

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Denise Ribeiro Bueno

A GESTÃO FEDERAL E O FOMENTO À PARTICIPAÇÃO JUVENIL EM INICIATIVAS
DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS

Brasília
2020

B928g Bueno, Denise Ribeiro

A GESTÃO FEDERAL E O FOMENTO À PARTICIPAÇÃO JUVENIL EM INICIATIVAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS / Denise Ribeiro Bueno. – Brasília, DF: 2020.

128 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz – Escola Fiocruz de Governo, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas em Saúde, Brasília, 2020.

Orientador: Dra. Luciana Sepúlveda Köptcke

1. Políticas públicas em saúde. 2. Saúde e justiça social. 3. Participação juvenil. 4. Promoção da saúde. 5. Saúde na escola. I. Köptcke, Luciana Sepúlveda. II Fundação Oswaldo Cruz. III. Título.

CDU: 351.77(81)

Denise Ribeiro Bueno

A GESTÃO FEDERAL E O FOMENTO À PARTICIPAÇÃO JUVENIL EM INICIATIVAS
DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de
Governo como requisito parcial para obtenção
do título de mestre em Políticas Públicas em
Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde e Justiça Social

Orientadora: Prof. Dra. Luciana Sepúlveda
Köptcke

Brasília
2020

Denise Ribeiro Bueno

**A GESTÃO FEDERAL E O FOMENTO À PARTICIPAÇÃO JUVENIL EM
INICIATIVAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS**

Dissertação apresentada à Escola de Governo
Fiocruz como requisito parcial para obtenção
do título de mestre em Políticas Públicas em
Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça
Social.

Aprovado em: 18/12/2020.

BANCA EXAMINADORA



Dra. Luciana Sepúlveda Köptcke
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Dra. Tatiana Oliveira Novais
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Dra. Michele Lessa de Oliveira
Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE

Dr. Jorge Huet Machado (suplente)
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

AGRADECIMENTO

À minha orientadora Luciana Sepúlveda, pela paciência e dedicação em todas as etapas desta pesquisa.

À Danielle Cruz, ex-chefe e amiga incentivadora.

À minha mãe, minha filha e minha avó, mulheres fortes que serão sempre exemplo e inspiração.

Aos meus irmãos e meu pai.

À todos os amigos de uma vida, parceiros e colegas do Ministério da Saúde que de alguma forma colaboraram com este trabalho.

APRESENTAÇÃO

Atuo com políticas intersetoriais desde 2008 quando, ao final da minha trajetória como funcionária do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), me deparei com o desafio da articulação conjunta em benefício da população. No último ano da minha passagem pela Instituição, trabalhei com o Selo Unicef Município Aprovado para a região do Semiárido mineiro. A iniciativa premia experiências de promoção, realização e garantia dos direitos de crianças e adolescentes em municípios que têm indicadores sociais monitorados e ações voltadas ao cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Minha experiência com o Selo me levou para o setor público, onde estou como consultora desde então.

Foi no Ministério da Educação (MEC), em 2009, que conheci o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Ações de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Aids e promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva tinham como foco a educação entre pares, ou seja, os jovens estudantes das escolas públicas das séries finais do ensino fundamental e do ensino médio eram estimulados a realizar troca de saberes, amparados por profissionais da saúde e profissionais das escolas.

Com o SPE participei de oficinas regionais que me proporcionaram conhecer como acontecia a articulação dos gestores estaduais e municipais com dinamizadores juvenis, grupo de jovens que eram referências nos estados para pautar os temas do Projeto com os adolescentes e jovens escolares a partir do diálogo com a gestão.

No final de 2011, saí do MEC e fui para o Ministério da Saúde (MS), onde estou até hoje, para trabalhar com o Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE, desde sua institucionalização por Decreto Presidencial em 2007, fica na Atenção Primária à Saúde (APS) do MS. Por seu caráter intersetorial, tem um braço também no MEC.

Com a criação e institucionalização do PSE em 2007, o SPE perdeu espaço na agenda governamental e como não era um Projeto instituído, não houve pronunciamento quanto ao seu fim.

Com a criação do PSE, que era composto por ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, as ações do SPE ficaram diluídas num conjunto muito maior de ações que passaram a ser contratualizadas pelos municípios para recebimento de recursos financeiros sem, necessariamente, ter como diretriz a participação juvenil.

Assim, minha experiência no Governo que também envolve articulação, dentre outras áreas, com as Coordenações Gerais da Saúde do Adolescente e do Jovem (CGSAJ) e da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do MS - por conta do público alvo do PSE – me fez refletir sobre o tema da participação e protagonismo juvenil em ações de promoção da saúde nas escolas, lugar onde esses atores encontram seus pares, passam parte do seu dia, criam vínculos e vivenciam experiências.

RESUMO

A presente pesquisa buscou identificar como a gestão federal fomenta a participação juvenil em ações de promoção da saúde nas escolas uma vez que a promoção da saúde preconiza o envolvimento de todos os atores num processo participativo e construtivo de troca de saberes. A escola, local que contribui para a formação do indivíduo, conforme diretrizes estabelecidas em Lei, deve promover esses espaços de participação, fortalecendo os estudantes numa perspectiva de reconhecimento da importância desse público nas discussões de modos de vida saudáveis. Assim, buscou-se analisar o contexto de desenvolvimento do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e Programa Saúde na Escola (PSE), as características metodológicas, conceituais e operacionais destas iniciativas de promoção da saúde nas escolas e as representações sobre participação juvenil e sua importância em ações de promoção da saúde na escola a partir de entrevistas com os gestores participantes dessas iniciativas. É uma pesquisa qualitativa, que por meio das pesquisas bibliográfica e documental e entrevista com atores-chave do SPE e do PSE identificou que a participação juvenil era um dos pilares do SPE, projeto cujas ações foram incorporadas ao PSE, e que o programa não fomentou essa diretriz em seus marcos legais e documentos orientadores, sendo esse um dos pontos identificados nesta pesquisa como fator que enfraquece a participação juvenil nas ações de promoção da saúde no atual programa do Governo Federal, o PSE.

Palavras-chave: participação juvenil, promoção da saúde, saúde na escola.

ABSTRACT

This research sought to identify how federal management promotes youth participation in health promotion actions in schools, since health promotion advocates the involvement of all actors in a participative and constructive process of knowledge exchange. The school, a place that contributes to the formation of the individual, according to guidelines established by law, should promote these spaces of participation, strengthening students in a perspective of recognizing the importance of this public in discussions of healthy ways of life. Thus, we sought to analyze the context of development of the Health and Prevention in Schools Project (SPE) and Health in School Program (PSE), the methodological, conceptual and operational characteristics of these health promotion initiatives in schools and the representations of youth participation and its importance in health promotion actions at school based on interviews with the managers participating in these initiatives. It is a qualitative research, which through bibliographic and documentary research and interviews with key actors of the SPE and the PSE identified that youth participation was one of the pillars of the SPE, a project whose actions were incorporated into the PSE, and that the program did not foster this guideline in its legal frameworks and guiding documents, this being one of the points identified in this research as a factor that weakens youth participation in health promotion actions in the current Federal Government program, the PSE.

Keywords: youth participation, health promotion, health in schools.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Temas, Categorias e Subcategorias a partir das respostas das entrevistas	44
Quadro 2. Cenário comparativo das iniciativas SPE e PSE	51
Quadro 3. Documentos encontrados do SPE e PSE conforme público e teor	59
Quadro 4. Formação do (a) entrevistado (a)3. Roteiro da Entrevista	92
Quadro 5. Questões a serem abordadas na entrevista semiestruturada segundo conceitos que estruturam o Projeto	92

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Graus de Participação	10
Figura 2. Um modelo para análise de políticas de saúde	40
Figura 3. Esquema dos componentes da Teoria da Ação	41

LISTA DE SIGLAS

AIDS *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Humana)

BNCC Base Nacional Comum Curricular

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

CD *Compact Disc*

CGAN Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

CGPROFI Coordenação Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais

CGSAJ Coordenação Geral da Saúde do Adolescente e do Jovem

CGSCAM Coordenação Geral de Saúde da Criança e do Aleitamento Materno

DAA Declaração de Alma-Ata

DAB Departamento de Atenção Básica

DECOCEB Diretoria de Concepções e Orientações Curriculares para Educação Básica

DF Distrito Federal

DPREB Diretoria de Políticas e Regulação da Educação Básica

DSDR Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

DSS Determinantes Sociais de Saúde

DSTs Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

FNDE Fundo nacional do Desenvolvimento da Educação

GGI Grupo Gestor Intersetorial

GTI Grupo de Trabalho Intersetorial

HIV *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

HQ História em Quadrinhos

IDEB Índice de Desenvolvimento da Educação

IREPS Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde

IST Infecções Sexualmente Transmissíveis

LDB Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC Ministério da Educação

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan Americana da Saúde

PAM Plano de Ações e Metas

PCN Parâmetros Curriculares Nacionais

PNE Plano Nacional da Educação
PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde
PS Promoção da Saúde
PSE Programa Saúde na Escola
PubMed *United States National Library of Medicine*
SAS Secretaria de Atenção à Saúde
SAPS Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SciELO *Scientific Electronic Library Online*
SEB Secretaria de Educação Básica
SECADI Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão
SEPPIR Secretaria de Política de Promoção da Igualdade Racial
SNJ Secretaria Nacional de Juventude
SPAA Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas
SEPPIR Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SPE Saúde e Prevenção nas Escolas
SVS Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
UNAIDS Programa das Nações Unidas para o HIV/Aids
UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, à Ciência e a Cultura
UNFPA Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	07
2.2 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE	13
2.3 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA EDUCAÇÃO	15
2.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	18
2.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS	21
2.6 OS JOVENS E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL	24
2.7 INICIATIVAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS APÓS A REDEMOCRATIZAÇÃO DO BRASIL	29
3. OBJETIVOS	38
3.1 OBJETIVO GERAL	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
4. MÉTODOS	39
5. APRESENTAÇÃO DOS DADOS	51
5.1 CONTEXTOS E PROCESSOS DE DESENVOLVIMENTO DO SPE E PSE	51
5.2 CARACTERÍSTICAS OPERACIONAIS E CONCEITUAIS DO SPE E PSE	59
5.3 A PARTICIPAÇÃO JUVENIL NO SPE E NO PSE NA PERSPECTIVA DOS GESTORES FEDERAIS	71
6. DISCUSSÃO	75
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	86
ANEXO A: Roteiro de Entrevista	92
ANEXO B: Respostas das entrevistas a partir das categorias criadas	96
ANEXO C: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	114

1. INTRODUÇÃO

Na sociedade moderna os direitos sociais, que abarcam educação, saúde, habitação, proteção coletiva, entre outros, são posteriores aos direitos civis, que são a representação democrática, liberdade de expressão, locomoção, entre outros (1).

Conforme Milani (2):

No Brasil, por exemplo, a participação é um elemento central nos processos de reforma democrática do Estado desde a Constituição de 1988. Esta estimula a participação popular na tomada de decisões sobre políticas públicas, como no caso do princípio de cooperação com associações e movimentos sociais no planejamento municipal (art. 29) ou de participação direta da população na gestão administrativa da saúde, previdência, assistência social, educação e criança e adolescente (arts. 194, 198, 204, 206 e 227)

A trajetória da transição democrática no Brasil teve na noção de autonomia um dos principais eixos articuladores da sociedade civil, ou seja, a organização dessa sociedade independentemente de seguir o estado (3). Daí a necessidade de um discurso estratégico para evitar falsas alianças, onde grupos da sociedade civil fossem configurados segundo alguns princípios e “para que não houvesse reprodução de práticas autoritárias estatais e nem práticas consideradas como superadas, como as baseadas no centralismo democrático das correntes de esquerda mais radicais ou mais tradicionais” (3).

Ao se assumir, atualmente um preceito democrático, “não devemos esquecer as diferentes estratégias aristocráticas e autoritárias utilizadas pelos donos do poder de diferentes épocas, lugares e instituições para mitigar o espectro da participação (4)”. Historicamente, a participação nos processos decisórios ficavam a cargo da elite branca e instruída, emancipados civil e economicamente. Os detentores do poder deixavam de fora não apenas do processo decisório todos os demais, considerados desqualificados para participar. “A história das lutas sociais é também a narrativa dos movimentos de coletivos marginalizados em suas buscas para jogar o jogo da participação (4).”

Esses movimentos são a convergência da participação social no Brasil, que foi oficializada com a instituição de uma “Constituição Cidadã”, a Constituição Federal de 88, que tornou saúde e educação direitos assegurados pelo Estado, já que os esforços empreendidos no país para fortalecer sua democracia, desde o início do processo de redemocratização, convergiam para a defesa de maior participação e fortalecimento da cidadania nos processos de decisão política e na fiscalização dos gestores públicos (5).

No âmbito das políticas de saúde, a discussão da participação ultrapassa o cenário nacional, quando as Conferências Internacionais de Saúde e o movimento Sanitarista¹, de meados da década de 70, convergem importância da participação comunitária nos mais diversos níveis de gestão.

Com o SUS a saúde emerge como questão de cidadania e a participação política como condição de seu exercício, perspectiva assegurada no princípio constitucional de "participação da comunidade" e na Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que estabelecia os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços de representação institucional. Com eles, se pretendia que o controle social assumisse lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde. (6)

Mesmo aparecendo de forma vaga em textos oficiais, tendendo a torná-la algo centralizado nas mãos dos técnicos e na burocracia governamental (7), o reconhecimento da importância da participação da sociedade, composta por atores sociais e políticos (8) vem de encontro à validação da própria democracia (5), que não compreende instâncias democráticas criadas de cima para baixo (5) e sim o envolvimento de atores sociais. Indivíduos que, perseguindo interesses particulares ou “objetivos pessoais” realizam um diagnóstico das possibilidades; dialogam, negociam, estabelecem alianças e defendem seus interesses perante outros atores; e fazem coisas em benefício de si mesmo e de sua localidade ou grupo mais próximo (8).

¹ O Movimento Sanitarista, que resultou na Reforma Sanitária, designa as mais variadas experiências de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde dos cidadãos. Aconteceu em países do como a Itália, a Espanha, Portugal e Brasil (3). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi o ápice da Reforma.

