditivo.
- Verificação da situação vacinal: solicitação da carteira de vacina e, caso necessário, o direcionamento do estudante para a unidade de saúde.
- Direito sexual e reprodutivo e na prevenção de IST/aids: atividades no cotidiano abordando a temática.

¹⁴ Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência- PROERD- O programa promove curso de quatro meses, ministrado por policiais militares voluntários, capacitados pedagogicamente, em parceria com pais, professores, estudantes e comunidades. Com ênfase na prevenção ao uso de drogas, as aulas mostram ao estudante como se manter longe de más companhias, a evitar a violência, a resistir às pressões diretas ou indiretas e a sempre acionar os pais ou responsáveis quando necessário. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/34829#:~:text=Programa%20mostra%20a%20estudantes%20como%20ficar%20longe%20das%20drogas&text=Partindo%20dessa%20pol%C3%AAmica%2C%20foi%20criado,em%20mais%20de%2058%20pa%C3%ADses.>

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Compreender a aplicação das ações de promoção de saúde e de avaliação clínica e psicossocial do Programa Saúde na Escola, no município de Francisco Morato (SP).

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as percepções dos gestores de saúde e educação nas ações de promoção de saúde realizadas no âmbito do PSE local.
- Descrever a percepção dos estudantes sobre essas ações.
- Descrever os modos de encaminhamento dos estudantes atendidos pelo PSE para as unidades de saúde.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: UMA PERSPECTIVA SOCIAL

Historicamente, o modelo biomédico predominou nos processos de construção da saúde brasileira, desconsiderando toda a complexidade dos fenômenos em torno da saúde e da doença. Focado no diagnóstico e tratamento, esse modelo negligencia as dimensões sociais, econômicas, culturais e ambientais que também influenciam o processo saúde-doença³¹. A interpretação de que a prevenção de doenças e a promoção da saúde são sinônimos, também pode contribuir para essa dificuldade de compreensão e levar a abordagens ineficazes.³¹

A concepção humana sobre a doença é antiga, e vem se desenvolvendo no tempo longo da história, em um processo de transição de concepções que nunca abandona a visão biomédica. De acordo com Gutierrez³¹, as doenças já foram explicadas de forma mágica, sobrenatural ou religiosa. Acreditava-se, por exemplo, que elas eram causadas por espíritos malignos ou castigos divinos. Essa visão era baseada na crença de que a saúde e a doença eram controladas por forças sobrenaturais. A partir do século XVI, com o desenvolvimento da ciência moderna, as questões religiosas começaram a ser questionadas. No século XVII, a teoria miasmática- segundo a qual as enfermidades humanas teriam origem em um conjunto de odores fétidos (miasmas) provenientes de matéria orgânica em putrefação nos solos e lençóis freáticos contaminados- a ser a principal explicação para a propagação de doenças. Essa teoria durou séculos.³¹

No século XX, com o desenvolvimento da microbiologia, emergiu a teoria microbiana da doença, defendendo que toda doença infecciosa tinha origem em microrganismos com capacidade para contagiar outras pessoas, passando as bactérias a serem consideradas a principal causa das doenças. Ainda assim, a teoria unicausal era insuficiente para explicar a ocorrência de doenças, e foi superada pela teoria multicausal, que oferecia uma visão mais abrangente.³¹

Paulatinamente, surgiu uma abordagem que passou a enfatizar a prevenção das doenças. Nascia o modelo preventivista, que passou a explicar o adoecimento a partir de duas vertentes. A primeira era a existência de uma história natural das doenças (HND), modelo proposto por Leavell e Clark. Seria o período pré-patogênico, no qual haveria uma exposição aos fatores de risco, no entanto, sem a manifestação

da doença. Essa seria a prevenção primária, composta por dois níveis: promoção da saúde e proteção específica. As medidas para essa prevenção consistem na transformação de comportamento, de forma individual, para proteção específica contra agentes patológicos³². Já no período patogênico, a doença está instalada no indivíduo, sendo os focos do cuidado o diagnóstico precoce e o tratamento, apontou Arouca.³²

Considerar formas de prevenção e níveis de cuidado foi um caminho importante para ampliar o olhar para o processo saúde-doença. Embora o conceito ainda não esteja totalmente consolidado, e tenha se propagado com diferentes interpretações errôneas, essas definições proporcionaram discussões importantes sobre o tema. E, nesse cenário, o termo de promoção da saúde (PS) começa a emergir, ainda que de forma lenta e, naquele momento, ainda muito associado à doença.

4.1.1 Promoção da Saúde: Análise Crítica de um Breve Trajeto

A promoção da saúde é uma abordagem complexa e multifacetada, com o potencial para melhorar a saúde das pessoas. Um dos seus elementos centrais a visão holística da saúde, que considera fatores sociais, econômicos e ambientais.³³

Essa visão contrasta com a da prevenção de agravos, tradicionalmente focada na mudança de comportamentos ou fatores de risco na perspectiva individual, investindo na disseminação de regras de comportamentos saudáveis, como dieta e atividade física, que “encontra na educação em saúde, particularmente, nas ações educativas tradicionais, uma de suas vertentes mais difundidas” (p.774)¹. Assim, a PS contrasta com a visão biomédica da saúde, que tradicionalmente define a saúde como ausência de doença.

Outro elemento importante é a ênfase na participação social, bem como a preocupação com a equidade. Isso significa que a PS busca melhorar a saúde de todas as pessoas, independentemente de sua condição social, econômica ou cultural.³³

Sigerist e Lalonde foram dois teóricos importantes no desenvolvimento da noção de promoção da saúde. Sigerist, um dos primeiros a usar o termo, defendia essa visão ampla de saúde, embora não tenha discutido como esses fatores podiam contribuir para as desigualdades nesse campo. Em 1946, ele definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a

recuperação dos enfermos e a reabilitação. Em 1956, ele publicou um livro em que defendia a medicina como ciência social, sendo a saúde e a doença influenciadas por fatores sociais.³⁴

O Relatório Lalonde, por sua vez, defende a saúde como resultado de quatro fatores: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência. O relatório destacava o fato de que a sociedade canadense estava concentrando seus esforços na organização da assistência à saúde, desconsiderando os outros três fatores, que segundo ele eram responsáveis pela maioria das doenças e mortes. O documento Lalonde foi utilizado para orientar as ações de promoção da saúde ao longo da década de 1970. No entanto, apresentou grandes limites, sobretudo a não abordagem da equidade em saúde e a falta de uma definição clara de PS³⁵, ocasionando uma atuação com foco restrito à modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis.³²

No Brasil, os movimentos sociais sobre o direito à saúde tiveram um papel importante na promoção da saúde. O Movimento Sanitário Brasileiro (MSB), a partir da década de 1970, teve grande repercussão no debate sobre o direito da população à saúde e o dever do Estado em provê-la. A partir dos anos 1980, impulsionados pelo processo de redemocratização do país, os movimentos tiveram papel de destaque na construção desse direito, cujo ápice foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marcada por intensa participação popular. Até que em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a saúde passou a ser um direito fundamental dos brasileiros, assentado no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde o início universal e gratuito, o SUS é o resultado da luta desses movimentos sociais.³³

4.1.2 Promoção da Saúde: Um Movimento Global

O direito à saúde é um tema que desperta discussões em todo o mundo, concomitantemente a processos sociopolíticos. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença³⁵, definição que ampliou o conceito de saúde também para fatores sociais, econômicos e ambientais. No entanto, a garantia do direito à saúde ainda é um desafio para muitos países.³⁴

Em 1978, a OMS realizou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão. O objetivo da conferência era

garantir o acesso à saúde de qualidade para todos, independentemente de sua condição social ou econômica. Dessa conferência emergiu a Declaração de Alma-Ata, documento que reafirmou a saúde como um direito humano fundamental, e também enfatizou a responsabilidade dos governos em garantir o acesso à saúde para todos os cidadãos, propondo a atenção primária à saúde (APS) como estratégia para alcançar esse objetivo.³⁵

As conferências de saúde são espaços democráticos de discussão sobre políticas públicas de saúde. Elas têm resultado em grandes conquistas, seja em nível local, nacional ou internacional. Nesse contexto, segundo Buss (2000)³⁴, as três primeiras conferências internacionais sobre PS foram essenciais para a construção dos seus alicerces. A primeira delas, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, resultou na Carta de Ottawa, um documento que reforçou os aspectos sociais envolvidos na saúde. A carta define promoção como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (p.167).³⁴ Apesar do avanço no reconhecimento da PS, a carta não estabeleceu diretrizes específicas para ela, abrindo brechas a várias interpretações, levando a uma fragmentação nas ações³⁴.