Compreender a importância da participação social como preceito democrático, implica o olhar, ao menos, para as duas políticas públicas que envolvem formação para a cidadania e formação para o cuidado: educação e saúde, em cujos espaços estão crianças e adolescentes, agentes transformadores da esfera social.

Este trabalho buscou identificar a perspectiva da participação juvenil nas ações de saúde realizadas em escolas, estando o preceito da participação no âmbito da promoção da saúde.

A discussão sobre a participação dos jovens em ações nas escolas parece se restringir a uma visão adultocêntrica, de um ponto de vista em que o adolescente recebe a ação e a informação, sem uma análise da importância do fazer conjuntamente, envolvendo os adolescentes e jovens nos processos dos quais são sujeitos, conforme levantado por Bressan (9). A participação desses jovens na perspectiva de mobilização social para fora da escola, problematiza a importância desse segmento no tensionamento de processos em que serão afetados, por exemplo, no campo das políticas públicas (10).

De modo que, embora a participação social tenha entrado na agenda e na cultura política nacional como um direito constitucional², a participação da juventude e dos adolescentes na construção, acompanhamento e aprimoramento de políticas públicas voltadas para este segmento ou para a sociedade em geral, não constitui ainda, uma aquisição consolidada. Em particular, no que se refere à participação nas políticas e nas atividades voltadas para a saúde, a despeito da retórica consensual em torno da participação como um dos eixos estruturantes da Promoção da Saúde, a participação do adolescente e do jovem é eventual e, na maior parte das vezes, inexistente e restrita (9). Fortalecer esta participação é o grande mote deste trabalho.

² A Constituição Federal em seu art. 1º, parágrafo único, afirma que: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” e define, em seu art. 37, § 3º, que: “A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta (...)”.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1. A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O conceito de participação é bastante amplo, “não raras vezes este permite que em torno de si se produzam imprecisões e ambigüidades capazes de diluir a compreensão sobre seu real significado e importância na vida social e política (4).” A conceituação de participação social não se encerra si, conforme Milani (2)

A participação é reivindicação histórica de alguns movimentos sociais, ... Além disso, o tema encontra-se bastante presente no âmbito acadêmico e intelectual:... a participação social é apresentada pelos intelectuais da nova direita como resposta necessária aos impactos nocivos do Estado-providência na construção de uma cidadania ativa; outros cientistas políticos e sociólogos vêm trabalhando com a hipótese do (re)surgimento da democracia participativa baseada em diferentes formas de delegação da representação política... É evidente que daí decorrem questionamentos críticos acerca do significado e do fundamento da participação social nos diferentes contextos.

Ampliar participação dos cidadãos tem a ver com a forma como cada indivíduo decodifica e internaliza normas e valores em relação à política, à cultura, à economia, entre outros aspectos da vida social. Cada pessoa constrói sua percepção a partir das possibilidades disponíveis, percepção e *habitus* (5, 11), como expõe Bourdieu (11): “cada autor, enquanto ocupa uma posição em um espaço, isto é, em um campo de forças, que é também um campo de lutas visando conservar ou transformar o campo de forças, só existe e subsiste sob as limitações estruturadas do campo.”

Essas forças que estruturam o campo da participação dependem de recursos que os indivíduos acumulam ao longo da vida. Esses recursos, na perspectiva de Bourdieu, são os capitais. A bagagem socialmente herdada, acumulada, abstratos e subjetivos (11) .

Os capitais perpassam os campos da vida social, cultural, econômica, política entre outros. O capital social em sua perspectiva individual ocorre quando há empatia entre pessoas ou grupos gerando um benefício potencial. As redes sociais influenciam as decisões sobre as estratégias de comportamento individual. Assim, é possível observar que o envolvimento em

grupos pode aumentar a confiança individual e produzir relações sociais mais participativas (12).

Se o capital social reúne recursos baseados em contatos e participação em grupos, as relações sociais formam redes de comunicação que poderão ser acionadas para a obtenção de vantagens, recursos ou para a formação de novos contatos que por sua vez garantem o acesso a novas vantagens e novos recursos (13,14).

Para Bourdieu o que existe é um espaço social, um espaço de diferenças e a posição ocupada nesse espaço, nessa estrutura de distribuição de diferentes tipos de capital, “comanda as representações desse espaço e as tomadas de posição nas lutas para conservá-lo ou transformá-lo (11)”, e esse capital é desigualmente distribuído dentro do campo, coexistindo dominantes e dominados, reforçando uma relação de forças entre os agentes desse campo (11). “Um campo possui uma autonomia relativa; as lutas que nele ocorrem têm uma lógica interna, mas o seu resultado nas lutas (econômicas, sociais, políticas...) externas ao campo pesa fortemente sobre a questão das relações de força internas (15)”.

Então o campo é este espaço de relações onde cada indivíduo ocupa um ponto, ponto este definido pelos capitais e como estes são valorizados dentro do campo e dos subcampos.

A relação com a participação se dá, principalmente, na distribuição do poder, dentre os mais diversos tipos de capitais, e na definição daquilo que é mais relevante dentro de um campo, que pode ser o macro campo Estado ou o campo saúde, por exemplo.

Associado ao social, estão as maneiras em que a cultura reflete ou atua sobre as condições de vida dos indivíduos – o capital cultural. As capacidades culturais específicas de classe transmitidas intergeracionalmente através da socialização primária são incorporadas pelos indivíduos, sendo relacionadas com as credenciais educacionais, tais como títulos e diplomas (13,14).

Nesse sentido, a instituição escolar reproduz mecanismos extremamente complexos da distribuição do capital cultural e da estrutura do espaço social através da relação entre as estratégias das famílias e a lógica específica dessas instituições (11).

Capital cultural e capital social reforçam-se mutuamente: uma cultura só pode se tornar exclusiva com base na delimitação dos contatos sociais e estes, por sua vez, se formam e se perpetuam a partir de uma base cultural (13,14). A escola, a educação e outros espaços de cultura são, assim, elementos importantes de empoderamento embora não sejam suficientes para essa construção individual e social.

Se estudar a participação nos remete à buscar compreender os fatores que preservam as relações de poder, desvelando processos de acúmulo ou distribuição de capitais passíveis de promover ou inibir a participação, a análise das condições favoráveis à participação nos leva a analisar as forças que tensionam a realização das mudanças assimétricas na relação de poder.

Para Touraine (16) “a democracia está vinculada diretamente com o sujeito e não é apenas a materialização de um conjunto de garantias institucionais e formais, mas também a luta dos sujeitos, na sua cultura e sua liberdade, contra a lógica dominadora dos sistemas sociais.” Dessa maneira, a democracia deve tratar de seguir dois caminhos: por um lado, criar espaços para a participação cada vez mais perceptíveis e, por outro lado, garantir o respeito às diferenças individuais e ao pluralismo.

As categorias de sujeitos que se manifestam nos movimentos sociais definem-se cada vez mais por uma origem ou pertencimento cultural. Considerando-se o sujeito na percepção de Touraine (16), que “não é o indivíduo (no sentido liberal do termo), pois “ser sujeito” significa ter a vontade de ser ator, isto é, atuar e modificar seu meio social mais do que ser determinado por ele.”

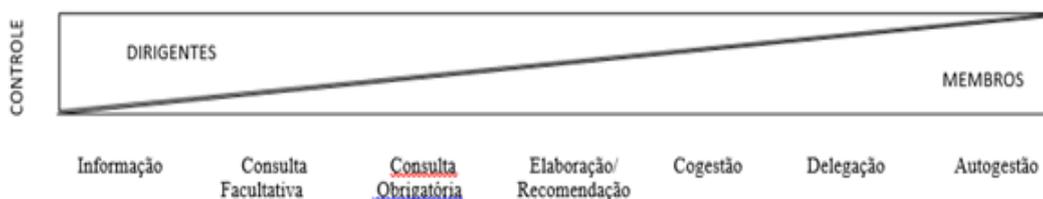
No que tange às redes de comunicação, participar é querer ser levado em conta na forma em que se tomam decisões, na determinação de quem toma as decisões; participar

também é querer ter informação sobre as decisões tomadas; até opor-se e resistir a uma decisão tomada é uma forma de participação. O que não se constitui como participação nesse terreno é obedecer às decisões já tomadas; estes são atos de submissão política, que podem constituir uma virtude ou uma responsabilidade política, mas não um ato de participação, posto que não tem a intenção de influenciar a tomada de decisões (17).

A noção de participação pode encerrar um sentido forte ou um sentido fraco (Diani, 1996). O sentido forte diz respeito às formas e processos que levam ao engajamento ou envolvimento militante e que podem impactar decisões que afetam a vida de indivíduos, grupos e instituições. O sentido fraco da participação pode ser associado a formas atenuadas de envolvimento que nem de longe criam engajamentos militantes ou interferem em processos decisórios significativos capazes de afetar a vida de indivíduos, grupos ou instituições. É comum que essas formas atenuadas de participação adquiram um caráter pedagógico e de elogio ao processo participativo por si só e independente de sua real capacidade ou intenção de alterar processos decisórios (4)

Para Bordenave (18) esse engajamento que impacta decisões alcança graus que perpassam: informação, consulta facultativa, consulta obrigatória, elaboração/recomendação, cogestão, delegação e auto-gestão. A autonomia do cidadão aparece apenas a partir da delegação – que acontece apenas em alguns campos, antes reservados para administradores. A participação comunitária é a melhor preparação para a participação como cidadãos em nível global (18).

Figura 1. Graus de Participação (Bordenave, JED, 1983, p. 31)



Já os níveis de participação conforme importância de decisão (18) são divididos em seis passos: formulação da doutrina e da política da Instituição; determinação de objetivos e estabelecimentos de estratégias; elaboração de planos, programas e projetos; alocação de

recursos e administração de operações; execução das ações; e avaliação dos resultados.

A noção de participação perpassa assim, níveis que vão da colaboração, em que as pessoas “voluntariamente, ou como resultado de alguma persuasão ou incentivo, concordam em colaborar com um projeto de desenvolvimento determinado externamente, freqüentemente contribuindo com seu trabalho e outros recursos em troca de algum benefício esperado (19)”, ao empoderamento, sendo considerada uma ferramenta por meio da qual as comunidades locais assumem a responsabilidade de diagnosticar e trabalhar para resolver seus próprios problemas de saúde e desenvolvimento, ou seja, a “participação como um fim, (onde a comunidade ou grupo estabelece um processo para controlar seu próprio desenvolvimento) (Wright *apud* Morgan, 20).”

As decisões, importantes em qualquer grupo, podem ter amplas consequências ou pouca importância e se relacionam com o grau de participação de cada indivíduo ou grupo. E nesse sentido, conforme as discussões dos autores apresentados, a participação social se mescla com a participação política uma vez que há relação de poder e o objetivo é o impacto no campo social. Conforme Marx, a sociedade está estruturada em classes sociais e as relações entre as classes são relações de luta. (Cancili *apud* Mendes, 15).

Nem todos possuem o mesmo poder para definir qual é a cultura legítima, poder que não está dissociado do capital simbólico de que dispõem os agentes que competem entre si. Embora diferenciado, este microcosmo conecta-se às estruturas do conjunto do mundo social e seus conflitos (Altamirano *apud* Mendes, 15).

Com o avanço na conceituação de empoderamento e participação social, a influência na situação de saúde a partir de decisões políticas externas ao setor promovem saúde através da descentralização do poder às comunidades locais (20).

Para além da saúde, a participação social perpassa diferentes *locus*, entre eles a escola, local de construção da cidadania e do saber, com seus inúmeros atores sociais, que ao mesmo tempo são estudantes, profissionais da educação e famílias, citando-se em linhas gerais

os principais grupos que circulam nesse território. Esses atores sociais são indivíduos que, em sua integralidade, carregam seus anseios, projetos, e diversas questões que podem afetar suas escolhas de vida e, por consequência, a trajetória escolar – no caso a permanência e conclusão dos estudos básicos (educação básica) ou desistência dos estudos.

A escola molda nossos horizontes de perspectivas a partir da disciplina que ainda é intrínseca deste *locus* e participar implica, também, romper com esse estado.

Especificamente no âmbito do setor saúde, um conceito disseminado por Campos (6, 22, 23) tem ganhado força quando se discute a participação social: a cogestão. A cogestão implica em compartilhamento de poder, constituição de uma rede em que os diferentes espaços se convertem em instâncias de poder relativo, sujeitos a essas pressões, mas não inteiramente determinados por elas.

Incide diretamente na relação hierárquica que caracteriza historicamente a assistência à saúde, enfatizando a potencialidade produtiva e emancipatória da participação dos sujeitos, inclusive na definição das necessidades sociais a que os serviços, e em última instância, as políticas de saúde devem responder (23).

O papel do cidadão no processo político é visível a partir do fortalecimento de entidades locais, organizações não-governamentais (ONGs), associações de moradores e organizações voluntárias, entre outras. A guinada para o revigoração desse poder local tem possibilitado uma ingerência maior dos cidadãos na política. E nesse sentido, tem emergido recentemente como dimensão de valorização do cidadão, relacionando-se à possibilidade de empoderamento dos cidadãos por meio do capital social, o qual se refere ao envolvimento dos indivíduos em atividades coletivas que geram benefícios em um espectro mais amplo (5).

Então como apoiar cidadãos críticos e orientados para uma participação política maior num cenário de redemocratização? Conforme Baquero (5), esse parece um dos principais desafios da ciência política já que se verifica que na prática o que observa é uma situação de apatia e um senso de impotência para resolver as coisas.

Assim, a participação política está contida na participação social uma vez que o capital social enfatiza a importância da promoção e o fortalecimento da solidariedade (5).

Para Melucci (24, 25):

o desenvolvimento capitalista não pode mais ser assegurado pelo simples controle da força de trabalho e pela transformação dos recursos naturais para o mercado. Ele requer uma intervenção crescente nas relações sociais, nos sistemas simbólicos, na identidade individual e nas necessidades. As sociedades complexas não têm mais uma base "econômica", elas produzem por uma integração crescente das estruturas econômicas, políticas e culturais.

A participação pode ser aprendida e aperfeiçoada pela prática e reflexão (18). A qualidade e intensidade da participação se amplia à medida que as pessoas buscam conhecer suas realidades, refletem, manejam conflitos, respeitam opiniões, organizam e coordenam encontros, já que a participação é uma vivência coletiva e não individual.