Já a Conferência de Adelaide, em 1988, realçou a importância das políticas públicas saudáveis. Embora o documento não tenha utilizado a expressão “determinantes de saúde”, ele reconheceu que as iniquidades em saúde geram desigualdades. Para vencer essas desigualdades, dizia o documento, era preciso garantir o acesso dessas pessoas aos equipamentos de saúde. Todavia, a promoção de saúde era apresentada de forma seletiva, com foco em áreas limitadas e fragmentadas, focadas em aspectos predominantemente de responsabilidade individual, com cada área tratando isoladamente de um problema, sem considerar a interdependência entre elas.³⁴

Por fim, o foco da III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1991, em Sundsväl (Suécia), foi a correlação entre saúde e ambiente. O documento produzido nela concluiu que os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não poderiam estar separados, reconhecendo que as situações de pobreza e exclusão social levavam as pessoas a terem maiores chances de adoecer e morrer. As soluções apontadas pela conferência, contudo, eram limitadas por sua dependência da criatividade individual e grupal.³⁴

4.2 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: A SAÚDE COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL

A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi a primeira a tratar diretamente dos determinantes sociais de saúde (DSS), realizada em Jacarta (Indonésia), em 1997¹⁵. Ao longo do tempo, a importância dos DSS foi se consolidando, apesar de ainda existirem diferentes concepções sobre a temática. Houve, porém, um consenso de que as condições de vida e trabalho das pessoas influenciavam sua saúde³⁶.

Para a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)¹⁶, os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Já a OMS, adota uma definição mais curta: “DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” (p.78).³⁶ Ao longo do tempo, os estudos sobre a relação entre estrutura social e saúde avançaram. As pesquisas mostraram que as desigualdades sociais se refletem na saúde da população, impactando negativamente os grupos sociais mais vulneráveis. No entanto, esses estudos ainda enfrentam obstáculos. O primeiro diz respeito à compreensão sobre como os fatores sociais influenciam a saúde. Outro desafio é especificar entre os DSS dos indivíduos e dos grupos e populações.³⁶

Nesse sentido, os programas de promoção da saúde, reconhecendo a centralidade dos DSS nos processos de saúde e adoecimento, favorecem a participação social e “o empoderamento para desenvolver respostas integrais e sustentáveis aos problemas identificados” (p.774).¹

¹⁵ Item específico no documento oficial, na IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: “...as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde”

¹⁶ A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), tem por objetivo promover a equidade em saúde através da atuação sobre DSS. A CNDSS, está integrada por 17 membros, sendo criada pelo Decreto de 13 de março de 2006.

Figura 1 - Modelo de determinantes sociais da saúde desenvolvido por Dahlgren e Whitehead



Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 84)³

O modelo de Dahlgren e Whitehead organiza os DSS em quatro camadas. Na primeira camada estão os indivíduos com suas características individuais (idade, sexo, fatores hereditários). A segunda camada é composta pelo estilo de vida individual. Essa camada está ligada à próxima, que compreende as redes sociais e comunitárias. Nesse sentido, os comportamentos individuais, muitas vezes, são compreendidos apenas como de responsabilidade individual. Nesse sentido, não leva em consideração que as ações individuais podem ser parte dos DSS, uma vez que estão fortemente influenciadas por informações, propagandas, pressão dos pares, possibilidades de acesso à alimentação, habitação, saúde, ao transporte, e ao lazer. Sem mudar normas culturais, mudar comportamentos de risco pode ser muito difícil.³⁶

Na próxima camada estão as condições de vida e trabalho, que incluem habitação, serviços sociais de saúde, água e esgoto, desemprego, ambiente de trabalho, educação, produção agrícola e de alimentos. E por fim, na camada do topo estão os macrodeterminantes, compostos por condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, com grande influência sobre as demais camadas.³⁶

4.2.1 PSE e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

O SUS, embora tenha ainda muitas barreiras para sua plena efetivação, é o sistema público que garante o direito à saúde à população brasileira. E à medida que ele avançou, a concepção de saúde somente como ausência de doença foi sendo superada. Nesse processo a promoção da saúde, ganhou espaço.³⁷

A partir dos DSS, objetivando promover a saúde da população brasileira na perspectiva da PS, foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS),¹⁷ criada em 2006³⁸. Ela reconhece que a saúde é um direito fundamental, e que deve ser garantida a todos, independentemente de sua condição social, econômica ou cultural³⁷. Apesar dos muitos desafios que ainda devem ser superados para sua plena implementação, como subfinanciamento e baixa participação social, essa política induz um conjunto de ações e estratégias que visam promover a saúde de forma integral, considerando os determinantes sociais da saúde, centrada na transversalidade, o que implica estabelecimento de uma rede de corresponsabilidade nos esforços de saúde para melhorar a qualidade de vida das pessoas.³⁸

Os seguintes temas foram prioritários na agenda da PNPS: formação e educação permanente; alimentação saudável e adequada; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; promoção da mobilidade segura e sustentável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento ao uso abusivo do álcool; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; e promoção do desenvolvimento sustentável.³⁷

Nesse lastro, os referenciais teóricos de PS, alinhados com a Carta de Ottawa, orientam o Programa Saúde na Escola. Assim, o PSE deve se materializar na parceria entre escola e unidade básica de saúde como espaço de convivência social que possibilite o estabelecimento de relações favoráveis à promoção de saúde.¹

¹⁷ O MS em 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Dentre as prioridades do Pacto em Defesa da Vida, a ênfase para a promoção aparece. Nessa direção uma política transversal, integrada e intersetorial, leva a publicação da PNPS, com a Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006.

5 METODOLOGIA

Este estudo utilizou uma abordagem qualitativa, o que, segundo Goldenberg (1997), citado por GIL (2009)³⁹, não se preocupa com a expressão numérica, mas sim com o conhecimento dos sentidos e das experiências humanas. Na pesquisa qualitativa o tamanho da amostra não é o mais importante, mas sim sua capacidade de produzir novas informações aprofundadas.³⁹

A seleção dos participantes, gestoras e profissionais da saúde e da educação, bem como alunos de uma escola específica do Município de Francisco Morato foi intencional, em articulação com os objetivos deste estudo.

Para a coleta das informações que sustentaram a análise e a discussão foi realizada, inicialmente, um levantamento bibliográfico, de natureza exploratória, visando direcionar uma compreensão mais aprofundada do tema de pesquisa³⁸. Esta atividade foi dividida em duas etapas: na primeira foi realizado um levantamento dos documentos legais, que criaram e normalizaram o Programa Saúde na Escola, a partir do qual foram encontrados um decreto, 18 portarias interministerial (Ministério da Saúde-MS e Ministério da Educação), e 7 portarias do MS. Na segunda etapa, foi levantada a literatura sobre o tema PSE. Essa atividade foi realizada conjuntamente com duas outras especializadas que atuaram no eixo do PSE em Francisco Morato, por sua vez dividido em três projetos – além deste, um sobre barreiras e facilitadores de implementação e aplicação do programa e outro sobre cultura de paz. Após esse levantamento, cada pesquisadora seguiu um caminho distinto de investigação.

Estudos sobre o tema foram pesquisados nas bases de dados PubMed e, depois, Scielo. Na primeira base, foram utilizados os descritores: (Programa Saúde na Escola) AND (school health services). Nessa busca foram localizados 22 artigos, dos

quais 6 foram selecionados para a pesquisa. Na segunda estratégia de busca foram aplicados os descritores (Saúde) AND (Escola) AND (PSE) AND (Saúde na Escola), sendo localizados 6 artigos, dos quais 3 estavam duplicados e foram excluídos, sendo selecionados, portanto, 3 artigos. Na Scielo, igualmente, foram realizadas duas estratégias de buscas. Na estratégia 1, o descritor (Programa Saúde na Escola), retornou 486 artigos. Destes, 40 foram selecionados, sendo posteriormente excluídos 5 por duplicidades, sendo 35 artigos incluídos. A estratégia 2, (Programa Saúde na Escola) AND (Estratégia saúde da família), retornou 91 artigos, dos quais 8 foram selecionados, dos 8, 6 excluídos por duplicidade, e 2 incluídos. Como critério de inclusão, foi definido que os deveriam trazer no título “Programa Saúde na Escola” ou “PSE”, agrupados em quatro categorias: percepção, ações, implementação e estrutura. Assim, foram incluídos na análise 46 artigos, todos lidos integralmente.

A segunda estratégia de pesquisa adotou a entrevista em profundidade. Essa ferramenta tem duas intencionalidades: obter dados e ser fonte de informação³⁹. Na pesquisa em profundidade, o pesquisador organiza um roteiro semiestruturado sobre o tema a ser tratado, deixando o entrevistado desenvolver livremente seus argumentos, enquanto o entrevistador aprofunda a discussão³⁸. Foram realizadas sete entrevistas: duas gestoras da educação, uma gestora da saúde e quatro profissionais, duas da saúde e duas da educação.

Os roteiros semiestruturados – um para as gestoras e as profissionais da educação e outro para a gestora da saúde e as profissionais da saúde – foram construídos e aplicados em conjunto pelas três pesquisadoras. As perguntas norteadoras foram direcionadas conforme o interesse de pergunta de cada pesquisa, (Anexo A) - as perguntas em vermelho, são específicas dessa pesquisa- sendo consideradas centrais neste estudo. Como forma de garantir o anonimato das participantes, foram utilizadas siglas numeradas. Assim, na análise as entrevistadas estão identificadas como GE-1 e GE-2 (gestoras da educação) e GS (gestora da saúde), enquanto as profissionais foram nomeadas PE-1 e PE-2 (educação) e PS-1 e PS-2 (saúde).