2. 2 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, define a saúde, de forma ampliada, como universal, sendo um direito de todos e dever do Estado, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS): “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.”

A instituição de um sistema único, com acesso universal, integral e equânime, impacta em atendimento à toda a população, garantindo uma assistência à saúde para além da prática curativa, em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito em seu contexto social, familiar e cultural, oferecendo mais a quem mais precisa.

O SUS foi uma conquista alavancada pelo Movimento Sanitarista, que já atuava na lógica participativa e de mudança no entendimento de saúde como prática meramente preventiva e hierarquizada para uma lógica menos culpabilizadora e mais de bem-estar social.

Foi a partir da Lei Orgânica 8.142, de 28/12/1990, que juntamente com a Lei nº 8.080/90 operacionalizam o SUS, que a participação da comunidade é oficializada como necessária para a gestão do SUS. Apreende-se aqui que participação da comunidade é a participação social como vertente do protagonismo individual no microcosmo político (26).

Na gestão descentralizada e democrática do SUS, essa participação é dada por meio dos Conselhos, que são “órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas. Por meio desses conselhos, a comunidade (com seus representantes) participa da gestão pública (27).”

Esses Conselhos atuam diretamente nos territórios. Território esse que, para a saúde pública abarca uma discussão que vai além das relações de poder que se estabelecem entre os grupos sociais e destes com a natureza que ali vivem geograficamente (28), mas que é determinado pelas diferentes funções espaciais ou pelos diferentes usos espaciais, não sendo possível entendê-lo ignorando as relações políticas e econômicas que se estabelecem no modelo capitalista de produção (29), ou seja, a participação social, que mobiliza as pessoas a se mobilizarem para a construção da autonomia, se faz intrínseca a ele.

Já Bourdieu (30) traz uma discussão de território no que diz respeito ao espaço social global, o campo, que o pensador considera como um microcosmo autônomo intrínseco ao macrocosmo social, assim, em seus espaços de articulação, o indivíduo problematiza e reflete suas ideias para junto com o coletivo – participação social – convocar propostas. Como participação é multidimensional e ocorre em diversos níveis, é uma relação em processo contínuo no tensionamento de forças e interesses entre atores e coletivos e sujeitos. Em um campo uma dinâmica própria pode permitir que ali as coisas ocorram de modo muito específico dentro do contexto macro- do estado e internacional.

Porém, observa-se que esse movimento de problematização e mobilização para questões políticas a partir da saúde, que tomou corpo com o Movimento Sanitarista, é mais do

campo da saúde do que de outro setor. Na literatura não se encontra produção tão profícua sobre participação no campo da assistência social ou da educação. Isso porque nenhum outro setor passou por uma ressignificação tão latente quanto a saúde, já que o desafio exigia um outro olhar sobre o processo saúde-doença, a prática médica, as políticas de saúde, o planejamento e a formação de recursos humanos (31).

Embora não seja objeto deste estudo problematizar os fatores que promoveram esta situação na saúde, é notória a liderança e protagonismo deste setor na construção de um modelo de gestão mais democrático. Tanto assim que em 2009 foi publicada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), que ampara a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade em espaços públicos e coletivos para a prática do diálogo com profissionais de saúde, gestores e a comunidade, visando à construção de um conhecimento compartilhado sobre a saúde (32). Entre os princípios da ParticipaSUS está a reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária, como a participação social e a valorização dos diferentes mecanismos de controle social nos processos de gestão do SUS.

Os inúmeros significados atribuídos à 'participação social na saúde', também chamada de 'participação popular', 'participação comunitária' e 'envolvimento comunitário', permitiu que essa participação fosse “analisada como um símbolo político capaz de ser simultaneamente empregado por uma variedade de atores para promover objetivos conflitantes, precisamente porque significa coisas diferentes para pessoas diferentes (20).”

2.3 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA EDUCAÇÃO

A Constituição Federal (33), em seu artigo 205, estabelece que a educação é “direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa para o exercício da cidadania e sua

qualificação para o trabalho.”

Assim, no âmbito da educação a CF de 1988 (33) determina a responsabilidade federativa em regime de cooperação: na organização de seus sistemas de ensino, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios definirão formas de colaboração, de modo a assegurar a universalização do ensino obrigatório. Define, também, a responsabilidade de cada ente federado: a União organizará o sistema federal de ensino e o dos territórios, financiará as instituições de ensino públicas federais e exercerá, em matéria educacional, função supletiva e redistributiva - a fim de garantir equalização de oportunidades e padrão mínimo de qualidade de ensino. Além disso, a CF aponta a gestão democrática como um dos princípios para a educação brasileira.

A educação é um processo contínuo que orienta e conduz o indivíduo a novas descobertas a fim de tomar suas próprias decisões, dentro de suas capacidades, e também envolve uma sensibilização cultural e de comportamento, onde as novas gerações adquirem as formas de se estar na vida das gerações anteriores. É um processo de socialização dos indivíduos (34).

A organização do Sistema Educacional Brasileiro se dá por meio dos sistemas de ensino da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A Constituição Federal de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), instituída pela lei nº 9394, de 1996 (34), normativa que disciplina a organização escolar, são as leis que regem o sistema educacional brasileiro em vigor.

Conforme o Art. 2º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (34): “a educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.”

Após sua publicação em 1996, a LDB sofreu algumas alterações. Em 2013, a redação ampliou a obrigatoriedade, gratuidade e responsabilidade estatal para todos os níveis da educação básica, antes assegurados apenas para o nível fundamental (35).

Essa ampliação implica em abranger todas essas etapas também na exigência de um currículo com base nacional comum, que já estava previsto na primeira versão da LDB e no Plano Nacional da Educação para os ensinos fundamental e médio. No ano de 2017 novas mudanças foram feitas, no sentido de se determinar as condutas que devem trazer uniformidade à educação brasileira e a discussão sobre a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) se intensificou (36).

A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) é um documento de caráter normativo que define o conjunto orgânico e progressivo de aprendizagens essenciais que todos os alunos devem desenvolver ao longo das etapas e modalidades da Educação Básica, de modo a que tenham assegurados seus direitos de aprendizagem e desenvolvimento, em conformidade com o que preceitua o Plano Nacional de Educação (PNE). Este documento normativo aplica-se exclusivamente à educação escolar, tal como a define o § 1º do Artigo 1º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, Lei nº 9.394/1996)¹, e está orientado pelos princípios éticos, políticos e estéticos que visam à formação humana integral e à construção de uma sociedade justa, democrática e inclusiva, como fundamentado nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica (DCN) (35).

Segundo a BNCC (35), ao final da Educação Básica o estudante deverá ser capaz de mobilizar conhecimentos, atitudes e valores condensados em dez Competências Gerais que são comuns a todos os currículos em nível nacional e que estão, em dada medida, alinhadas à Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável da Organização das Nações Unidas e à Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS).

Além da LDB, o sistema educacional brasileiro conta com o Plano Nacional de Educação (PNE), Lei nº 13.005/2014, que é um instrumento de planejamento que orienta a execução e o aprimoramento de políticas públicas do setor. Estão definidos os objetivos e metas para o ensino em todos os níveis – infantil, básico e superior – a serem executados nos próximos

dez anos (36).

A luta atual da educação vai além da garantia de acesso ao ensino público e de qualidade. Nessa perspectiva, os conselhos de educação passam a ser entendidos como uma estratégia de democratização das ações do Estado na área (36).

Os artigos 14 da LDB e o 22 do PNE informam que os sistemas de ensino definirão as normas da gestão democrática do ensino público obedecendo aos princípios da participação dos profissionais da educação na elaboração do projeto pedagógico da escola e a participação das comunidades escolares e locais em conselhos escolares.

Na escola, destacam-se os seguintes possíveis mecanismos de participação: conselho escolar, o conselho de classe, a associação de pais e mestres e o grêmio escolar.

2.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Ao longo do século XX a discussão de saúde para além da ausência de doença, nas lógicas higienista e biológica, ganha força ao se fortalecer o entendimento de que o completo bem-estar da população inclui o indivíduo e a comunidade, o envolvimento multissetorial e as ações locais, regionais e nacionais (37).

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, já trazia a saúde como sendo bem mais que ausência de doença. Ela é um completo bem-estar físico, mental e social que necessita do envolvimento de diversos setores, para além do setor saúde, e que tem na atenção primária o centro para sua execução. A importância da participação popular também foi destacada (38).

A concepção de Promoção da Saúde tem como referencial I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa/Canadá em 1986, quando na Carta resultante da Conferência foi definida como (39):

processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar

aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

No mesmo ano em que foi realizada a Conferência de Ottawa, aconteceu no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que discute o conceito de saúde como um direito resultante/influenciado por diversas ações/setores (40), o que seria posteriormente chamado de Determinantes Sociais de Saúde (DSS)³, convergindo com o conceito definido na I Conferência Internacional e destacando, dentre outros, os princípios da integralidade e da participação social na construção de um Sistema Único.

Assim, dentre os elementos formadores do SUS a Promoção da Saúde surge como uma junção dos diversos determinantes da saúde, sendo mais efetivamente incorporada a partir da Lei nº 8.080/90 (37). Ao se descrever na constituição do SUS os princípios que regem a saúde, dentre eles o princípio da integralidade (promoção, proteção e recuperação), caminhava-se para o entendimento de Promoção da Saúde como um dos pilares da saúde no Brasil (41).

A promoção da saúde passa a ser vista como uma tarefa dos governos, das instituições e grupos comunitários, dos serviços e profissionais de saúde. A reorganização dos serviços é colocada como uma das estratégias para viabilizar ações de promoção da saúde, assim como as mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais são requisitos para que as necessidades do indivíduo sejam vistas de uma forma integral. Em todas essas estratégias, a educação em saúde torna-se uma ação fundamental para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde (42).

Como decorrência da evolução do SUS e do fortalecimento do debate da Promoção da Saúde no Brasil, em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) pela Comissão Intergestores Tripartite (21,43). Apresentam-se, portanto, como princípios da Política, a autonomia, a equidade, a territorialidade, a participação social, a sustentabilidade, a integralidade, a intersetorialidade e o empoderamento. A primeira versão da política foi

³ Os aspectos socioculturais e comerciais, que abrangem os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), dizem respeito às condições de vida do indivíduo e estão intrinsecamente associadas ao modo como a saúde é entendida por cada um.

publicada na Portaria GM/MS nº 687 de 30 de março de 2006, incorporando essa agenda nos Planos de Saúde e na gestão do SUS e envolvendo muitas das políticas já estabelecidas (37).

A atual Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) define como a Promoção da Saúde (PS) é (21) “um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social”.

A promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Assim, para melhorar as condições de saúde de uma população, são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos no interior dessas sociedades e intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas. Ou seja, para que uma sociedade conquise saúde para todos os seus integrantes, é necessária ação intersetorial e políticas públicas saudáveis (43).

O conceito de promoção deve ser relacionado com o de fortalecimento da capacidade individual e coletiva de lidar com a diversidade dos condicionantes da saúde. A promoção vai além de questões técnicas e normativas e destaca a importância do fortalecimento da saúde, por meio da construção de capacidade de escolha e do uso do conhecimento (44).

A produção de saúde bem como o entendimento de saúde reflete o contexto político, com impacto sobre as escolhas, que podem refletir o imaginário. Por isso a promoção da saúde é uma mudança polissêmica e deve estar na agenda dos governos (45).

No campo individual, a adoção de estilo de vida saudável vai na contramão dos hábitos de vida, que trata da apreensão do conhecimento e é o componente da PS que deve entrar na prática do cuidado. A partir do momento em que a saúde é compreendida como produto da vida cotidiana e abrange aspectos socioculturais e comerciais, ligados às condições de vida, distanciando-se do enfoque com ênfase exclusiva nos fatores e nas características biológicas, reafirma a importância do debate intersetorial em outros espaços, como a escola (46), para construção de cenários mais favoráveis à vida com qualidade.

2.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS

Os setores saúde e educação são notadamente os principais parceiros do processo de promoção de saúde. As unidades de saúde e as escolas são vistas como espaços que contribuem para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e diferentes maneiras de conhecer o mundo. A construção de responsabilidade compartilhada entre as equipes das escolas e das unidades de saúde é considerada uma estratégia privilegiada para a promoção da saúde e da qualidade de vida.

Também, juntamente com a família, são grandes protagonistas na tarefa do cuidar e no processo de desenvolvimento da criatividade, da curiosidade, no fortalecimento da autoestima de crianças, adolescentes, jovens e adultos. Contribuem ainda, na formação da identidade, na capacidade de amar, de respeitar a diversidade e na prevenção de acidentes e violência. São atores fundamentais no processo de construção de relações que promovem o respeito aos direitos humanos e a cidadania.

Conforme Bordenave (18), a escola da atualidade está buscando ser mais participativa em dois sentidos, o da participação da comunidade na escola e o da participação da escola na comunidade, constituindo-se “um laboratório vivo, onde os futuros cidadãos aprendem a difícil arte da convivência democrática.”

A escola assume papel de importância relevante, uma vez que constitui parceria intersetorial para essas ações e revela-se, há muito tempo, como um espaço estratégico para execução de ações de promoção da saúde. Por ser um dispositivo social que pode ser utilizado como cenário e instrumento da educação em saúde, contribui para a formação de opiniões de crianças, adolescentes e de suas famílias e, conseqüentemente, colabora para formar cidadãos conscientes e responsáveis por suas escolhas e comportamentos (22).

Nas escolas as questões referentes à saúde “surgem nas salas de aula com diferentes representações, por professores, alunos, familiares, expressando preocupações com melhores

condições de saúde e qualidade de vida (...) questões relacionadas à educação e não problematizadas ou resolvidas pela escola, parecem ter como única alternativa os serviços de saúde (46).”

Historicamente, foi reconhecida a diversidade de estratégias voltadas para inserção da saúde como uma questão para a escola: por um lado, modelos que visam à domesticação de condutas e comportamentos de alunos, e por outro, práticas educativas, relacionadas à educação popular de estímulo à capacidade crítica e autônoma dos sujeitos e exercício de controle das suas condições de saúde e vida em sintonia com os princípios da promoção da saúde (46).

Na perspectiva de Schall (47) que vivenciou o cotidiano escolar realizando observações sistemáticas e/ou ocasionais, a educação em saúde se caracterizava por imposição de hábitos e transmissão de conhecimentos por parte dos professores, com foco nas causas e efeitos biológicos, desconsiderando os aspectos sócio-histórico-culturais (13), ou seja, os determinantes sociais da saúde não eram incorporados.

Em 1986, três anos antes da redemocratização do país, e ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Schall (47) afirmou que os altos índices de evasão escolar comprovaram a democratização do acesso à escola, mas não a democratização da escola, ocasionando a acentuação e legitimação das desigualdades sociais. Ou seja, a perspectiva higienista ainda permeava o território escolar como alternativa para contenção dessa ausência e/ou baixo rendimento em sala de aula.

O recente artigo de Silva e Bodstein (46) levanta um referencial teórico sobre as práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola, apresentando quatro fases do desenvolvimento da saúde escolar no Brasil:

1. Modelo Higienista e Disciplinar: quando os problemas sociais, como de urbanização, transporte, saneamento e higiene favoreciam o aparecimento e a propagação de doenças como varíola, febre amarela, tuberculose e cólera; responsabilizava a população pela situação de miséria e tinha como objeto a preocupação com o corpo sadio - introduzida nas

aulas de educação física nas escolas públicas. Esse modelo pretendia, com intervenções sanitárias nas escolas públicas, (re) ajustar escolares e professores a comportamentos saudáveis, para evitar adoecimento e conduta fora de padrões morais definidos pelo Estado.

2. O discurso dos especialistas da Saúde e sua influência na educação: partindo-se da culpabilização do indivíduo, os programas existentes que abordavam a saúde do escolar, diagnosticavam e tratavam eventuais problemas de aprendizagem e de repetência dos alunos, reforçaram os aspectos e os diagnósticos neurológicos, psiquiátricos e psicológicos.

A conjuntura desenvolvimentista dos anos 50, com altos índices de repetência e baixo desempenho dos escolares, inspirou propostas de “biologização” e “naturalização” de questões relacionadas à aprendizagem escolar. A resposta do setor saúde à repetência e à evasão escolar para tentar equivocadamente resolvê-las foi criar os exames clínicos no espaço escolar, visando aumentar desempenho e minimizar dificuldades na aprendizagem dos alunos, o que era diagnosticado e rotulado pelas autoridades como “fracasso escolar”. Assim, programas de saúde na escola passaram a ser vistos como proposta importante voltada para promover a “boa aprendizagem” entre os escolares

3. Especialidades Médicas no espaço escolar: seguindo o caminho de propostas assistencialistas e terapêuticas, entendidos pela Educação como necessárias para ajustar as consequências das más condições de saúde dos estudantes, as especialidades médicas atuavam nas escolas a fim de identificar os problemas que pudessem ser os responsáveis pela repetência e evasão escolar. Essa fase começou a ser vencida a partir de conferências internacionais que discutiam a atenção primária em saúde.

4. Novas abordagens a partir da promoção da saúde: A Conferência Internacional de Promoção da Saúde e 8ª Conferência Nacional de Saúde deram novos referenciais para o conceito de saúde, valorizando qualidade de vida e direitos de cidadania. No modelo EPS, a atuação proposta em saúde na escola foi a da promoção, com participação e construção coletiva, no exercício de empoderamento da comunidade e autonomia dos sujeitos, que com habilidades teriam mais saúde e qualidade de vida.

A intersetorialidade e a participação são pilares para uma política que considera os atores envolvidos como protagonistas na transformação individual e do meio em que atuam. Ao considerar o capital simbólico, social e cultural (13,14) a partir de Bourdieu, a PS entende o envolvimento das pessoas e seus saberes na discussão de estilos de vida saudáveis, quando incorpora aos DSS o conhecimento simbólico para além dos diplomas educacionais (11).

Essa transformação no qual o sujeito é protagonista, ou seja, conforme Touraine (4), tem vontade de atuar e modificar seu meio social mais do que ser determinado por ele, acontece num espaço que não necessariamente é o espaço geográfico. Conforme Milton Santos (29) não é possível entender o território ignorando as relações políticas e econômicas que se estabelecem no modelo capitalista de produção.

Esse entendimento é importante para se pensar na escola como espaço estratégico para formar cidadãos conscientes e responsáveis por suas escolhas e comportamentos, sendo dispositivo primordial para as ações de promoção da saúde.

2.6 OS JOVENS E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 48) define adolescência como o período da vida que começa aos 10 (dez) anos e termina aos 19 (dezenove) anos completos. Para a OMS, a adolescência é dividida em três fases: pré-adolescência, que vai dos 10 (dez) aos 14 anos (catorze), adolescência, dos 15 (quinze) aos 19 (dezenove) anos completos e juventude, dos 15 (quinze) aos 24 (vinte e quatro) anos.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁴ considera a adolescência, a faixa etária dos 12 (doze) até os 18 (dezoito) anos de idade completos, sendo referência, desde 1990, para criação de leis e programas que asseguram os direitos desta população.

Ainda, de acordo com o Estatuto da Juventude, Lei nº12.852/2013 (50), são

⁴ Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (49)

consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos de idade, aplicando-se o ECA aos adolescentes com idade entre 15 (quinze) e 18 (dezoito) anos.

A definição de adolescência e juventude é um tanto complexa quando se compreende que não há uma unicidade. A questão central que se coloca à sociologia da juventude é a de (51) “explorar não apenas as possíveis ou relativas similaridades entre jovens ou grupos sociais de jovens (em termos de situações, expectativas, aspirações, consumos culturais, por exemplo), mas também —e principalmente— as diferenças sociais que entre eles existem.”

Assim, retomando Bourdieu como referencial na discussão sobre as disputas de forças, no caso da juventude e a disputa intergeracional, os jovens são uma categoria manipulável e manipulada. Para o Estado são um grupo que têm interesses comuns não sendo observadas as especificidades sociais, culturais, econômicas (51):

não se vê como possam englobar-se numa mesma geração e, por conseguinte, num mesmo grupo, indivíduos que, apesar de coetâneos e portadores do sentimento comum de se encontrarem em presença de outras gerações na sociedade, se identificam a si mesmos como pertencendo, por exemplo, a classes sociais, grupos ideológicos ou grupos profissionais diferentes.

No entanto, como a velocidade das mudanças que ocorrem nas esferas da produção e reprodução da vida social é característica da sociedade contemporânea, os jovens são atores-chave desses processos e interagem com eles algumas vezes como protagonistas e beneficiários das mudanças e por outras vezes sofrem os prejuízos de processos de “modernização”, produtores de novas contradições e desigualdades sociais (4).

No contexto das desigualdades sociais da sociedade brasileira, compreender como e porquê os jovens brasileiros participam da construção e da decisão societárias põe em questão a forma como cada um reconhece-se como integrante desse conjunto tão desigual e como se vê implicado nos seus destinos (10).

O sentimento de pertencimento à coletividade depende do reconhecimento e da ação que move cada indivíduo na construção dos laços sociais. “Pertencimento e

responsabilização imbricam-se e constituem aspectos subjetivos primordiais no processo de assumir-se como membro de uma sociedade, seja ela qual for (10).”

Assim, a participação e o empoderamento estão diretamente ligados ao exercício da cidadania e dos direitos humanos, bem como ao reconhecimento de si na dimensão social. Reconhecimento este que impulsiona o indivíduo a atuar nos espaços sociais.

Numa perspectiva subjetiva, a participação denota a maneira como cada indivíduo busca “vincular-se à coletividade e lançar-se em espaços de discurso e de ação no intuito de afirmarem-se como seus membros (10).”

Na perspectiva dos capitais cultural, social e simbólico e mesmo na Teoria do Campo de Bourdieu, as identidades histórica e cultural orientam a construção do vínculo social que está dentro do macrocosmo social e que se relacionam com as condições individuais de história e de cultura na estruturação da experiência subjetiva.

De acordo com pesquisa realizada na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, com uma amostra de 1000 jovens na faixa etária de 15 a 24 anos, observou-se que o caminho da participação política mais organizada pertence ao mundo adulto e, mais ainda, a um determinado tipo de engajamento político mais tradicional, reduzindo a participação política a uma ação reivindicativa junto às instituições constituídas como a Câmara Municipal, os vereadores ou administração municipal (52).

Os espaços e estímulos ao exercício e aprendizagem da participação, bem como a relação que os jovens têm com o tempo são variáveis que interferem no seu envolvimento efetivo nas instâncias sociais e políticas. Afirma também que, apesar das condições adversas, a escola pública ainda pode ser considerada como um espaço de realização de atividades coletivas para a juventude pobre possibilitando algum nível de participação juvenil a partir da condição social (52).

Nesse sentido vale considerar a expressão “protagonismo juvenil”, cujo enfoque é a participação ativa dos jovens, e que assume a ideia de centralidade em programas de promoção da saúde de adolescentes e jovens (38). O protagonismo juvenil, vinculado à noção de “empoderamento” dos jovens, foi ganhando importância no discurso dos organismos multilaterais e de cooperação internacional, tendo sido desenvolvido por educadores que trabalham com jovens que vivem em espaços populares na América Latina (40).

A palavra protagonismo vem do grego *proto* que significa “o primeiro” e *agon* que significa luta, sendo assim, protagonista é o lutador, o personagem principal. Nas novelas ou peças teatrais, protagonista é o personagem mais importante e de onde parte o enredo da história. Para o dicionário Aurélio, protagonista é aquele que *desempenha ou ocupa o primeiro lugar num acontecimento* (24).

No entanto, o termo “protagonismo” pode ser genérico tendo em vista sociedades também genéricas e abstratas, uma vez que essa abordagem “pode levar a simplificações e idealizações tanto das ações quanto dos sujeitos que as desenvolvem. (...) o risco de que suas práticas assumam caráter mais adaptativo do que problematizador, despolitizando o olhar sobre as determinações da pobreza e sua manutenção” (53).

Assim, por se tratar de expressão incorporada por Organismos Internacionais no início dos anos 2000 mundialmente e no Brasil, um pouco antes desse período, por instituições do terceiro setor (como a Fundação Odebrecht), e ainda por não ser unanimidade entre autores e organizações (8), este trabalho irá adotar o termo “participação juvenil” para abordar o processo no qual o adolescente e o jovem participam socialmente das políticas públicas.

O distanciamento dos jovens das formas tradicionais de política, em contrapartida à atenção voltada para as questões sociais transmitidas pela TV, redes sociais, famílias e outros grupos dos quais fazem parte, tem na escola, espaço de formação para a cidadania, um território prioritário para criar sustentabilidade e mudanças significativas na promoção do direito de

participação da juventude (40).

Há que se considerar que a escola ainda

prioriza a preparação dos jovens para o mercado de trabalho, baseada na necessidade de geração de capital humano. Neste sentido, não gera alternativas para a inclusão da maioria dos jovens em novos espaços democráticos, que poderiam criar alternativas de cooperação e confiança mútuas para solução dos problemas das comunidades (...) (40).

Em artigo elaborado por Weller (54) sobre a construção da identidade negra em grupos juvenis em São Paulo, observou que esses, jovens “estão fortemente constituídos em torno de práticas culturais e de lazer, convertem-se por outro lado em redes de articulação das experiências cotidianas, elaborando orientações coletivas de vida e formas de enfrentar as diferentes experiências de marginalização e discriminação.”

Por isso a importância das primeiras experiências formativas têm influência decisiva na vida adulta, favorecendo o aprendizado participativo e cooperativo (40). E muitas dessas experiências se iniciam na comunidade escolar.

A distância na percepção de professores/as e alunos/as e a maior proximidade dos jovens com a política sugerem o quanto a participação ativa dos jovens é importante. Porém, questiona-se “a implantação de políticas alicerçadas no uso de manuais e folhetos informativos, se esses nem sempre são apropriados pelos profissionais e, sobretudo, sem um trabalho local participativo e de sensibilização para implantação das ações (55).” Ou seja, a política pensada para os adolescentes e jovens não os envolve na política. Essa relação antagônica é orientada por uma visão adultocêntrica, ou seja, centrada na perspectiva do indivíduo adulto saber o que é melhor para o adolescente e jovem.

A abrangência e complexidade dos desafios a serem enfrentados vêm mostrando um novo caminho: o da articulação de políticas para valorizar as contribuições setoriais possíveis e necessárias, assim como a participação da sociedade civil, de forma que esse

amalgama de capacidades, recursos e responsabilidades possa produzir transformações mais efetivas nas condições geradoras de vulnerabilidade das populações jovens (56).

No âmbito das políticas públicas, Bressan (9) tem o entendimento de que o fortalecimento da participação juvenil na gestão dos projetos e programas pode garantir alguma sustentabilidade aos mesmos, que muitas vezes se enfraquecem, ou até mesmo desaparecem, nas transições de governos (9).

2.7 INICIATIVAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS APÓS A REDEMOCRATIZAÇÃO DO BRASIL

Com a ampliação das concepções teóricas da saúde e da educação no final do século XX, as práticas de saúde na escola ganharam novos desenhos.

A saúde passou a ser entendida a partir da complexidade de seus determinantes e condicionantes sociais, e a escola apresentou-se não mais como um local de transmissão de informações, mas como um espaço ideal para processos de ensino/aprendizagem com a participação ativa dos estudantes e apropriação cultural, caracterizando a Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde (57).

As Escolas Promotoras de Saúde, surgidas no final dos anos 90 a partir do movimento da Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde (IREPS⁵) que propunha articulação entre saúde e educação com base nos princípios da Promoção da Saúde (41), impulsionou a discussão de programas de saúde do escolar no Brasil, entre eles o projeto Saúde e Prevenção na Escola (SPE), de 2003.

No contexto de implementação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), as temáticas do SPE se encaixavam nos conteúdos de promoção de direitos sexuais e direitos reprodutivos; a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis HIV/AIDS e da gravidez

⁵ IREPS antecipou a discussão sobre promoção da saúde no Brasil, que resultou na publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, pelo Ministério da Saúde (23).

indesejada entre adolescentes e jovens escolares.

O SPE foi pensado de forma intersetorial e extra governamental, quando os Ministérios da Saúde e da Educação em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, à Ciência e a Cultura (UNESCO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) definiram uma proposta na perspectiva de transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem adolescentes e jovens à infecção pelo HIV e à aids, a outras doenças de transmissão sexual e à gravidez não-planejada (56).