As primeiras entrevistas foram realizadas presencialmente, no dia 17 de outubro de 2023. Pela manhã, as pesquisadoras entrevistaram PE-1 e PE-2, na sala da coordenação de uma escola estadual de Francisco Morato; à tarde, PS-1 e PS-2 conversaram com as pesquisadoras em uma sala da unidade básica de saúde. Todas

as outras entrevistas foram realizadas remotamente, pela plataforma Zoom, na seguinte ordem: GE-1, no dia 19 de outubro; GE-2, em 1 de novembro; e GS, em 16 de novembro. Com a autorização das participantes, todas as entrevistas foram gravadas. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)- (Anexo C)-, lido pelas pesquisadoras antes de iniciada a entrevista. Não houve nenhuma desistência ao longo das entrevistas.

A terceira estratégia foi a roda de conversa, que consiste na participação coletiva em debate com uma determinada temática⁴⁰. Nessa conversa há a possibilidade de diálogo entre os sujeitos, com troca de experiências entre os envolvidos para a construção e reconstrução de novos conhecimentos.⁴⁰

Duas rodas de conversa foram realizadas, em dias distintos, sendo a primeira em 20 de outubro e a segunda, em 10 de novembro. Os mesmos alunos, indicados pela direção da escola, participaram das duas rodas. Embora esta pesquisadora tenha participado como observadora da segunda roda, neste trabalho é considerada apenas a primeira, coordenada por ela com apoio da orientadora e de um professor universitário convidado.

Previamente, na semana que antecedeu à primeira roda, a orientadora entregou à direção da escola o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que os alunos interessados em participar deveriam entregar aos seus pais ou responsáveis, autorizando a sua participação na atividade. No dia da roda de conversa, realizada em uma sala de aula escolhida pela direção da escola, os alunos que aceitaram participar assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)- (Anexo B)- no início da atividade. Na ocasião, três alunas que não apresentaram os TCLE e não puderam permanecer na sala; um aluno com deficiência (PcD), acompanhado da sua cuidadora, precisou sair em razão do horário; e uma aluna desistiu no início da roda, sendo por isso retirada da sala. As alunas que não participaram foram direcionadas pela coordenadora pedagógica a outra atividade escolar. Os participantes eram alunos do ensino médio, 21 alunos (12 do sexo feminino e 9 do sexo masculino), com idades entre 15-16 anos, identificados pela sigla A, numerada pela ordem de fala.

Após a apresentação dos objetivos da roda e do papel de cada pesquisador, a atividade, dividida em três etapas, foi iniciada. Na primeira etapa, eles foram acomodados em círculo e convidados a se apresentarem. Em seguida, foi solicitado

que expressassem por palavras ou expressões curtas o que entendiam por promoção e prevenção. As palavras foram anotadas consecutivamente na lousa pela coordenadora da roda. Depois, foi projetado um vídeo sobre o tema, que se seguiu uma nova discussão, desta vez analisando as anotações anteriores e abrangendo outros aspectos da temática.

Nesta pesquisa, os discursos que emergiram das entrevistas e da roda de conversa formaram o *corpus* de análise, em aproximação com o referencial da etnometodologia, pesquisa empírica que busca entender os métodos que os indivíduos utilizam para dar sentido e ao mesmo tempo realizar as suas ações cotidianas: comunicar-se, tomar decisões, raciocinar⁴¹. A abordagem etnometodológica considera cada participante da pesquisa como membro capaz de expressar singularidades acerca de dado fenômeno, não se legitimando o estudo pela quantidade de participantes, mas pela qualidade de sua expressão⁴¹.

Para entender os sentidos sobre o Programa Saúde na Escola de Francisco Morato produzidos por gestoras e profissionais da educação e saúde, bem como pelos alunos, este estudo aproximou-se do referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos⁴², segundo a qual o sentido é uma construção social, de caráter coletivo e interativo, que permite às pessoas, nas interações sociais e em relação a contextos históricos e culturais específicos, produzir os termos que lhes permitem lidar com as situações e fenômenos cotidianos⁴². Nessa abordagem, a linguagem é instruidora de realidades, construídas pelas pessoas nas interações sociais.

Entre outras ferramentas que instrumentalizam o pesquisador a ressignificar e romper com sentidos dados *a priori*, essa abordagem oferece o mapa dialógico. Privilegiando a interanimação dialógica, os mapas são um método de organização que permite ao analista se aproximar do material coletado.⁴²

Com o emprego do mapa dialógico foi possível organizar as informações contidas no *corpus* e acompanhar sistemática e criticamente cada um dos participantes da pesquisa. Isso porque o próprio processo de construção dos mapas preserva o contexto da enunciação e evidencia os vários elos da cadeia de comunicação, mostrando não só o que o entrevistado disse, mas também o que procedeu a sua fala, inclusive a pergunta feita pelo pesquisador⁴². Em termos práticos, o mapa é uma tabela cujas colunas refletem os objetivos de pesquisa e a estrutura do

roteiro de entrevista, sintetizando os temas abordados, que operam como categorias de análise.

A análise que segue foi dividida em quatro temáticas, identificadas a partir das falas dos participantes (gestoras, profissionais e alunos). Em articulação com os objetivos desta pesquisa, essas temáticas redundaram nas seguintes categorias: 1) “Promoção *versus* prevenção da saúde”, entendimentos de cada participante sobre PS e PSE; 2) “A soberania do preventivismo, uma memória higienista”, sobre as permanências do higienismo nos discursos sobre promoção da saúde; 3) “A responsabilidade de cada e a ausência de controle social”, como os participantes entendem a distribuição de responsabilidades e o papel de cada ator envolvido no PSE; e 4) “Demandas não atendidas: o PSE almejado”, que confronta as expectativas das profissionais da educação e dos alunos em relação às ações de saúde na escola.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS E CONTEXTO DO MUNICÍPIO

Participaram da pesquisa 28 pessoas, como dito na metodologia, sete da gestão e dos serviços da saúde e da educação, e 21 alunos. No caso das entrevistas, todas as participantes eram do sexo feminino, corroborando estudos que indicam o fenômeno da feminização do trabalho em ambos os setores.^{43,44}

Algumas entrevistadas teceram comentários sobre o território e a vulnerabilidade da população atendida. De modo geral, elas disseram perceber que os alunos contemplados pelo PSE de Francisco Morato convivem com situações que os tornam vulneráveis a problemas de saúde.

*[...] a gente está alcançando uma população que não tinha acesso, é **bem vulnerável** mesmo tá?, a área ali, é bem de vulnerabilidade mesmo. (PS-2)*

*[...]é uma comunidade que eu estou há pouco tempo, mas você vê essa **carência** assim, de... **de informação, é, não tem muita cultura**, eles não têm muita coisa para fazer, então em si é da escola pra casa. (GE- 1)*

*A população de Morato não sei se vocês conhecem, é **uma população vulnerável**, né? De baixa renda, de dificuldade de educação e saúde, então, a gente teve bastante trabalho nisso. (GS)*

Importante destacar que as profissionais da escola, embora não tenham indicado explicitamente essas vulnerabilidades, apontaram negligência das famílias como fator de risco à saúde. Esse aspecto, que será discutido adiante, ficou explícito na fala de PE-2: “[...] a gente **ouve coisas dos pais**, assim que é triste de ouvir, né?” (PE-2).

Já os alunos que participaram da roda não mencionaram vulnerabilidades. Isso pode indicar que eles não percebem o território como vulnerável nem espaço de risco à saúde.

6.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE VERSUS PREVENÇÃO DE DOENÇAS

O arcabouço teórico do Programa Saúde na Escola, como dito, baseado na promoção da saúde, visa à construção de um processo que permita à política pública olhar para os determinantes sociais de saúde e extrapolar o ideário da prevenção de doenças. Ao descrever o rol de ações consideradas prioritárias, no entanto, os profissionais que atuam no PSE de Francisco Morato parecem se concentrar no preventivismo, privilegiando a atenção e assistência, como se depreende das falas a seguir:

*Vamos pensar o PSE... Na verdade, **ele é uma triagem** que a gente faz com essas crianças, porque as crianças que tiveram necessidades ali identificadas, elas vão ser atendidas e acolhidas. (PS-1)*

*Éééé... de grande valia, sim. É um projeto muito bom, que tem um, um... um grande potencial, né? Ajuda bastante as crianças, sim. **A gente identifica bastante coisa** [problemas de saúde] nas escolas. (GE-2)*

*Então, quer dizer, **vai médico, então tem uma efetividade**, na minha opinião. (PS-2)*

Essas afirmações tomam o programa como um caminho eficiente para identificação de demandas médicas e encaminhamento dos estudantes aos serviços de saúde. Porém, ao restringir o PSE ao seu eixo 2, focando na assistência, ou seja, na prevenção, há conseqüentemente uma minimização das ações de PS. Nesse sentido, no âmbito da gestão moratense, o PSE parece priorizar a identificação e o tratamento de doenças. É evidente que o programa está voltado também para o atendimento dessas demandas. No entanto, o que ele enfatiza é a ação contínua no ambiente escolar de temáticas caras à promoção da saúde, como práticas corporais, saúde bucal e alimentação saudável.

Como demonstram estudos anteriores, as ações de prevenção são insuficientes para alcançar o objetivo proposto pelo programa³. Ao redefinir as regras em 2017, a Portaria nº 1.055/2017 não apenas reiterou as ações que eram propostas com essa finalidade, como incluiu novas¹². Ainda assim, a depender da forma como as práticas forem executadas, o PSE pode reproduzir ideias higienistas. Esse fato

dificulta a operacionalização do programa, acarretando dificuldades aos atores envolvidos em diferenciar as definições de promoção e prevenção e suas ações, e impede que os princípios de autonomia e empoderamento da promoção da saúde se efetivem.