Outro aspecto fundamental do projeto

é o incentivo à articulação entre as diferentes instâncias governamentais e as organizações da sociedade civil, reconhecendo-se o sujeito integral como foco das diversas políticas públicas. A integração intersetorial e com a sociedade civil, em todas as fases de implantação do projeto desde o seu planejamento, é requisito básico para a sua efetivação.

Para fazer parte do SPE o município deveria constituir um Grupo Gestor Municipal (GGM), com representantes da saúde, da educação e outras secretarias e instituições que desenvolvem atividades com a população adolescente e jovem, bem como as organizações juvenis (56).

Este Grupo deveria:

Realizar análise situacional da realidade epidemiológica e das ações relacionadas à prevenção das DST e da aids e à promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, planejadas e/ou realizadas nas escolas do município. A partir da análise situacional, serão evidenciados o histórico e as experiências acumuladas, as práticas em andamento, assim como a existência de demandas não atendidas. Esse instrumento também poderá ser utilizado para a mobilização dos diversos atores que deverão compor o grupo de trabalho que implementará o projeto e Elaborar Plano de Ação (56).

O SPE não repassava recursos específicos para o seu desenvolvimento. Os municípios eram orientados a apresentar o Plano de Ação às Comissões e Câmaras Locais a fim

de garantir alguma verba do Plano de Ações e Metas (PAM) da Aids , por isso os Planos de Ação não eram submetidos à aprovação da Gestão Federal, que era responsável por (56):

1 - Coordenar o projeto SPE em âmbito nacional. 2 - Apoiar a constituição dos Grupos Gestores Estaduais. 3 - Favorecer a articulação entre gestores nos níveis estadual e municipal. 4 - Assegurar a consolidação dos eixos de formação nas temáticas prioritárias para a implantação e a implementação do Projeto. 5 - Apoiar os sistemas de educação, os sistemas de saúde e as organizações da sociedade civil na formação continuada de seus profissionais. 6 - Produzir, reproduzir, referenciar e distribuir materiais de consulta, em articulação com os níveis estadual e municipal. 7 - Formular e divulgar indicadores para subsidiar o monitoramento e a avaliação. 8 - Realizar supervisão, monitoramento e avaliação de todo o processo de implantação, implementação e desenvolvimento do SPE, em articulação com os gestores nos níveis estadual e municipal. 9 - Promover articulações em rede (bancos de dados, internet, troca de experiências, eventos).

O foco do SPE era, para além da articulação intra e intersetorial, o protagonismo juvenil por meio da metodologia de educação entre pares. Além das ações de saúde sexual e saúde reprodutiva e prevenção de DST/Aids, as ações também tinham como perspectiva a facilitação do acesso aos preservativos masculino e feminino e/ou a disponibilização de preservativos nas escolas e o envolvimento dos jovens das escolas no Projeto foi estruturante (53).

Também em 2003, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa no Ministério da Saúde (SGEP) cria uma área técnica para tratar de Educação Popular em Saúde, o que fortalece o debate da promoção da saúde e da educação em saúde, a partir da valorização do saber popular (58).

No ano de 2005 os Ministérios da Saúde e da Educação constituem, pela Portaria Interministerial nº 749/05 (59), uma Câmara Intersetorial com o objetivo de discutir diretrizes e elaborar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola.

No ano seguinte, em 2006, no âmbito da saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) corrobora para o fortalecimento da Atenção Primária no país. Criado como Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, em 2006 passa a ser Estratégia justamente de finalidade de ser um

modelo de atenção primária à saúde e centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Essa mudança acontece juntamente com a instituição do Pacto Pela Saúde, que buscou unificar as reformas institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) pactuando entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) a promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS (60,61,62).

Numa linha do tempo que permeia ações e programas que fundamentaram as iniciativas de promoção da saúde, em 2007 ano é lançado o Programa Mais Educação, pela Portaria Interministerial n.º 17/2007. Este Programa integrava as ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) como uma estratégia do Governo Federal para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na perspectiva da Educação Integral. Tratava-se da construção de uma ação intersetorial entre as políticas públicas educacionais e sociais, contribuindo, desse modo, tanto para a diminuição das desigualdades educacionais, quanto para a valorização da diversidade cultural brasileira (63).

O Programa Mais Educação (63):

constitui-se como estratégia do Ministério da Educação para indução da construção da agenda de educação integral nas redes estaduais e municipais de ensino que amplia a jornada escolar nas escolas públicas, para no mínimo 7 horas diárias, por meio de atividades optativas nos macrocampos: acompanhamento pedagógico; educação ambiental; esporte e lazer; direitos humanos em educação; cultura e artes; cultura digital; promoção da saúde; comunicação e uso de mídias; investigação no campo das ciências da natureza e educação econômica.

Em meados de 2008 o Governo do México reuniu 30 Ministros da Saúde e 26 Ministros da Educação de toda a América Latina e do Caribe para preparar um compromisso destinado a assegurar o acesso universal à prevenção do HIV para adolescentes e jovens, bem como prover uma educação integral em sexualidade como estratégia de prevenção contra o HIV. O resultado dessa reunião foi a Declaração Ministerial da Cidade do México “Prevenir com a Educação”, que tinha como objetivo fortalecer os esforços de prevenção por meio da informação e ações intersetoriais na educação integral em sexualidade, incluindo

desenvolvimento/revisão de currículos; maior acesso à informação e serviços; e melhor divulgação ao público em colaboração com a mídia e a sociedade civil (64).

Em 04 de junho de 2008 é instituída, pela Portaria Interministerial nº 675, a CIESE, cuja finalidade foi “estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (65).” participavam da CIESE, além das representações dos Ministérios da Saúde e da Educação, as agências que compunham o SPE.

No entanto, quando ao final de 2007 o Programa Saúde na Escola (PSE) é instituído pelo Decreto Interministerial nº 6.286, de 05/12/2007, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (66), as agências das Nações Unidas perdem o seu protagonismo uma vez que os documentos oficiais não apontam para essa participação.

Entre 2007 e 2012, para aderir ao PSE os municípios deviam enviar ao MS uma Manifestação de Interesse de Adesão ao PSE, (articulada pelos Secretários Municipais de Educação e de Saúde, por meio de ofício e por meio eletrônico, num formulário disponibilizado *online*. A elaboração do Projeto do PSE era de responsabilidade do GTIM e para a aprovação era necessário apresentá-lo ao Conselho Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Educação, quando houvesse (67).

A partir de 2013 estabeleceu-se um elenco de ações essenciais, de pactuação obrigatória pelos municípios, com base nos principais Planos e Projetos de Governo vigentes: Plano Brasil sem Miséria – Ação Brasil Carinhoso; Programa Crack, é possível vencer; Plano Juventude Viva; Plano Nacional de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis; Projeto Olhar Brasil; Programa Brasil Sorridente; Linha de Cuidados para Prevenção e Tratamento do Sobrepeso e da Obesidade; Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos (68).

As ações essenciais contavam para o alcance de metas e recebimento de incentivo financeiro. Já as ações optativas deviam ser pactuadas pelos municípios e tinham relevância na alteração do estado de vulnerabilidade local, porém não são contabilizadas para o recebimento do incentivo financeiro (68).

As ações do Componente I do PSE estavam relacionadas aos indicadores e condições de saúde individuais e são de pactuação obrigatórias: avaliação antropométrica, verificação da situação vacinal, saúde bucal e saúde ocular. As ações de saúde auditiva e desenvolvimento de linguagem são optativas e não contam para o alcance das metas (68).

As ações do Componente II do PSE eram de promoção à saúde e prevenção de agravos. Eram ações essenciais: ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (educação alimentar e nutricional na perspectiva da promoção da alimentação e modos de vida saudável); promoção da cultura de paz e Direitos Humanos; promoção da saúde mental (criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de promoção de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal); Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids e prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas. As ações optativas eram: Promoção de saúde mental (criação de grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiência, com mediação da creche/escola e saúde e criação de grupos entre pares para fomento e estímulo ao protagonismo infanto juvenil a partir de manejo de conflitos no ambiente escolar); prevenção de acidentes; saúde ambiental e práticas corporais e atividade física (68).

O Componente III do PSE preconizava a formação dos profissionais da saúde e de educação para prática da gestão intersetorial do PSE, por meio de ações de formação nos municípios. No entanto, o processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente (68).

Com a universalização do PSE em 2013, todos os municípios do país ficaram aptos a participar do Programa. Todos os tipos de equipes da atenção primária em saúde devem se articular com as equipes das escolas pactuadas para o desenvolvimento de ações de saúde na escola (68).

Em 2017, o PSE foi reestruturado pela Portaria Interministerial nº 1.055, de 25/04/2017 (69) para promover maior adesão dos municípios e do Distrito Federal, com a otimização das ações e o aumento do valor do incentivo financeiro a ser repassado em cada ano do ciclo bienal.

A Portaria nº 1.055, de 25/04/2017, que redefine as regras e critérios para adesão ao PSE, traz como principais pontos de mudança do Programa (70):

O ciclo do PSE passa a ter duração de 24 (vinte e quatro) meses, com abertura para ajustes das informações e do Termo de Compromisso após 12 (doze) meses do início da vigência. No período de ajustes, poderão ser realizadas ações de exclusão e substituição de escolas já pactuadas;

O repasse dos incentivos financeiros de custeio das ações do programa ocorrerá via fundo a fundo, no Piso Variável de Atenção Básica, anualmente e em parcela única, com valor calculado a partir do número de educandos pactuados, e recalculado no segundo ano do ciclo pelo mesmo fator.

A adesão será por escola. O município deverá indicar as escolas de Educação Básica da rede pública que participarão do programa.

Os registros das informações sobre as atividades realizadas no PSE deverão ser efetuados, unicamente, no sistema de informação da Atenção Básica em Saúde.

Todas as equipes de saúde da Atenção Primária estarão automaticamente vinculadas ao PSE no ato da adesão, inclusive as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

Os componentes I, II e III são agora um conjunto de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde que deverão ser desenvolvidas mediante planejamento intersetorial e gestão compartilhada entre a saúde e a educação.

Os indicadores e padrões de avaliação do PSE são publicados em manual técnico disponível na página <http://aps.saude.gov.br/ape/pse>, em Materiais de Apoio – Monitoramento.

As ações do PSE passam a fazer parte de um único bloco de ações. São elas:

1. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
2. Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas;

3. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
4. Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos;
5. Prevenção das violências e dos acidentes;
6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
7. Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
8. Verificação da situação vacinal e ações de imunização;
9. Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
10. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
11. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
12. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de HIV/Aids, Hepatites Virais e outras IST.

A adesão ao PSE é um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre os secretários municipais de saúde e educação com os Ministérios da Saúde e da Educação. Algumas escolas são consideradas prioritárias na adesão, a saber:

- Todas as creches públicas e conveniadas do município;
- Todas as escolas localizadas em área rural;
- As escolas com alunos em medida socioeducativas,
- Escolas que tenham, pelo menos, 50% dos alunos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

A adesão ao PSE acontece por meio do sistema e-Gestor APS, situado na página do Ministério da Saúde (<http://egestorab.saude.gov.br>) e implica na informação de representantes da saúde e da educação, bem como dos respectivos Secretários Municipais, que pactuam as escolas que participarão daquele biênio do Programa (70).

Os municípios que finalizam o processo no sistema por meio do Termo de Compromisso Municipal são homologados em portaria que também repassa o recurso para realização das ações no primeiro ano do ciclo (69).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender em que medida o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e o Programa Saúde na Escola (PSE) incorporam a participação juvenil em seu desenho e implementação.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o contexto de desenvolvimento do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e Programa Saúde na Escola (PSE)
- Analisar as características metodológicas, conceituais e operacionais do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e do Programa Saúde na Escola (PSE) e, em particular, as características que se referem à participação juvenil.
- Conhecer as representações dos gestores participantes do Projeto e Programa sobre participação juvenil e sua importância em ações de promoção da saúde na escola

4. MÉTODOS

A pergunta de pesquisa é: “Em que medida a participação juvenil é/foi fomentada no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e no Programa Saúde na Escola (PSE) ? ” A partir da questão de pesquisa, foram tecidas outras a ela referentes.

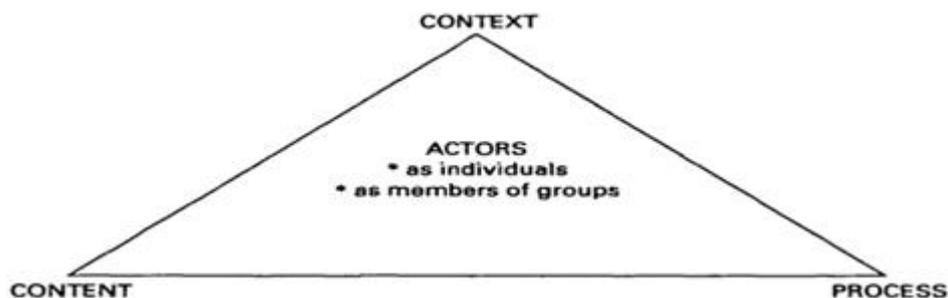
Qual a importância da participação juvenil no desenho do programa? Foram previstos espaços de participação dos jovens? Como cada programa/projeto entende a participação juvenil? Em que medida os gestores federais do projeto apoiaram a participação dos jovens no programa/projeto?

Por se tratar de estudo qualitativo e exploratório, cujo fenômeno a ser analisado é o papel do gestor federal na promoção da participação juvenil nas políticas de promoção da saúde pesquisadas, a metodologia a ser utilizada será a pesquisa bibliográfica e documental e entrevista com atores envolvidos no processo, cujo modelo de análise tem no ciclo de políticas públicas a contribuição para tornar clara e didática a discussão sobre o tema (71).

A política pública, quando entendida como uma diretriz, pode ou não ser implementada. Entretanto, não se pode aceitar a ausência de diretriz como uma política pública. Esta é uma diretriz, tal qual (Secchi *apud* Raeder, 71) propõe, não sendo passível de analisar o que o governo decide não fazer. Assim, os casos escolhidos são políticas públicas estabelecidas no Brasil.

‘ O método abrangente de análise de políticas públicas elaborado por Walt e Gilson observa as reformas no setor saúde de países em desenvolvimento, criticando o foco no conteúdo da política. Uma vez que a análise do contexto não é a análise da política como um todo, nesse modelo se leva em conta a análise do contexto, do processo, dos atores, para além do conteúdo da política (74).

Figura 2. Um modelo para análise de políticas de saúde (Walt, G; Gilson; L, 1994, p. 354)



Com base nesse modelo, os atores influenciam e são influenciados pelo contexto em que vivem e atuam, pelo processo – afetado e determinado pelos atores, e pelo conteúdo, que é reflexo dos atores e do contexto.

O contexto no qual uma política é formulada e implementada é altamente político, influenciado por valores, princípios e posições políticas dos governantes, assim como pela sua governabilidade, destacando a importância do 'onde' a política se desenvolve (37).

Ao se analisar “como” a política entrou na agenda, sendo formulada, decidida, implementada e avaliada, é possível se focar em um ou mais estágios do ciclo da política. “Significa ter em mente que políticas são resultantes dinâmicas, nem sempre com distinção clara de etapas e permeadas de conflitos, o que torna importante estabelecer as relações de poder, identificar os conceitos e os tipos de política e estabelecer a sua racionalidade” (73).

Ainda, para que o objeto de estudo seja identificado é necessário analisar os atores “individualmente ou a partir de grupos de interesses, internos ou externos aos governos”, que se posicionam no centro do triângulo pela sua importância “em todos os momentos ou etapas do processo político” (73).

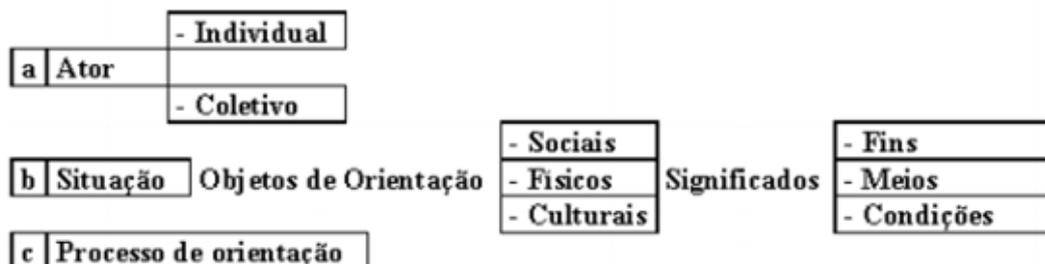
A Teoria da Ação Social propõe que “é possível analisar o que as pessoas pensam sobre determinados objetos de acordo com a sua concepção sobre aquele objeto em determinado contexto” (74).

O ator possui história e experiências que o diferenciam ou aproximam de outros atores; está inserido em uma estrutura social; é parte de uma cultura e tem interesses que podem ser conflitantes ou não com os de

outros atores. Por conseguinte, vários fatores podem influenciar o modo como um ator específico ou categorias de atores sociais interpretam a realidade em que vivem (74)

campo

Figura 3. Esquema dos componentes da Teoria da Ação (Alencar *apud* Rocha et al, 2005)



Desse modo é possível a análise de conteúdo a partir da Teoria da Ação Social se complementa com a discussão trazida no Capítulo 1 do Referencial Teórico que tem em Bourdieu a definição do campo de macrocosmo social e dos capitais social, simbólico e cultural bem como com Touraine, com a identificação do indivíduo que atua e modifica o seu meio.

Ainda, no âmbito deste trabalho os casos foram analisados pelo método abrangente por se entender que pode melhor responder aos objetivos da pesquisa.

A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (75).

Na pesquisa qualitativa a preocupação é com o processo e não simplesmente com os resultados ou produto (75).

Para este trabalho será utilizada a pesquisa descritiva e analítica, que têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (44).

Estudos metodológicos vêm afirmando que o formato da entrevista, bem como o tipo de registro observacional, determina de maneira muito estreita a análise de dados que é possível e adequado fazer. Portanto, ao pretender realizar uma análise qualitativa seria fundamental verificar como deveria ocorrer a coleta de dados, mais especificamente, que formato de entrevista seria o mais pertinente. E, os estudos encaminham preferentemente para propostas de entrevistas como semi-estruturadas, que pedem uma composição de roteiro com tópicos gerais selecionados e elaborados de tal forma a serem abordados com todos os entrevistados (76).

A entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. Em outras palavras, a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante (71).

Assim, o Projeto e Programa escolhidos para este estudo levaram em consideração as políticas de promoção da saúde no período que sucede a redemocratização do país, bem como sua importância na dinâmica de transformação da cultura organizacional do Estado, além do “reconhecimento do potencial de articulação intrasetorial do PSE que amplia a compreensão das potencialidades das iniciativas de gestão intersetorial (77).”

Para esta pesquisa foram entrevistados os gestores federais do Programa Saúde na Escola e do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, desde o início de cada um. A identificação dos entrevistados foi definida a partir da coordenação/acompanhamentos dos respectivos programa e projeto e suas mudanças.

Esse projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fiocruz sob o Parecer nº 3.454.552 e CAAE nº 16566719.3.0000.802, tendo sido aprovada em 15 de julho de 2019.

As entrevistas realizadas com os gestores federais do PSE e do SPE aconteceram entre os meses de fevereiro e abril de 2020. Algumas, pela distância em que os atores se

encontravam ou mesmo pelo início da pandemia pela Covid-19⁶, quando muitos se encontravam em isolamento, foram realizadas por meio de ferramentas virtuais, como chamadas de vídeo dos aplicativos Whatsapp Messenger e Skype.

Todas as 10 (dez) pessoas que participaram da entrevista semi-estruturada eram do sexo feminino, com faixa etária que variou entre 30 (trinta) e 73 (setenta e três anos). Apenas duas entrevistadas informaram não ter nível superior. As oito demais possuem graduação e/ou pós-graduação *latu* ou *stricto sensu* na área de saúde e/ou de educação. São servidoras públicas federais quatro entrevistadas, uma é comissionada, uma empregada de organismo internacional, três são consultoras ou bolsistas e uma está aposentada. A média de atuação no Projeto/Programa é de 3 anos.

No que tange às questões abordadas, para categorização das respostas utilizou-se o método da análise de conteúdo a partir da Teoria das Relações Sociais que propõe que é possível analisar o que as pessoas pensam sobre determinados objetos de acordo com a sua concepção sobre aquele objeto em determinado contexto (74).

Os temas foram assim divididos: Entendimento de Promoção da Saúde, Concepções de Saúde, Território, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, Inovações, Intersetorialidade, Participação Social, o Papel do Estado, Participação Juvenil e Desafios SPE e PSE.

As categorias foram definidas pelo método indutivo

Quadro 1. Temas, Categorias e Subcategorias a partir das respostas das entrevistas (Fonte: elaboração da autora)

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
ENTENDIMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	Transformação	• Transformação do Território
		• Transformação Social/Materialização dos Direitos
		• Processo de construção diária

⁶ A Portaria nº 188 de 3 de fevereiro de 2020 do Ministério da Saúde declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), com isso muitos órgãos públicos decretaram trabalho remoto e uma parte da população optou pelo distanciamento social ou mesmo quarentena, permanecendo em suas residências.

	Determinantes Sociais da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Promoção não está estruturada Conceito amplo e relação com Determinantes Sociais da Saúde (DSS) Promoção da Saúde X Prevenção
	Envolvimento de todos	<ul style="list-style-type: none"> Valorização do que já está construído Vigilância em Saúde X Atenção Primária Pelo Conselho (de Saúde) têm-se a capacidade de opinar melhor Não existe promoção da saúde sem participação dos sujeitos
	Formação	<ul style="list-style-type: none"> Educação em saúde Monitoramento de Promoção da Saúde Conhecimento da PNPS
CONCEPÇÃO DE SAÚDE	Garantia e Acesso aos Direitos	<ul style="list-style-type: none"> Garantia e Acesso aos Direitos Qualidade de vida/Bem estar Amplia atuação do aluno para a comunidade Função do estado Envolvimento de todos Acesso à informação/exercício da cidadania
	Lógica biomédica/hospitalocêntrica	<ul style="list-style-type: none"> Participação da saúde era negligenciada na escola Não é ausência de doença Além da lógica biomédica/hospitalocêntrica
	Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer o indivíduo integral/Desenvolvimento pleno Jovens e formas de promover saúde Formação de professores/de rede intersetorial
TERRITÓRIO	Espaço de Construção	<ul style="list-style-type: none"> Liberdade a partir da sua realidade Propostas construídas conjuntamente a saúde já chegam com a demanda de questões sociais do território A escola participa da solução da problemática da sua instância menor Participação juvenil está viva no território
SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA	Resposta Governamental ao cenário mundial	<ul style="list-style-type: none"> Resposta ao HIV que era muito forte

		<ul style="list-style-type: none"> • discussão de DSDR em um política pública
	Empoderamento juvenil	<ul style="list-style-type: none"> • Pauta da sexualidade era incrível para a juventude • O sexo, a sexualidade fazem parte do desenvolvimento humano • Temática da sexualidade como empoderamento juvenil • Mexer com a juventude incomoda • DSDR com participação juvenil e diálogo entre saúde e educação • Educação sexual – propostas que não se compõe com os jovens
	Direito Humano	<ul style="list-style-type: none"> • DSDR como Direito Humano • Formação de professores – temática de sexualidade: precursor do SPE
INOVAÇÕES	Inovações trazidas pelo SPE	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de ações articulado ao que já existe • Ênfase em SSSR • Assegurar a participação dos adolescentes e jovens • Disponibilização de preservativo nas escolas • Conformação de acordo com as necessidades locais
INTERSETORIALIDADE	no SPE	• Transição/Integração do SPE para o PSE
		• Influência do SPE no PSE
		• SPE nos Projetos Políticos Pedagógicos
		• Realização de Projeto Piloto
		• Entendimento de saúde na escola
		• Grupo Gestor Intersetorial
		• Elaborou documentos de apoio
	no PSE	• CIESE (Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola) e a importância no início do PSE
		• O PSE dava conta de tudo
		• Confusão sobre a que tipo de conteúdo jovens e crianças podem ter acesso
		• Intersetorialidade e Território
		• Dificuldade de diálogo
		• Grupo de Trabalho Intersetorial e Coletivo
		• Verticalidade das Ações

	na Promoção da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● Tecnologia social ● Promoção da Saúde ● Dificuldades da Articulação Intrasetorial ● Direito Social no território – temos o mesmo sujeito de trabalho ● Articulação territorial envolvendo atores diversos estratégicos
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	Entendimento de Participação Social	<ul style="list-style-type: none"> ● Participação social deveria ser estruturante ● Saúde: Participação prevista em Portarias ● Ministério não dispara estratégia completa de participação ● Participação social no SPE aposta fundamental ● Saúde tem mais tradição na participação social ● estruturar a participação social para o entendimento de promoção da saúde ● Participação social faz parte da estrutura de promoção da saúde ● Participação social de composição X de decisão: tipos de participação ● Uma coisa é o que se pensa, outra é como acontece ● Participação social é fundamental para sociedade ● Produção de participação autônoma: novos arranjos e problematização mais profunda ● Integração das famílias dentro do espaço da escola ● Participação social é limitada, de uma perspectiva política muito antiga
	Gestão participativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilizar toda a comunidade escolar para entender o que é o projeto ● Famílias preocupadas com a fase da adolescência ● Etapa importante: indução de Comitês Gestores estaduais e municipais ● Participação social e os Conselhos ● papel do Comitê Gestor Federal ● participantes do Comitê Gestor Federal ● Papel de sujeito político no mundo ● Participação Social na Educação ● Participação social deve ser muito bem articulada com cada um

		<ul style="list-style-type: none"> ● PSE já em participação social na sua base ● Terceirização do espaço escolar X co-construção comunidade e escola ● A participação tem que chegar para envolver todos os atores da ponta ● Era digital: passar do on line para o off line ● espaço para ter voz ativa política ● Como pensar metodologias para o encontro entre o mundo off line com o on line.
	Sujeito político	<ul style="list-style-type: none"> ● participação pela reclamação ● Saúde tem mais tradição na participação social ● Educação funciona muito segmentada ● A participação da escola tem que ser desenvolvida ● Como fazer controle social? ● Não há renovação de gerações ● Momento político favorável para a participação ● Outras formas de participação
O PAPEL DO ESTADO	Protagonista	<ul style="list-style-type: none"> ● Estado tem que ter uma participação forte e protagonista ● O estado não pode se furtar a atender a sua população em educação em saúde ● Participação Social: porta do Governo Federal ● Participação social deve ser articulada com o Governo ● Participação na constituição do SUS ● Gestão federal cuida das diretrizes e estados disseminam
	Dificultador	<ul style="list-style-type: none"> ● participação fragmentada pelos três entes federativos ● não existe perspectiva de participação nesse governo ● Ministério da Saúde não fortalece a linha de participação juvenil
	Indiferente	<ul style="list-style-type: none"> ●
PARTICIPAÇÃO JUVENIL	no SPE	<ul style="list-style-type: none"> ● Jovens participaram em alguns momentos na gestão federal do SPE ● SPE foi uma “Plataforma” para os jovens

		<ul style="list-style-type: none"> ● SPE foi estratégico para entrada na educação ● SPE não podia ser uma política adultocêntrica ● Investimento de Agências da ONU ● Participação dos jovens induzida por uma rede que se iniciava no Brasil em 2006
	no PSE	<ul style="list-style-type: none"> ● Protagonismo nos materiais elaborados pelo PSE ● participação juvenil acabou com a chegada do PSE ● Participação dos jovens depende da articulação local ● Se o PSE integrou o SPE, não dá para dizer que não existe educação para protagonismo juvenil ● Participação do jovem no PSE não é como deveria acontecer
	Percepção sobre a Participação Juvenil	<ul style="list-style-type: none"> ● O Jovem é um Problema? ● Necessidade de escuta do jovem ● Questão da participação era orgânica: todos tinham a mesma visão da importância da participação dos jovens ● Participação dos jovens: uma diretriz/pilar ● Participação social e as redes sociais – crise de paradigma
	Empoderamento dos jovens	<ul style="list-style-type: none"> ● Como falar para um adolescente que ele tem direito à participação? ● Jovens na gestão: GGE e no GGM ● Participação institucionalizada em diversos fóruns ● Educação entre Pares: instrumento para transformação para formar o aluno como um todo ● Mudança de paradigma ● Jovem tem que estar empoderado ● A gestão precisa querer evolver o jovem ● Importância da Educação Entre Pares ● Escola e UBS: Serviços amigáveis com a participação dos jovens
DESAFIOS	SPE	<ul style="list-style-type: none"> ● Saúde e Educação correndo em paralelo: onda para unir os pontos de contado de duas grandes políticas ● Lógica de como o território entende cada ação