No caso de Francisco Morato, como em outros municípios Brasil afora, além da fusão conceitual de dois campos distintos, o PSE parece implicar sobreposição de ações programáticas¹:

Na verdade, essas ações [de promoção de saúde] já tem que acontecer, né? (...) se você for ver a dengue, se você for ver da saúde bucal, saúde auditiva, da saúde ocular, os programas de IST, e da cultura de paz, se você ver tudo isso, na verdade, os municípios eles já trabalham, cada um com o seu programa, né? De forma diferente. O PSE você acaba enfatizando dentro daquela ação in loco. (GS)

6.2.1 A Perspectiva dos Estudantes

Entre os alunos que participaram do estudo, igualmente, os conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças estão mesclados. Por exemplo, na primeira etapa da roda, ao citarem ações de PS, disseram: “*Não deixar água parada*” (A-7); “*Covid-19, aquele vírus lá, usamos as máscaras*” (A-17); “*Inseticida*” (A-21). Já as ações de prevenção foram assim definidas: “*Lavar a mão*” (A-16); “*Prevenção do suicídio*” (A-10); “*Você precisa ter conhecimento, do que você tá... Como posso dizer? O que você está adotando contra pra conseguir se prevenir*” (A-4).

Como conjunto de ações que visam evitar ou reduzir a incidência de doenças, a estratégia preventivista frequentemente utilizada para alcançar esses objetivos é a disseminação de regras e comportamentos saudáveis para a mudança de hábitos individuais¹. Essa perspectiva ficou evidente durante a roda de conversa quando, ao discutir as ações de saúde sexual e reprodutiva, por exemplo, um aluno mencionou cartaz exposto numa unidade básica de saúde do município, afixado no espaço onde havia preservativos masculinos, de distribuição gratuita: “*No máximo, [a ação é] **um cartaz em cima da prateleira de camisinha falando: ‘Use camisinha’***” (A-10).

6.3 A SOBERANIA DO PREVENTIVISMO, UMA MEMÓRIA HIGIENISTA

Herdeira do positivismo, a saúde pública no Brasil sempre teve uma forte ênfase na prevenção de doenças. E essa tendência está evidente no município, como

pode ser observado nas falas das entrevistadas, que embora tenham demonstrado compreender a importância da PS, ressaltaram as ações de prevenção.

*Ó, precisamos fazer uma ação com a saúde. Vamos lá, meninas, dá pra fazer? Dá!. **Aí vem aqui**, [na escola], **vai fazer, palestra**. Agora, **ação**, quando ela me trouxe, **nossa, acuidade visual, dentista, isso me empolgou!!!** (PE-1)*

*Atender aaa... parte da, da questão (...) do dentista, né? Da parte da... **vai observar as crianças e vai fazer o encaminhamento**, tem a questão do... oftalmo, que também o PSE traz, e tem a questão de pesar, medir e de acompanhar as carteirinhas (...) de vacina... Então **eu acho que essas ações são prioritárias** (...) a criança tem que estar bem, né? A saúde da criança tem que estar bem (...) **eu acho que isso é um dos pontos chaves**... a questão da vacinação. (GE- 1)*

Questionada diretamente sobre as ações de promoção da saúde, GE-1 reconheceu que elas eram escassas nas escolas. Sua fala denota que isso ocorre em razão do dimensionamento das equipes, que parecem insuficientes para atender toda rede de ensino.

*A ação [de PS] acontece uma vez na escola. **Uma vez só!** É porque (...) assim, ó: são em média (...) só na educação infantil, são quase 30 unidades escolares. Então você entende que não dá pra ser ação. Eu eu penso, né? **Não dá para ação se repetir** (...) porque, senão, não dá para atender todas. (GE- 1)*

Nas abordagens higienistas, as classes mais altas recebiam educação sobre higiene, enquanto as classes mais baixas eram controladas pela chamada “polícias sanitárias”. A partir do século XX, as classes populares também passaram a receber as ações de educação em saúde, motivadas pelas epidemias. Tais condutas eram pautadas em um modelo autoritário⁹, uma visão limitada de saúde, que não leva em consideração as relações entre doenças e condições de vida. No contexto das ações de higiene, as casas da população mais pobre eram alvos de limpezas compulsórias. Essas ações eram acompanhadas por policiais e, se necessário, exigiam reformas nos ambientes e a remoção dos doentes. Essa perspectiva se mantém como memória no senso comum, associando pobreza à falta de higiene⁹. Nas entrevistas, uma profissional da educação demonstrou isso ao dizer: “Ó, pai, pobreza não quer dizer sujeira” (PE-1).

A mudança na abordagem da educação em saúde, que, como dito na introdução deste trabalho, é tributária da Escola Nova, no qual as crianças e

adolescentes passaram a ser o centro do processo educativo, retirou da saúde a autoridade da polícia sanitária, passando as ações a serem desenvolvidas por educadores sanitários e professoras, que eram treinados para educar a população escolar. Apesar disso, manteve-se a visão higienista na educação, com ênfase na ideia de que as escolas poderiam corrigir os erros das famílias na educação das crianças, em especial no que diz respeito à saúde⁹. Essa memória apareceu nas entrevistas.

*Aborda esse **conteúdo de higiene** dentro disso aí, entendeu? Apesar que hoje, como está aí muito fragmentado, os conteúdos, não têm abordagens da questão higiene. Quando você fala dessa questão, é dentro dos conteúdos, né, dos conteúdos que os **professores de ciências, né, biologia, que eles trabalham**, né da saúde, falar da questão da saúde dessa forma... (PE-1)*

*Da **saúde**, da **higiene**... (PE-2)*

A vacinação foi um tema recorrente entre as gestoras de ambos os setores, indicando o alinhamento do PSE com os esforços da gestão municipal em ampliar as taxas de cobertura vacinal, que vêm caindo em todo o Brasil e no estado de São Paulo desde meados dos anos 2010. Embora seja inegável sua importância para a saúde da população, as entrevistadas pareceram ancoradas na lógica campanhista, ainda hoje de forte memória na saúde brasileira.⁹

*Mas, assim, é, eu, eu... Acredito que esses três focos aí, (...) o dentista, oftalmo, **a vacina**, (...) são as com questões principais para as crianças. (GE-1)*

*[...] esse ano a gente tá fazendo **inclusive de vacinação**, né? A questão de levantamentos de vacinação, indicação de vacinação, a gente já fez isso sempre, mas esse ano tá mais forte isso. (GE-2)*

*Precisamos fazer **a questão da vacinação**, algo assim. (PE-1)*

*Ééé... o quanto não só a vigilância e não só **a sala de vacina** fala, né? E as carteiras de vacinação estão atrasadas... (GS)*

*A **carteirinha de vacina**, esse ano, eu tô percebendo muita melhora, muita melhora mesmo, inclusive tô até orgulhosa... (PS-1)*

*Acho que isso é um dos pontos-chave... a... **questão da vacinação**. (GE-1)*

6.3.1 A Limitação das Ações

Na fala dos participantes, as ações de saúde nas escolas foram descritas como limitadas a duas estratégias. Na roda de conversa, um aluno observou: “Quando eles

iam nas [escolas] municipais, geralmente eles levavam uns **folhetos informativos**” (A-4). Para uma profissional de ensino, as palestras foram descritas como recorrentes, também mencionada pelo mesmo aluno:

*Então, a gente sempre chama alguém pra vir fazer uma **palestra** que é o que a gente consegue, né? **Não tem custo**. Enfim, que a gente consegue fazer... (PE-2)*

*O HELP (...) um grupo (...) da [Igreja] Universal, (...) [deu] **palestras** aqui na escola. Eles falam sobre isso, eles falam sobre você combater a depressão, esse tipo de coisa. Eles se solidarizam a fazer palestras, a ter conversas com o pessoal. (A-4)*

Na fala da profissional de educação (PE-2) chama a atenção o uso das palestras como subterfúgio para a ausência de uma ação mais estruturada, denotando improvisação em razão da falta de recursos. Já a fala de A-4 – que se referia a uma iniciativa da direção da escola – indica uma importante lacuna intersetorial, já que a ação, que envolveu uma entidade religiosa, poderia e deveria ter sido realizada por profissionais de saúde da rede pública. Essa fragilidade da intersectorialidade do PSE de Francisco Morato emergiu em outras falas:

*Ano passado **veio a delegada** [palestrar no Dia Internacional das Mulheres]. (PE-2)*

Embora não tenha sido informado o conteúdo da palestra proferida pela delegada, supõe-se que tenha sido algo em torno da violência contra a mulher. Considerando o papel da atenção básica no PSE, essa escolha, mais uma vez, parece indicar fragilidade intersectorial do programa, uma vez que a escola não cogitou acionar seus pares da saúde para falar sobre o tema.