		<ul style="list-style-type: none"> ● Financiamento ● PSE tem momentos de expansão e retração 	
	PSE	<ul style="list-style-type: none"> ● Intensidade do trabalho ● Diálogo não era uniforme ● Financiamento 	
PONTOS FORTES E PONTOS FRACOS	SPE	<ul style="list-style-type: none"> ● parceria com as agências da ONU e Fiocruz ● Desafio: discutir o tema da sexualidade ● Intersetorialidade/Articulação Intersetorial ● Mostras Nacionais/eventos que aprofundaram temas referentes ao SPE ● institucionalidade do SPE ● SPE no Censo Escolar ● Experiências criticadas: máquina de preservativo e “kit gay” ● SPE teve bons exemplos de participação juvenil ● SPE indutor de práticas progressistas ● Elaboração e testagem de materiais ● Acompanhamento ao longo do tempo ● ações estratégicas com jovens ● envolvimento de jovens com HIV ● tema legitimado pelo Estado ● Formação de um coletivo de trabalho ● política com respeito às diferenças ● Estudos e Pesquisas 	
		PSE	<ul style="list-style-type: none"> ● Mobilização social: fortaleza e fragilidade ● Dificuldade de articulação entre as áreas técnicas do MS e do MEC ● Adesão ao PSE/Alcance do PSE ● Intersetorialidade/Articulação Intersetorial ● Fragilidade do vínculo das pessoas que estavam no Programa (trabalhando na gestão federal) ● modos operantes da saúde são diferentes do da educação ● Monitoramento

		<ul style="list-style-type: none"> ● PSE é mais robusto
		<ul style="list-style-type: none"> ● PSE altera dados de vulnerabilidade do território
		<ul style="list-style-type: none"> ● Dificuldade de incorporar as ações no dia a dia
		<ul style="list-style-type: none"> ● Interferência política
		<ul style="list-style-type: none"> ● Tempos da saúde e da educação são distintos
		<ul style="list-style-type: none"> ● trabalhar saúde com outra lógica
		<ul style="list-style-type: none"> ● trabalho com escolas de medidas sócio educativas
		<ul style="list-style-type: none"> ● Trabalhar com princípios do amplo desenvolvimento social
		<ul style="list-style-type: none"> ● PSE é muito amplo: reestruturação
		<ul style="list-style-type: none"> ● fazer atividades conjuntas que façam sentido para os educandos
		<ul style="list-style-type: none"> ● Colaboração dos parceiros locais
		<ul style="list-style-type: none"> ● Questões políticas e de prioridades
		<ul style="list-style-type: none"> ● Diretrizes do PSE para resolver questões coletivas
		<ul style="list-style-type: none"> ● Descontinuidade da gestão local

5. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

5.1 CONTEXTOS E PROCESSOS DE DESENVOLVIMENTO DO SPE E PSE

Com o objetivo de analisar o contexto de desenvolvimento do SPE e do PSE, bem como de conhecer as bases conceituais dessas políticas, foram levantados e comparados os documentos referentes à essas iniciativas e analisadas as falas das entrevistas realizadas.

Quadro 2. Cenário comparativo das iniciativas SPE e PSE (Fonte: elaboração da autora)

INICIATIVA	SPE	PSE
Principais marcos legais	Não há marcos legais	- Decreto nº 6.286/2007 - Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. - Portarias de repasse financeiro MS/GM: nº 2.931/2008; nº 790/2010; nº 3.014/2011; nº 524/2012; nº 2.608/2013; nº 3.210/2013; nº 1.067/2015; nº 1.337/2015; nº 2.744/2016; nº 2.706/2017; nº 3.662/2018, nº 2.264/2019 - Portaria Interministerial nº 1.413/2013 - Redefine as regras e 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. - Portaria Interministerial nº 1.055/2017 - 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.
Cenário Político (Presidentes atuantes desde a sua constituição)	2003 – Luís Inácio Lula da Silva 2012 – Dilma Rousseff	2007 - Luís Inácio Lula da Silva 2012 – Dilma Rousseff 2016 – Michel Temer 2019 – Jair Bolsonaro
Atores Envolvidos	MEC (DECOCEB/SEB), MS (DHIV/Aids/SVS), Unicef, Unfpa e Unesco	MEC (SEB/SECADI) e MS (CGAN/DAB/SAS e atualmente DEPROS/SAPS)
Recursos financeiros específicos	Não	Sim. Repasse Fundo a Fundo pelo Piso da Atenção Básica (PAB) Variável para custeio das ações
Quem participa?	Todos os municípios brasileiros que definissem um Grupo Gestor Municipal (GGM) e elaborassem um plano de ação municipal	Desde de 2013 todos os municípios brasileiros estão aptos a participar mediante Termo de Compromisso Municipal, de adesão bienal em período determinado pelo Ministério da Saúde.

A criação do SPE não foi estabelecida por nenhum marco legal. promoção

A sua gestão, a partir da sua idealização em 2003, esteve dividida no âmbito federal entre a saúde e a educação. No Ministério da Saúde quem acompanhava a agenda eram os técnicos do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), já no Ministério da Educação o Projeto ficava na Diretoria de Concepções e Orientações Curriculares para Educação Básica (DECOCEB) da Secretaria de Educação Básica (SEB). O Projeto era tocado em parceria com o Unicef, Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, à Ciência e a Cultura (Unesco).

A criação do SPE em 2003 surge como resposta ao contexto da epidemia de HIV e Aids, o que é verificado nos materiais elaborados pela gestão do Projeto com foco na participação dos adolescentes e jovens e nas falas das entrevistadas “... vamos fazer uma resposta ao HIV que naquela época era muito forte, uma resposta ao HIV a partir da educação” e “O SPE quando ele surge ele surge num momento extremamente favorável, financeiramente, ideologicamente pro Brasil que era dentro praticamente do Departamento de HIV e Aids...” (Entrevistadas 4 e 5).

Conforme a Entrevistada 4 “o SPE foi uma iniciativa da UNESCO para o Ministro da Educação da época que desse uma resposta ao HIV, então a UNESCO ajudou a construir o desenho do SPE junto como Ministério de Educação e chamou o Ministério da Saúde... foi o diretor da UNESCO que perguntou, era mudança de governo do Fernando Henrique para o Governo Lula, perguntou ... quais eram as sugestões ... aí em agosto de 2003 saiu o Camisinha na Escola (projeto) que virou Saúde e Prevenção na Escola, durou um mês, dois meses, foi algo assim. ...”.

A Entrevista 9 também fala sobre a criação do PSE “... nós criamos em 2003 o Governo e o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação na época do

Governo Cristovam criamos o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas onde nós trabalhamos inicialmente sensibilizando os cinco municípios, se eu não me engano Rio de Janeiro, Brasília, tinha Rio Grande do Sul, tinha em São Paulo que era um município interno de São Paulo e um outro que eu não lembro agora né? E nós trabalhamos com o princípio de implementar o projeto para prevenção, prevenção dos jovens, acionada essa pelo Ministério da saúde da questão da jovem, da gravidez na adolescência, os casos de gravidez...”

Junto com a Unesco as outras agências da Nações Unidas que apoiaram a idealização do SPE foram Unfpa e Unicef, que conforme levantamento bibliográfico tinham experiência na participação juvenil com foco no protagonismo e corroboraram com a proposta metodológica da educação entre pares para empoderamento juvenil, que era a maior diretriz do SPE.

Cabe mencionar que apesar de existir um Programa das Nações Unidas específico sobre a temática de HIV e Aids, o Un aids, este não aparece em nenhum documento ou fala de entrevistadas.

Assim, pelo cenário avaliado, observa-se no contexto macro que o SPE foi uma resposta à situação sanitária da epidemia do HIV/Aids cuja possibilidade de estar dentro das escolas dependia da elaboração de um plano de ação municipal envolvendo articulação entre representantes das Secretarias de Saúde e de Educação Municipais na formação de um Grupo Gestor Municipal.

Este Grupo Gestor existia também nos níveis acima de gestão: Estadual e Federal. Sendo o Grupo Gestor Federal o nome dado ao grupo formado pelo MEC, MS e Agências e que tinha como principal diretriz coordenar o Projeto em âmbito nacional (56).

Como não havia recurso financeiro específico para o Projeto, com dotação orçamentária direcionada para a iniciativa, as Secretarias Municipais de Saúde eram orientadas pelo Departamento de HIV/Aids e Hepatites Virais a incluir suas ações no Plano de Ações e

Metas (PAM) da Aids, que eram aprovados pela Gestão Federal, a fim de garantir algum recurso.

Não foram encontrados marcos legais referentes ao SPE e no âmbito da participação juvenil não existe legislação específica.

Atualmente não existe representação do Projeto em nenhum dos dois Ministérios, assim como não há documentos mencionando seu fim ou sua incorporação ao PSE. Conforme a fala da Entrevistada 5, subentende-se que o SPE deixa de existir por si só, “o SPE ele passa integral pro PSE. ... é difícil de a gente explicar como é que isso aconteceu, mas a coisa é assim.”. A entrevistada 4 dá conta de que o SPE acabou porque suas temáticas incomodavam: “... o SPE para mim acho que acabou tão rápido, ..., então por que que não deu certo? Por que incomodou muita gente entendeu?”.

A Entrevistada 9 acredita que o SPE, pela característica de projeto, tinha um fim previsível “... eu acho que o projeto em si ele teve bons momentos e como o nome diz projeto ele tinha que diluir num programa maior que foi o programa Saúde na Escola, que ao meu ver ele diminuiu um pouco a entrada do projeto saúde e prevenção porque ele ela tinha um, muitas ações”.

De acordo com as falas das entrevistadas, questões políticas relacionadas aos temas trabalhados no SPE fizeram com que o mesmo se incorporasse ao PSE, passando a não ter mais projeção. A Entrevistada 6 fala que “Claro que teve um cenário político de fundo que destituiu ainda mais o programa, enfim basicamente hoje ele não existe né?”. A Entrevistada 9 reforça esse cenário: “...a questão da prevenção da gravidez na adolescência, era um tema que as escolas trabalhavam e que foi, teve um momento ruim que foi o dispensador de preservativo, da máquina de distribuir, de pensar o preservativo na escola tivemos duas experiências foi muito criticado pela mídia e muito detonado por professores...”

A Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) que teve sua

instituição em 2008, atuava antes disso na formulação do PSE como mencionada pela Entrevistada 5: “... Então nós tínhamos equipes técnicas dos dois ministérios e nós tínhamos o início ali de uma relação com a CIESE que era uma estrutura que ao meu ver era extremamente importante e interessante de acontecer que era justamente uma reunião entre os dois ministérios com a participação de várias, da secretaria executiva, enfim, de dentro do MEC na época a gente era SECADI então assim tinha várias diretorias da SECADI o ministério da saúde também tinham várias diretorias do ministério da saúde participando e ali as decisões eram tomadas politicamente, as diretrizes do programaeram dadas ali de atuação intersetorial e da gente do governo federal junto aos estados e municípios né? Então esse foi o grande início do PSE, ...” “... eu tenho a CIESE como sendo um ordenamento do que foi pensado para ser sabe? Porque ela funcionou durante dois anos, ... depois ela começou a não funcionar, mas a CIESE ela tinha a representação dos conselhos de educação do CONASS, do CONASEMS, das secretarias executivas, das áreas, então ali se a CIESE funcionasse como ela deveria ter sido, como ela deveria, como ela foi pensada não tinha tanto embate técnico, se a CIESE funcionasse a gente teria realmente um programa muito mais alinhavado das duas áreas, mas ela funcionou só dois anos no máximo”.

De fato não foi encontrada nenhuma referência à CIESE fora a publicação da portaria que institui esta Comissão e a fala da entrevistada acima, mas ao constatar ao que se propõe sua instituição, foi naquela esfera, com os atores que estavam à época no SPE, que surgiu a proposta de formulação do PSE. Também não foi encontrado documento legal que revoga a portaria de criação da Comissão.

Diferentemente do SPE, o PSE foi instituído por Decreto Presidencial em 2007, iniciando uma nova etapa no fomento à promoção da saúde nas escolas, uma vez que sua proposta abarcava as mais diversas ações, inclusive de prevenção de doenças e agravos.

O histórico de criação do SPE é de conhecimento de metade das entrevistadas, que

souberam falar da trajetória da sua criação, mencionada anteriormente (Entrevistadas 4,5,6,8 e 9) porém no que se refere à criação do PSE esta parece ter sido mais verticalizada, a partir de decisões ministeriais (Entrevistadas 5 e 8).

O que se percebe nos marcos legais e entrevistas é que ao se pensar a estrutura de gestão e ações do PSE se propôs os mesmos mecanismos de gestão do SPE, com articulação intersetorial por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais, porém não se incluiu o forte eixo da participação juvenil previsto no SPE, o que fica explícito na fala da Entrevistada 6: “Eu acho que isso foi uma das grandes questões porque aí veio o PSE robusto que se inspira no SPE e eu lembro muito bem que a gente tinha um medo muito grande e foi o que aconteceu, que o tema da saúde sexual e reprodutiva se diluísse dentro dos outros eixos e foi o que aconteceu...”. A entrevistada 1 reforça: “E eu acho que até o medo do pessoal do saúde e prevenção na escola se concretizou, ... apesar do PSE ter vindo do SPE como base do saúde e prevenção na escola ele migrou a ideia de ser escola, programa escola, mas não migrou a essência do SPE que era a participação juvenil e o PSE pena até hoje por isso, de uma migração da parte superficial ele não migrou a parte central do SPE que era o protagonismo juvenil, a participação juvenil e isso é cobrado diariamente do PSE, muitos dos problemas do PSE é justamente por essa não atenção especial, ...”. Outras Entrevistadas (4, 5 e 10) também trouxeram essa perspectiva ao falar que esse eixo essencial do SPE não foi para o PSE.

Apenas a Entrevistada 8 tem o entendimento de que se o SPE passa a fazer parte do PSE, ele faz parte com todos os eixos“... então não dá para dizer que não existe educação para protagonismo juvenil no PSE se o SPE tem integrado no PSE, se o SPE está integrado o PSE logo...”.