6.4 A RESPONSABILIDADE DE CADA E A AUSÊNCIA DE CONTROLE SOCIAL

Como conjunto de estratégias e formas individuais e coletivas de produzir saúde, pela articulação e cooperação intersectorial, a promoção da saúde depende de ampla participação e controle social¹. Embora essa seja uma prioridade do Programa Saúde na Escola, as entrevistas demonstraram que as ações dessa natureza ainda são escassas nas escolas de Francisco Morato, corroborando estudos anteriores¹. É o que demonstram a fala da PS-1:

Tá começando a fazer [promoção em saúde]. Como eu falei, foi um trabalho de formiga. Hoje em dia, algumas unidades escolares já começam a perceber essa importância ... (PS-1)

Mas ela mesma reconheceu que é preciso avançar, uma vez que as ações de promoção da saúde envolvem princípios importantes, como autonomia e empoderamento. E deu como exemplo de dificuldade nesse sentido a atividade do PSE que envolveu saúde sexual e reprodutiva, realizada em uma escola estadual do município.

*[...] a gente fez sobre gravidez na adolescência. Tiveram adolescentes que vieram falar com a gente sobre anticoncepção. Tá bom, o que eu fiz? Peguei um dia de agenda médica, bloqueei a agenda médica nesse dia. Mande o recado para escola e falei: “Olha, nesse dia todas as adolescentes que quiserem anticoncepção, que tiverem queixa ginecológica, né? Essas coisas de meninas né? Qualquer problema que as meninas apresentarem, elas podem subir [na UBS], que elas vão ser acolhidas”. **Não veio uma! Não veio uma** pra eu falar assim: “Ah veio duas”. **Não, não veio nenhuma!!!**. Então, assim, **eu perdi uma agenda médica pra esperar para acolher e não veio**. (PS-1)*

É evidente que essa ausência causou desconforto à profissional. Por outro lado, é preciso questionar se, de fato, as adolescentes entenderam a importância de ir até a unidade. Esse comportamento das alunas parece indicar que a participação social, um dos pilares da promoção da saúde, não está no horizonte do PSE. É possível inferir, nesse sentido, que, uma vez afastadas dos processos de tomada de decisão sobre sua saúde, essas alunas não encontraram significado na ação proposta pela profissional de saúde. Assim, talvez não tenham se enxergado agentes de sua própria saúde, outra noção cara à PS.

Na roda de conversa, ficou evidente, porém, que os alunos compreendem a complexidade do processo. Ao ser questionada se a camisinha seria um exemplo de promoção ou prevenção, uma participante respondeu: **“Na promoção e na prevenção, porque no posto tem as caixinhas, é... divulgando. E, querendo ou não, é prevenção. Não é?”** (A-7). Seu comentário demonstra que, para ela, a divulgação seria uma ação de promoção de saúde, enquanto o uso do preservativo em si, prevenção. Outros dois alunos concordam com a explicação:

*É, os métodos sim (**prevenção**). Agora, a divulgação deles ficam na **promoção**.* (A-4)

*A **prevenção**, assim na minha opinião, é que, a redução de adquirir doenças. (A-16)*

Esses excertos indicam que, uma vez convidados a participar do processo, os alunos são capazes de avaliar criticamente uma ação e, desse modo, contribuir para o seu aprimoramento. No caso de álcool e drogas, a ação citada foi o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (Proerd), desenvolvido em parceria pela Polícia Militar e Secretaria Municipal de Educação de Francisco Morato. A-17 mencionou os propósitos do Proerd:

Ele vem informar pra você que é errado você fumar, é errado você beber, isso causa vícios. Lá no futuro vai causar doenças pra você, pode levar até a morte em alguns casos.

Importante ressaltar que os palestrantes, nesse caso, eram policiais e não profissionais de saúde. Foi o que disseram um aluno e uma das profissionais da saúde:

*Lá [ação do Proerd] quem dá as aulas é **um policial**. (A-4)
[...] e, aí, eu conversei com o pessoal do Proerd, né? (...) vir falar sobre álcool e drogas. Porque, aí, **vai vir PM** pra fazer uma palestrinha com eles. Porque, como a gente está do lado do parque, a gente percebe que eles ficam lá usando droga, cabulam aula e tudo mais... (PS-1)*

Na área da alimentação saudável, os alunos citaram os professores como responsáveis por conversar sobre nutrição. Além disso, uma professora específica foi citada como referência para apoio em saúde mental.

*Tem as [disciplinas] eletivas, que a maioria é sobre alimentação saudável, só que os **professores de eletiva**, não vêm, então... (A-4)*

*Ela é uma **professora que a maioria tem confiança para conversar**. Agora, tem professores que ninguém tem [confiança para conversar sobre saúde mental], entendeu? (A-10)*

*No ano passado, a gente teve **um projeto extracurricular** que era a horta da nossa escola. Eu participava desse projeto, que era uma horta que a gente trabalhava só com produtos orgânicos e sem agrotóxicos. (A-6)*

*É que pra achar nos postos de saúde, para achar psicólogo, **é só se você tiver muita sorte**, né?! (A-4)*

Esses excertos demonstram, ainda, a falta de continuidade das atividades em saúde, mesmo aquelas vinculadas à grade disciplinar. Ficou evidente que, de modo geral, para eles, é muito difícil acessar informações sobre saúde, que algumas vezes associam à mera distribuição de remédios e preservativos.

6.4.1 Culpabilizando a Família

Já as entrevistas indicaram que a participação da família no PSE parece restrita à atividade de vacinação, ainda assim numa perspectiva de culpabilização:

*[...] as carteiras de vacinação estão atrasadas. E quando você vê que a escola também **pede para a mãe**, e a educação viu (todo) todo o trabalho de quanto está atrasada, e (...) ajudando nessa forte tarefa de se **trabalhar a conscientização dessa atualização da carteirinha**, né? Eu acho que foi um (dos) dos grandes êxitos [do PSE]. (GS)*

*Como eu te disse, eu tive **desafio das famílias levarem as crianças na consulta**, mas foi disponibilizado, né? (GE-2)*

*A gente [escola] pode aí... oferecer para as crianças condições melhores, né? **Porque a mãe não busca, não**. A mãe, se bobear, **ela fica em casa e não vai atrás das coisas**. (GE-1)*

*Tudo bem que eu também não sei se **esse pai** vai na escola. Porque ele não levou a criança na UBS, **provavelmente ele também não apareça na escola**. É... é um complicador do bairro, entendeu? (GE-1)*

6.5 DEMANDAS NÃO ATENDIDAS: O PSE ALMEJADO

Embora não seja foco deste trabalho, cabe ressaltar a necessidade percebida entre profissionais da educação e estudantes por ações que envolvam saúde sexual e reprodutiva e saúde mental – esta última não é uma ação prioritária do PSE desde a redefinição das prioridades do programa na mencionada Portaria nº 1.055/2017, que permanece vigente. A saúde mental é uma questão recorrente nas escolas. PE-2 ressaltou que essa é uma temática prioritária no contexto territorial em que sua unidade está inserida, tendo a concordância de PE-1:

*[...] **é a saúde mental que a gente pede socorro**, assim, na escola, né? E eu, eu acredito sim, aliás, eu tenho certeza, que não é só na nossa escola, todas as escolas, né? (PE-2)*

Aqui tem uma aluna nossa, que à noite (...) tentou suicídio aqui dentro [da escola]. E, assim, foi mais de uma vez. E ela se mutila todinha, se corta todinha. (PE-1)

A percepção das profissionais da educação se confirmou na roda de conversa com os alunos:

*Aqui na escola mesmo existe uma psicóloga (...) só que praticamente ninguém sabe disso. Eu descobri que a psicóloga é mãe de um menino que eu trabalho com ele. **E eu descobri há pouco tempo que a escola tem psicóloga** mesmo. (A-4)*

*Seria bom procurar uma terapia, ou algo assim. Só que eu, tipo no meu ponto de vista, eu não achei (...) **difícil de encontrar**, eu acho, não sei... (A-7)*

GS afirmou que havia um consenso entre os gestores da saúde moratense da importância das ações de IST nas escolas estaduais. Outra temática relevante no município, segundo os alunos, é saúde sexual e reprodutiva na adolescência, com ênfase em gravidez e IST. Uma das profissionais de saúde, PS-1, disse que uma profissional do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) iria até a escola para falar sobre o assunto, mas de forma breve. Essa abordagem pode não ser suficiente para atender às necessidades das e dos adolescentes, o que ficou perceptível na roda. Chamou a atenção dos três pesquisadores presentes na atividade a pouca afinidade do grupo com saúde sexual, cuja a mera menção provocou risos de constrangimentos. Em seguida, eles avaliaram a abordagem da saúde:

[...] lá geralmente tem os remédios que eles disponibilizam pra isso, tem o padrão das camisinhas, né, também. Mas, de informação é muito difícil você ter as informações lá [UBS]. (A-4)

Porque tem muita pessoa... as pessoas ficam te olhando, pensam que você vai fazer besteira. (A-16)

Ah não, mas a camisinha feminina... Acho que pouca gente usa feminina. (A-4)

Na entrada do posto, todo mundo na fila e você: "Dá licença pra pegar uma camisinha ali" (A-10)

Uma vez, eu dei um problema na minha coluna, né? Então, eu tinha que ir no médico pra ver esse negócio. Então fui no SUS mesmo. Aí a mulher tava mais preocupada se eu tomava algum tipo de anticoncepcional pra, mesmo pra espinhas, esses negócios. Ela ficou mais preocupada com isso, porque conta que tinha muita mulher grávida, que toda hora ela perguntava. Queria que agendasse uma...uma médica. Não pode ser ginecologista, né? Porque ainda não tenho idade. Porém uma médica pra passar algum tipo de remédio para mim. Mas, nem era esse o caso que eu queria, né? [Eu queria] era tratar da minha coluna! (A-17)

Uma observação: ao final da roda de conversa, duas alunas perguntaram a uma das pesquisadoras se poderiam ir até a unidade de saúde para retirar preservativos. Elas não sabiam que tinham direito a acessar os serviços para receber cuidados em saúde sexual e reprodutiva, sem precisar de autorização dos pais ou responsáveis.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da percepção de gestoras e profissionais de saúde de Francisco Morato, bem como de um grupo de alunos inseridos na rede de ensino local, sobre as ações preconizadas pelo eixo I (promoção da saúde) e pelo eixo II (avaliação clínica) do Programa Saúde na Escola, indicou um significativo processo de produção de sentidos que funde modelos distintos de atenção à saúde, quais sejam, o da promoção da saúde e o da prevenção de doenças. Conforme estudos aqui analisados, essa falta de alinhamento conceitual pode contribuir para práticas limitadoras na operacionalização do programa, uma vez que esses modelos possuem objetivos e abordagens distintas.

Para as entrevistadas (gestoras e profissionais da saúde e da educação), a identificação e o tratamento das doenças são prioridades das ações que as equipes de saúde levam para as escolas. Essa visão direciona os esforços do PSE para atender demandas específicas, em geral individualizantes, como ficou evidenciado nas falas sobre exames de acuidade visual, aferição de peso/altura e checagem da carteira de vacinação, para posterior atendimento dos alunos nas UBS do território escolar. Dito de outro modo, há uma tendência em priorizar as demandas médico-clínicas e os encaminhamentos para a rede de atenção básica. Essa ênfase na assistência pode influenciar negativamente a eficácia das ações de promoção da saúde, foco do programa, cuja abordagem deveria estar ancorada nos determinantes sociais de saúde, com o objetivo de transcender a abordagem tradicional, preventivista.

Seguindo a literatura, é importante observar, ainda, que para serem eficazes, na perspectiva deste trabalho, as ações de promoção da saúde devem adotar uma abordagem intersetorial, considerando diferentes saberes e atores envolvidos no processo. Esse princípio contradiz estratégias de prevenção de doenças, que se

concentram na disseminação de regras e mudanças de comportamentos individuais. Embora o Programa Saúde na Escola esteja fundamentado nos conceitos de promoção – como dito ao longo deste trabalho, seu eixo prioritário –, as atividades aplicadas no ambiente escolar, de acordo com todas as participantes, muitas vezes ocorrem de maneira isolada, sem a devida articulação com os atores corresponsáveis por sua execução. Isso tende a produzir duplicidade de esforços e perda de eficiência, além de causar sobreposição de ações programáticas, como ficou evidente nas falas sobre programas específicos desenvolvidos autonomamente por ambos os setores. Nessa perspectiva, as iniciativas de PS próprias do PSE parecem escassas, por vezes frágeis, concentradas em palestras vinculadas a eventos do calendário do Ministério da Saúde e realizadas, frequentemente, com baixa intersectorialidade.

A ausência de um planejamento adequado das ações foi observada nas falas que indicaram subterfúgios empregados para justificar a falta de uma abordagem mais estruturada – uma das entrevistadas chegou a mencionar que as palestras eram ações viáveis por não haver custos. Já a baixa intersectorialidade ficou evidente nas falas sobre os profissionais convidados para essas palestras. O exemplo mais emblemático foi a participação apenas de uma delegada de polícia como palestrante em atividade alusiva ao mês das mulheres. Data importante para abordar temas como saúde sexual e reprodutiva, não foi mencionada a participação nesse evento, organizado pela coordenação da escola, de nenhuma profissional da saúde, embora esta seja vizinha da UBS responsável pela aplicação do PSE naquele território. Tal situação configura uma perda de janela de oportunidade, que pode ser reflexo da desconexão entre a teoria da promoção de saúde e a prática e, sobretudo, de integração efetiva das áreas da saúde e da educação. Potencialmente, uma prática realmente intersectorial do programa atenderia as demandas específicas da comunidade escolar, possibilitando ao mesmo tempo maior efetividade das ações de saúde.

No mesmo sentido, nas falas dos participantes chamou a atenção a completa ausência de participação social no PSE de Francisco Morato. Apesar de não ser foco deste trabalho – o controle social integra o eixo 4 (Monitoramento e Avaliação), preconizando a participação de estudantes, familiares e sociedade em geral como forma de garantir evolução dessa política pública –, essa lacuna deve ser considerada porque impacta o desempenho do eixo de promoção da saúde. Durante a roda de

conversa com os estudantes, mesmo quando os temas discutidos estavam vinculados às ações preconizadas pelo PSE, observou-se que os alunos tinham um conhecimento limitado sobre o programa, não conseguindo definir sua funcionalidade e apenas reconhecendo a realização de atividades pontuais. No horizonte dos alunos, as informações sobre saúde parecem ser uma exclusividade da escola, tendo nos professores a referência na temática, no escopo das disciplinas, enquanto o cuidado ofertado pela rede de saúde pareceu restrito à dispensação de medicamentos e preservativos. Salienta-se que, embora eles tenham demonstrado compreensão quanto à complexidade dos processos saúde-doença, essa falta de conhecimento, possivelmente resultado de seu distanciamento dos processos de tomada de decisão que envolvem o PSE, resulta em uma intervenção deficiente. Isso, por um lado, resulta na reprodução pelos estudantes da mesma visão higienista entre as gestoras e profissionais de saúde; por outro, demonstra o quanto eles, os alunos, estão apartados dos processos decisórios que envolvem o PSE.

No que diz respeito à participação da família, sobretudo as gestoras enfatizaram a preocupação com a carteira de vacinação. Tal preocupação se deve ao fato de a cobertura vacinal ser uma das pactuações do município com o Ministério da Saúde na adesão ao programa. Assim, eles parecem atuar junto a pais, mães e responsáveis num sentido persecutório, em geral colocando sobre eles boa parte da responsabilidade pela eficiência (ou ineficiência) da cobertura vacinal. Importante ressaltar que a culpabilização desse grupo emergiu nas falas como parte de um processo de mão única, em que a família era vista como um ator que apenas deveria atender de pronto uma demanda da escola e da UBS. Não houve nas suas falas, em nenhum momento, uma reflexão sobre uma participação cidadã das famílias no Programa Saúde na Escola.

Ressalta-se que este estudo apresenta uma importante limitação quanto à amostra, em razão do tempo de campo. Tal variável não permitiu incluir as famílias nem outras escolas da rede local, o que certamente teria ampliado as possibilidades investigativas. Nesse sentido, sugere-se a realização de novos estudos que permitam ampliar essa investigação, com vistas, inclusive, à produção de estratégias de intervenção no PSE do município.

É de se destacar, contudo, que este trabalho possibilitou a emergência de aspectos importantes sobre o programa e uma avaliação preliminar do seu atual

estágio. Nesse sentido, restou evidente que a gestão moratense deve investir em processos e ações efetivamente intersetoriais, com foco nos determinantes sociais de saúde. No município, a exemplo do que ocorre Brasil afora, não há uma distinção clara entre promoção e prevenção, tampouco estímulo a uma participação social mais ativa da comunidade, especialmente de alunos e familiares. Como premissa do próprio Programa Saúde na Escola, a reavaliação das práticas em vigor e a busca por estratégias mais integrativas são fundamentais para alcançar os seus objetivos, quais sejam, transformar a escola em um espaço de promoção da saúde, emancipatória e empoderadora.

8 REFERÊNCIAS

1. Lopes, I.E; Nogueira, J.A.D; Rocha, D.G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. Saúde em Debate. Vol 42, nº 118-773-789. Set, 2018.
2. Brasil. Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. Diário Oficial União. 18 dez. 2009.
3. Brasil. Lei Nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 06 dez. 2007.
4. Giovanella, L.; Mendonça, M.H.M.de. Atenção Primária à Saúde. Giovanella, L, et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
5. Moreira, T.C.et al. Saúde coletiva . [Sagah Educação SA]: Grupo A, 2018. [internet]. [Acesso em: 04 jan. 2024.]. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595023895/>>.
6. Libâneo, J. C.; Oliveira, J.F.; Toschi, M. S. Educação escolar: políticas, estrutura e organização. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2009.
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 22 de janeiro de 2024.
8. Brasil. Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 23 dez. 2012.
9. Silva, C.M.C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Rio de Janeiro- RJ, 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011. Habilita os Municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE). Diário Oficial União, 2011.
11. Ministério da Saúde e Educação (BR). Portaria Interministerial Nº 675, de 04 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. Diário Oficial União. 30 dez. 2012; Pág. 31, Seção 1.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria 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 União, 2017.

13. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.706, de 18 de outubro de 2017. Lista os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. Diário Oficial União, 2017.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.320, de 22 de junho de 2021. Define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e ao Crescer Saudável para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Diário Oficial União, 2021.
15. Francisco Morato. Prefeitura do Município de Francisco Morato. Conheça a história. [internet]. São Paulo; 2020 [acesso em 23 nov. 2023]. Disponível em: <<https://www.franciscomorato.sp.gov.br/site/index/institucional>>.
16. Fundação Seade. Município de Francisco Morato. SEADE população. [internet] São Paulo; 2023. [acesso em 13 dez 2023]. Disponível em: <<https://populacao.seade.gov.br/>>.
17. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde SIOPS. [internet]; 2023 [acesso em 11 mar. 2024]. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consdetalhereenvio2.php>>
18. Chagas C.A.M. A periferização da pobreza e da degradação sócio-ambiental na Região Metropolitana de São Paulo, o caso de Francisco Morato. São Paulo; 2007.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Censo demográfico: panorama - São Paulo. [internet] Francisco Morato; 2015. [acesso em 13 dez 2023]. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/francisco-morato/panorama>>.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Censo demográfico: cidades e estados - São Paulo. [internet] Francisco Morato; 2022. [acesso em 13 dez 2023]. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/francisco-morato/panorama>>.
21. Fundação Seade. Município de Francisco Morato. In: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. [internet] São Paulo; 2010. [acesso em 13 dez 2023]. Disponível em: <http://ipvs.seade.gov.br/view/pdf/ipvs/mun3516309.pdf>
22. Brasil. Relatório do Programa Bolsa Família e Cadastro Único. Francisco Morato. [internet]. São Paulo; 2023 [acesso em 02 jan. 2023]. Disponível em: <<https://aplicacoes.cidadania.gov.br/ri/pbfcad/relatorio-completo.html>>
23. Brasil. Lei Nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial União. 12 jan. 2004.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Censo escolar: sinopse- São Paulo. [internet] Francisco Morato; 2021. [acesso em 13 jan. 2024]. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/francisco-morato/pesquisa/13/5908>>

25. Francisco Morato. Prefeitura do Município de Francisco Morato. Conheça a história. [internet]. São Paulo; 2020 [acesso em 23 nov. 2023]. Disponível em: <<https://www.franciscomorato.sp.gov.br/site/index/institucional>>.
26. INEP. O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Nota Informativa do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB 2021. 2022; Disponível em: <https://download.inep.gov.br/institucional/apresentacao_saeb_ideb_2021.pdf> . Acesso em: 14 jan. 2024
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. IDEB São Paulo. [internet] Cidade de São Paulo; 2021. [acesso em 14 jan. 2024]. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/panorama>>.
28. Francisco Morato. Plano Municipal Decenal para a Infância e Adolescência (PMIA) do Município de Francisco Morato. 2020-2030. São Paulo, Jan. 2020.
29. São Paulo (Município). Lei nº 3.041, de 11 de março de 2019. Adota a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU) como diretriz de políticas públicas em âmbito municipal. Legislação Digital- Francisco Morato. São Paulo, 11 de mar. 2019.
30. SAME- Superintendência da Saúde de Francisco Morato. Cartilha Programa Saúde na Escola PSE ciclo 2021-2022. [internet] Francisco Morato; Mai. 2022. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/11p279qzuapbZjMHI5B4gnZHHQhd5a0xhql6_pAtzAll/edit>
31. Gutierrez, P. R; Oberdiek, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: Andrade, S. M. Soares, D. A. & Cordoni Júnior, L. (Orgs.) Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001.
32. Arouca S. Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz, 2003.
33. Sícoli, J. L; Nascimento, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003.
34. Buss, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
35. Vasconcelos K.E.L et.al. Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS. Ed. Hucitec. São Paulo; 2014.
36. Buss P .M; Filho A.P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.
37. Malta D.C; et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. Ciênc. saúde colet. 21. Rio de Janeiro, jun. 2016.

38. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial União, 2006.
39. Gil Gerhardt T.E, Silveira D.T. (org.) metodologia-cientifica.pdf/view. Métodos de pesquisa. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Gil AC.
40. Warschauer, C. Rodas em rede: oportunidades formativas na escola e fora dela. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2001.
41. Bispo, M.S; Godoy, A.S. A Etnometodologia enquanto Caminho Teórico-metodológico para Investigação da Aprendizagem nas Organizações. RAC, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, art. 3, pp. 684-704, Set./Out. 2012.
42. Spink, M. J. Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edlstein de Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>>
43. Marsiglia, R.M.G. Perfil dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo. Saúde soc. 20 (4). Dez 2011.
44. Vianna, C. P. A feminização do magistério na educação básica e os desafios para a prática e a identidade coletiva docente. In: YANNOULAS, Silvia Cristina (Org.). Trabalhadoras: análise da feminização das profissões e ocupações. Brasília, DF: Abaré, 2013. p. 159-180. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/44242>>
45. Alves, G.G; Aerts, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. Ciênc. Saúde coletiva 16 (1). Jan. 2011.

ANEXO A
QUESTIONÁRIO PARA GESTORES E PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO
BLOCO 1

Esta é uma entrevista com três blocos de perguntas. O primeiro bloco de perguntas diz respeito ao processo de implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no território em que se localiza a instituição na qual você atua. As perguntas visam compreender o panorama geral desse programa de acordo com a sua experiência profissional. Vamos começar.

1. Como o PSE é implementado na instituição em que você atua?
 - a. Como são planejadas as ações a serem implementadas?
 - b. Quais os critérios utilizados nesse planejamento?
 - c. Quais as dificuldades que você identifica em relação à implementação do PSE no seu território?
 - d. Quais as conquistas que você identifica em relação à implementação do PSE no seu território?
 - e. Mudaria alguma coisa em relação ao processo de implementação ou ao programa em si?
 - f. Qual seu nível de autonomia para promover essa mudança?
 - g. Como se estabelece a relação entre os profissionais da escola e os profissionais da saúde?
 - h. Como você avalia essa relação?
2. Conte uma experiência positiva em relação à sua atuação ou participação no PSE
3. Conte uma experiência negativa em relação à sua atuação ou participação no PSE e o que você faria para torná-la positiva

BLOCO 2

Terminamos o primeiro bloco de perguntas. Agora, nós faremos perguntas específicas sobre dois eixos de implementação do PSE. O primeiro eixo será o Eixo II, que trata da promoção da saúde e prevenção de doenças.

4. Como tem sido realizada a implementação do eixo II do PSE, que trata da promoção de saúde e prevenção de doenças, na escola em que você atua?
 - a. Quais das ações do PSE que você citou anteriormente têm sido desenvolvidas nesse eixo?
 - b. Como vocês têm definido promoção da saúde nessas ações?
 - i. Vocês têm feito uso da concepção de educação em saúde?
 - ii. Como vocês definem educação em saúde?

- iii. Quais os principais métodos e estratégias de educação em saúde que estão sendo desenvolvidas?
- iv. Quais os maiores desafios para implementar a educação em saúde na escola?
- c. Como as ações propostas no eixo de promoção da saúde se articulam com os objetivos pedagógicos da escola?
 - i. Foi necessário mudar algum desses objetivos em função dessa articulação?
- d. Como se dá a participação dos estudantes da escola no PSE?
 - i. A opinião/visão dos alunos é considerada no planejamento e na execução de atividades no ambiente escolar?
 - ii. Em caso afirmativo, descreva os meios pelos quais isso é efetivado.
 - iii. Em caso negativo, justifique o porquê de não ser realizado?
- e. Há interação entre estudantes e educadores?
 - i. Em caso afirmativo, você pode descrever como essa interação acontece?
 - ii. Em caso negativo, você poderia dizer o porquê de não acontecer?
- f. Você acha que o PSE induz ações de PS na escola?
 - i. Em caso afirmativo, você poderia dar exemplos?
 - ii. Em caso negativo, por quê?
 - iii. O que seria preciso fazer para melhorar/efetivar a indução dessas ações?
 - iv. Você poderia dar exemplos de como isso poderia ser feito?

BLOCO 3

Terminamos o segundo bloco dessa entrevista. Agora iniciaremos o terceiro bloco que explorará o eixo 4 dessa política, Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos.

5. Como você avalia a implementação do Eixo 4 do PSE, Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos, na escola em que você atua?

- a. Quais das ações do PSE que você citou anteriormente têm sido desenvolvidas no âmbito da promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humano na escola? (até 3 min)

- i. Descrever as ações
- ii. Há parcerias?
- iii. Como essas parcerias foram estabelecidas?
- b. Como essas ações se articulam com os objetivos pedagógicos da escola?
 - i. Foi necessário mudar algum desses objetivos para essa articulação?
- c. Como vocês tem definido promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos nessas ações?
- d. Além das ações que estão sendo realizadas, há ações que estão sendo planejadas nesse sentido?
 - i. Você poderia descrevê-las?
 - ii. Há prazo para serem implementadas?
- e. Quando vocês passaram a planejar/executar ações para esse eixo?
 - i. Por que nesse momento?
- f. Vocês avaliaram ou planejam avaliar essas ações?
 - i. Se sim, quais métodos estão sendo utilizados?
 - ii. Em caso negativo, por que não há avaliação?

Finalizamos nossa entrevista. Você gostaria de falar brevemente de algo relacionado a esse assunto que nós não perguntamos?

QUESTIONÁRIO PARA GESTÃO/PROFISSIONAIS DA SAÚDE

BLOCO 1

Esta é uma entrevista com três blocos de perguntas. O primeiro bloco de perguntas diz respeito ao processo de implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no território em que se localiza a instituição na qual você atua. As perguntas visam compreender o panorama geral desse programa de acordo com a sua experiência profissional. Vamos começar.

1. Como o PSE é implementado na instituição/município em que você atua?
 - a) Você conhece a história do PSE no município de Francisco Morato?
 - i. Em caso afirmativo, pedir para descrever essa história de forma sucinta
 - b) Como o PSE funciona no município de Francisco Morato?
 - i. Como funciona o GTI - M de Francisco Morato?
 - ii. Quem compõem este grupo?

- iii. Como o plano de adesão foi desenvolvido e o que nele constava?
 - i. Temos acesso?
 - iv. Quais as escolas e unidades básicas de saúde do município que participam do PSE?
 - v. Qual o papel da educação/escolas neste grupo?
 - vi. Qual o papel dos profissionais da atenção básica neste grupo?
 - vii. Qual o critério de inclusão ou exclusão destas instituições?
 - viii. Qual o critério de escolha das ações do PSE a serem implementadas no município?
 - ix. Como a gestão monitora estas ações?
 - x. As escolas e unidades básicas de saúde têm autonomia para adequar as ações do PSE às demandas dos territórios onde estão inseridas?
 - xi. Você pode nos contar um pouco como funciona o repasse financeiro para o programa?
 - i. Como o recurso é utilizado?
 - ii. Qual a autonomia do município para a utilização do recurso?
 - iii. Este recurso é destinado apenas para contratações profissionais?
 - iv. Você considera a quantia de repasse suficiente ou insuficiente?
 - c) Por que o município só aderiu ao PSE no ano de 2018?
 - d) Houve alguma mudança nos indicadores de saúde e educação após a implementação do programa no município?
 - i. Em caso afirmativo, quais?
 - ii. Onde podemos obter esses dados?
 - e) Mudaria alguma coisa em relação ao processo de implementação ou ao programa em si?
 - i. Em caso afirmativo, o quê e porquê?
 - f) Qual seu nível de autonomia para promover essa mudança?
 - g) Como se estabelece a relação entre os profissionais da escola e os profissionais da saúde?
 - i. Como você avalia essa relação?
- 2. Conte de forma breve uma experiência positiva em relação à sua atuação ou participação no PSE?
- 3. Conte de forma breve uma experiência negativa em relação á sua atuação

ou participação no PSE e o que você faria para torná-la positiva

BLOCO 2

Terminamos o primeiro bloco de perguntas. Agora, nós faremos perguntas específicas

sobre dois eixos de implementação do PSE. O primeiro eixo será o Eixo II, que trata da promoção da saúde e prevenção de doenças.

4. Como tem sido realizada a implementação do eixo II do PSE, que trata da promoção de saúde e prevenção de doenças, na escola em que você atua?

- a. Quais das ações do PSE que você citou anteriormente têm sido desenvolvidas nesse eixo?
- b. Como vocês têm definido promoção da saúde nessas ações?
 - i. Vocês têm feito uso da concepção de educação em saúde?
 - ii. Como vocês definem educação em saúde?
 - iii. Quais os principais métodos e estratégias de educação em saúde que estão sendo desenvolvidas?
 - iv. Quais os maiores desafios para implementar a educação em saúde?
- v. Quais ações de Promoção da Saúde são prioritárias?
- c. Como as prioridades do território são estabelecidas
 - i. Como funciona o mapeamento?
 - d. As demandas são construídas em parceria?
 - i. Há divisão de tarefas entre os setores durante o planejamento?
 - ii. Como é feita a comunicação entre os setores de educação e
 - e. Você acha que o PSE induz ações de PS na escola?
 - i. Em caso afirmativo, você poderia dar exemplos?
 - ii. Em caso negativo, por quê?
 - iii. O que seria preciso fazer para melhorar/efetivar a indução dessas ações?
 - iv. Você poderia dar exemplos de como isso poderia ser feito?

BLOCO 3

Terminamos o segundo bloco dessa entrevista. Agora iniciaremos o terceiro

bloco que explorará o eixo 4 dessa política, Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos.

5. Como você avalia a implementação do Eixo 4 do PSE, Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos, na escola em que você atua?

a. Quais das ações do PSE têm sido desenvolvidas no âmbito da promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humano na escola?

i. Descrever as ações caso não tenham sido descritas

ii. Há parcerias?

iii. Como essas parcerias foram estabelecidas?

b. Como vocês tem definido promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos nessas ações?

c. Além das ações que estão sendo realizadas, há ações que estão sendo planejadas para esse eixo?

i. Você poderia descrevê-las brevemente?

ii. Há prazo para serem implementadas?

d. Quando vocês passaram a planejar/executar ações para esse eixo especificamente?

i. Por que nesse momento?

e. Como vocês monitoram/ acompanham essas ações?

i. É da mesma maneira que as de Promoção da Saúde?

f. Vocês avaliaram ou planejam avaliar essas ações?

i. Se sim, quais métodos estão sendo utilizados?

ii. Em caso negativo, por que não há avaliação?

Finalizamos nossa entrevista. Você gostaria de falar brevemente de algo relacionado a esse assunto que nós não perguntamos?

ANEXO B

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

ADOLESCENTES - GRUPO FOCAL/OFICINA

Olá, estamos te convidando para participar de uma pesquisa que vai avaliar a rede de saúde de Francisco Morato. Somos do Instituto de Saúde e o projeto “Avaliação, intervenção e formação em saúde: um estudo matricial sobre o SUS de Francisco Morato (SP)” – Eixo 1 Programa Saúde na Escola (PSE) –, coordenado pela pesquisadora Cláudia Malinverni. O desenvolvimento desse projeto pode apoiar o planejamento de ações conforme as necessidades de saúde da população. Esta pesquisa está sendo realizada com várias pessoas, profissionais envolvidos na gestão, na atenção básica, serviços de referência e apoiadores da saúde, bem como usuários, inclusive adolescentes, que concordarem em participar. Hoje estamos te convidando para participa como participante de um grupo focal/oficina, que é uma roda de conversa com atividade de escrita, que será realizado por alunas do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde e pesquisadores vinculados ao Instituto de Saúde, no dia 20 de outubro de 2023. Com duração de cerca de 120 minutos, a atividade será realizada no ambiente escolar. Há poucos riscos com essa pesquisa, mas se você se sentir desconfortável em participar do grupo ou fazer quaisquer considerações, tem total liberdade de não participar ou interromper sua participação em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. A sua participação poderá ajudar a melhorar a rede de saúde de Francisco Morato. É importante que você saiba que pode decidir não participar da pesquisa ou parar sua participação a qualquer momento, mesmo após o início do grupo focal, sem qualquer prejuízo. Seus dados pessoais são sigilosos, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. Não há nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à participação na pesquisa. Ao final da pesquisa, os resultados serão apresentados aos gestores e profissionais do Serviço de Assistência Médica (SAME) do município de Francisco Morato.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Cláudia Malinverni, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11 3116-8516), das 8 às 16 horas, ou pelo e-mail claudia.maliverni@isaude.sp.gov.br. Você também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS sobre considerações ou dúvidas sobre a ética dessa pesquisa, pelo telefone 11 3116-8548, entre 9 e 16 horas, ou pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br. O comitê de ética é um órgão colegiado que acompanha, avalia e valida todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e garante a proteção aos participantes de pesquisas.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

Este termo será assinado em duas vias, e você ficará com uma delas.

Concordo em participar:

_____/____/____
Assinatura do (a) participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Assentimento Livre e Esclareci do participante para a participação neste estudo.

_____/____/____
Nome do responsável pela pesquisa - Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a),

O(A) senhor(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Avaliação, intervenção e formação em saúde: um estudo matricial sobre o SUS de Francisco Morato (SP) – Eixo Programa Saúde na Escola (PSE)” que tem por objetivo avaliar e propor intervenções na rede de saúde pública de Francisco Morato, e justifica-se para apoiar consecutivamente o planejamento de ações de acordo com as prioridades de saúde da população.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais envolvidos na gestão, na Atenção Básica, serviços de referência, apoiadores da Atenção Básica, profissionais da educação, profissionais da assistência social e usuários que concordarem em participar de uma entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos. A conversa será gravada, para que o conteúdo possa ser degravado e analisado posteriormente. A entrevista será realizada em seu ambiente de trabalho ou em ambiente virtual por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde e/ou pesquisadores do Instituto de Saúde.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, e não acarretarão em prejuízos para o seu trabalho. O(a) Sr (a). pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu trabalho. A sua participação poderá ajudar a melhorar a rede de saúde de Francisco Morato.

O(A) senhor(a) tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para seu trabalho. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma e não será possível identifica-lo no seu ambiente de trabalho. O(A) senhor(a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa, os resultados serão apresentados aos gestores e profissionais do Serviço de Assistência Médica (SAME) do município de Francisco Morato. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Cláudia Malinverni, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8516), das 8 às 16 horas, ou pelo e-mail claudia.malinverni@isaude.sp.gov.br. O(A) senhor(a) também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS sobre considerações ou dúvidas sobre a ética dessa pesquisa, pelo telefone 11-3116-8548, entre 9 e 16 horas, ou pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br. O comitê de ética é um órgão colegiado que acompanha, avalia e valida todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e garante a proteção aos participantes de pesquisas.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município. Este termo será assinado em duas vias, pelo (a) senhor (a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Concordo em participar:

_____/_____/_____
Assinatura do (a) participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante do diálogo deliberativo para a participação neste estudo.

_____/_____/_____
Nome do responsável pela entrevista - Assinatura do (a) pesquisador (a)