Assim, estruturalmente o PSE incorpora as diretrizes de gestão do SPE com fortalecimento das relações intersetórias e com um escopo de ações muito maior do que o

projeto atuava. A presença das agências da ONU no PSE não é referenciada nos marcos legais e nem mesmo nas respostas das entrevistadas.

No MEC, o PSE nasce na Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI) dentro da Coordenação do Programa mais Educação da Diretoria de Currículos e Educação Integral (DCEI) passando depois para a atual Diretoria de Políticas e Regulação da Educação Básica (DPREB) ainda na Secretaria de Educação Básica (SEB), onde está hoje.

No Ministério da Saúde, o PSE nasce na então Secretaria de Atenção à Saúde, onde inicialmente fica vinculado ao Gabinete do Departamento de Atenção Básica (DAB), e posteriormente, a partir de 2011, dentro da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) onde ficou até 2019 por questões políticas, uma vez que a agenda de promoção da alimentação saudável era uma das maiores agendas positivas do MS até então e era também articulada com o MEC e o Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação (FNDE), onde a gestão identificou uma potência na convergência das ações. Potência essa que se consolidou de tal modo no período que o foco de algumas ações e campanhas do PSE foram voltadas para o tema: a mobilização “Semana Saúde na Escola” (2012, 2013 e 2014) - campanha que acontece anualmente com um tema definido pelos Ministros e que até 2015 repassava recursos específicos aos municípios que a realizassem; a ação de fortificação com micronutrientes (NutriSUS); e a elaboração de materiais didáticos e de comunicação.

A partir de 2019, com a reestruturação do MS e a criação de um Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS) na Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), o PSE passou pela Coordenação Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI) estando atualmente no Gabinete do DEPROS.

A relação intersetorial em todos os níveis de gestão é apontada com um ponto forte e um desafio pois é essencial para o seu desenvolvimento (Entrevistadas 1,3, 5, 7, 8, 9 e 10),

mas também é considerada um ponto fraco na medida em que há alguma resistência no debate (Entrevistada 8) e as coisas não acontecem sozinhas “As condições só se alteram quando todos os atores se unem para alterar, do contrário num país desse tamanho com as urgências que se tem as coisas não se modificam. Então a gestão intersetorial ela é tanto ponto forte quanto ponto fraco, é a grande questão” (Entrevistada 5).

Nos marcos legais levantados, apenas a Portaria de reestruturação do PSE publicada em 2013 aborda a necessidade e as diretrizes dos Grupos de Trabalho Intersetoriais, porém a portaria mais atual, e vigente, de 2017, revogou o artigo que tratava desses grupos. Atualmente as diretrizes e critérios de monitoramento do PSE são divulgados por meio de documentos orientadores disponibilizados na página virtual do Programa: www.aps.saude.gov.br/ape.pse.

No entanto são esses Grupos de Trabalho Intersetoriais no âmbito municipal os responsáveis pela adesão e gestão do Programa, que implica recebimento de recursos financeiros específicos, conforme as doze portarias de repasse encontradas (Quadro 1) bem como planejamento das ações.

No âmbito federal, as pautas intersetoriais são também articuladas intrasetorialmente, por meio do Coletivo Técnico do PSE, instância não institucionalizada que busca a qualificação de suas ações em conjunto com as áreas técnicas responsáveis pelas respectivas temáticas em ambos os Ministérios (por ex. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição apoia na pauta de alimentação saudável, Coordenação Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais apoia na pauta da Atividade Física, etc) bem como as áreas que atuam transversalmente, nos ciclos de vida, como Coordenação da Saúde do Adolescente e Jovem, Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, etc).

Em contrapartida, o MEC se divide por ciclos e conforme a Entrevistada 5 traz “... dentro da saúde os coordenadores fariam todas as conversas necessárias e dentro da educação a gente faria a traria para o debate, ou para a posição final só o pessoal do PSE. E aí também

deu uma série de divergências, porque, enfim né? Depois se criou o coletivo na saúde, ... foi bem complicado de lidar com aquilo, da gente ir para uma decisão de pauta com 15 pessoas da saúde, 2 da educação e debatendo pauta e prioridade de pauta, então ali foi bem difícil...” Ou seja, a proposta de um Coletivo na Saúde e um na Educação para que depois cada setor elencasse as demandas e discutisse no âmbito do GTIF não foi pra frente. Atualmente a equipe do PSE no MEC participa do Coletivo Técnico do PSE na saúde e encaminha as pautas específicas internamente. As agências também são convidadas a participar deste Grupo porém em raros momentos participam das discussões.

5.2 CARACTERÍSTICAS OPERACIONAIS E CONCEITUAIS DO SPE E PSE

Seguindo-se à análise metodológica, conceitual e operacional das iniciativas, a partir da pesquisa documental realizada nas páginas dos Ministérios da Saúde e da Educação e das agências da ONU parceiras, bem como nas pastas internas do PSE no Ministério da Saúde, foram encontrados os materiais do Quadro 2.

Quadro 3. Documentos encontrados do SPE e PSE conforme público e teor (Fonte: elaboração da autora)

INICIATIV A	DOCUMENTOS	PÚBLICO	TEOR	ABORDA PARTICIPAÇÃO JUVENIL? S/N
SPE	Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 24 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação	Documento que norteia a implantação do SPE, discutindo as temáticas abordadas, finalidade do SPE e orienta os gestores estaduais e municipais a efetivar o projeto	SIM

2006			
Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.160 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 2006	Profissionais de Saúde de de Educação	Documento com proposta de um curso com 7 unidades sobre as temáticas do SPE e planejamento integrado para ser realizado presencialmente, em formato de oficinas.	SIM
Guia “Adolescentes e Jovens para a Educação entre Pares”, fascículos divididos em 8 temas (2010)	Jovens	Documento contendo um 8 fascículos com oficinas e textos sobre as temáticas do SPE, gêneros, metodologias e participação juvenil. Cada fascículo traz oficinas e um capítulo com indicação de filmes e músicas, além de perguntas e respostas sobre cada tema.	SIM
Conjunto de Materiais: História em Quadrinhos - Saúde e Prevenção nas Escolas (HQ SPE): compreende 6 volumes de histórias em quadrinhos; HQ SPE: um guia para utilização em sala de aula; e CD com o jogo “Desafio HQ SPE” (2010)	Jovens e profissionais de saúde e educação	As seis revistas que compõem o HQ SPE são histórias em quadrinhos nas temáticas do Projeto e voltada para os adolescentes e jovens. O Guia traz orientações sobre o desenvolvimento de ações de acordo com as temáticas abordadas em cada uma das seis histórias, e o CD traz um jogo que tem o objetivo de fixar os conteúdos abordados.	SIM

	Cadernos Temáticos: Promoção da Saúde Bucal, Saúde Ocular; Verificação da Situação Vacinal; Saúde e Educação Ambiental; Promoção da Alimentação Saudável e Promoção da Obesidade Infantil; Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer; e Direitos Humanos (2015)	Profissionais da Saúde e da Educação	Cada caderno contém orientações sobre como realizar, de forma interesetorial, cada uma das ações do PSE, contextualizando os temas e propõe algumas oficinas.	NÃO
	Manual de Adesão ao PSE para os ciclos 201/2018 e 2019/2020	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação	Manual com orientações para gestão sobre a adesão ao PSE, com telas contendo passo a passo para realizá-la	NÃO
	Guia de Sugestões de Atividades - Semana Saúde na Escola 2012, 2013 e 2014	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	Material orientador com sugestões de atividades nos temas da Semana Saúde na Escola dos anos de 2012 a 2015 para serem desenvolvidas não apenas durante a Semana Saúde na Escola, mas ao longo do ano letivo. Os temas foram: 2012 - Alimentação Saudável 2013- Alimentação Saudável e Saúde Ocular 2014 - Práticas corporais, atividade física e lazer numa perspectiva de cultura de paz e direitos humanos	SIM
PSE	Caderno de anotações relatos de experiências da Semana Saúde na	Gestores Estaduais e Municipais da	Material informativo com relato de experiências sobre a temática que tem	SIM

Escola 2016 - Versão Preliminar e Caderno de anotações relatos de experiências da Semana Saúde na Escola 2017 - Versão Preliminar	Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	como objetivo compartilhar boas práticas Temas da Semana Saúde na Escola 2016 e 2017: Combate ao <i>Aedes</i>	
Orientações Gerais Sobre as Ações de Promoção da Alimentação Saudável e Promoção da Obesidade Infantil; Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer; Saúde Bucal; Doenças em Eliminação; Combate ao Mosquito <i>Aedes</i> ; Situação Vacinal; Saúde Ocular; e Saúde Auditiva (todos de 2018)	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	Documentos que trazem, em linhas gerais, o que a gestão federal entende ser cada uma das ações do PSE. Não tem oficinas ou propostas metodológicas.	NÃO
Formação para Técnicos do SUS - PSE e Academia da Saúde (2018)	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação	Documento com proposta de curso de formação presencial ou virtual para os programas Saúde na Escola e Academia da Saúde. Temas: gestão, planejamento e monitoramento.	NÃO
Caderno do Gestor PSE (2015)	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação	Normativo para gestão	SIM
Nota Técnica conjunta nº 564/2014 sobre o Plano Juventude Viva	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação	Orientações para a Ação “Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos” do PSE no Plano Juventude Viva e Informativo de parceria entre MS, MEC,	SIM

		Secretaria Nacional de Juventude (SNJ) e Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) no Plano Juventude Viva.	
Documento com ementa do Caderno Temático sobre Participação Social, de junho de 2012	Gestores Federais	Orientações para os técnicos do MS e MEC para a escrita de caderno temático sobre participação social pensado para compor o conjunto de cadernos temáticos das ações do PSE como tema transversal.	SIM
Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020;	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	Nota Técnica com os dados das ações realizadas no ano de 2019 bem como análise das ações prioritárias e dos temas mais trabalhados.	NÃO
Documento Orientador do Ciclo 2019/20 do PSE	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	Documento com orientações sobre as ações, prioridades e registro no sistema de monitoramento do PSE	NÃO
Indicadores e padrões de avaliação - PSE 2017/2018	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de	Documento elaborado conforme Artigo 13 da Portaria nº 1.055 ("O monitoramento e a avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial	NÃO

	Saúde e de Educação	constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação) para comunicar os indicadores e monitoramento para o período	
Nota Técnica – Relatório de Processamento/Validação – fichas válidas	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	Documento com orientações sobre o processo de validação dos dados informados pelos profissionais de saúde no SISAB	NÃO

O levantamento encontrou apenas um documento do SPE nas páginas governamentais oficiais (Ministério da Saúde e Ministério da Educação). Os demais estão disponíveis apenas nas páginas de parceiros das Nações Unidas (Unesco e Unfpa). Já os materiais do PSE foram todos encontrados na página específica para o Programa, que está hospedada no sítio do Ministério da Saúde - <https://aps.saude.gov.br/ape/pse> e nas pastas internas do Programa, aos quais a pesquisadora teve acesso.

No que se refere à natureza dos documentos as categorias foram definidas a partir do teor do conteúdo e para quem eram direcionados, com olhar para abordagem da participação juvenil, levando-se em conta os elementos que possuíam algo em comum.

Dos quatro materiais encontrados referentes ao SPE um é voltado para gestão, um apenas para os profissionais de saúde e de educação e dois voltados para apoiar adolescentes e jovens no desenvolvimento de ações de formação para fortalecimento da participação juvenil nas temáticas do Projeto:

1) As Diretrizes para Implementação (56) do Projeto e o Guia de Formação de Profissionais de Saúde e Educação, mesmo não tendo foco na participação juvenil, apresentam

a questão não em linhas gerais, mas como uma oferta necessária à gestão e efetivação do Projeto, sendo incluída nas responsabilidades dos Grupos Gestores Municipais (p. 21) e do Grupo Gestor Estadual (p.22), bem como aparece como uma das finalidades do Projeto (p. 17), sendo contextualizada na apresentação e também na introdução das Diretrizes de Implementação (p.15) .

2) O Guia “Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação” (78) é um curso composto por 7 módulos compostos pelos temas de gênero, sexualidade, prevenção das DSTs e Aids e planejamento integrado. Todas as oficinas são voltadas exclusivamente para os profissionais de saúde e educação. A orientação de envolvimento dos jovens nas atividades aparece de forma geral, na apresentação e na introdução e nos comentários de sugestões de encaminhamento das oficinas, porém o texto não desenvolve em quais momentos e como essa participação pode acontecer. É um material adaptado a partir de proposta de formação de profissionais de saúde e de educação de autoria da enfermeira Dra Marina Marcos Valadão, professora e pesquisadora que atua no campo da saúde e educação popular em saúde, e que colaborou com consultoria para sua elaboração.

3) A série de fascículos do SPE: “Adolescentes e Jovens para a Educação entre Pares” (79), é um material dividido em 8 cadernos que têm como base fomentar a participação juvenil ofertando metodologias nas temáticas álcool e outras drogas, gêneros, prevenção das DSTs, HIV e Aids, raça e etnias e sexualidades e saúde reprodutiva, com cadernos específicos sobre “Adolescência, Juventudes e Participação” e “Metodologia de Educação entre Pares”. O foco desses materiais é o adolescente e o jovem e seu protagonismo nas ações que são abordadas pelo SPE. Foi adaptado pela equipe do SPE no âmbito dos Ministérios e das agências, a partir de textos elaborados por Maria Adrião, técnica responsável pelo SPE no então DHIV, e a partir de oficinas de formação de jovens multiplicadores do SPE. Também contou com validação desses jovens (Entrevistadas 3 e 9).

4) O Conjunto de Materiais “História em Quadrinhos - Saúde e Prevenção nas Escolas (HQ SPE), o HQ SPE: um guia para utilização em sala de aula, e CD com o jogo “Desafio HQ SPE” pode ser dividido da seguinte forma: o HQ (80) é voltado para os adolescentes e jovens, com linguagem acessível e que dialoga com a forma com que o adolescente e jovem se comunica com seus pares; e o Guia para Utilização em sala de aula (81), que se propõe a ofertar “instrumentos de apoio a educadores que já desenvolvem, ou querem desenvolver, ações nas áreas da promoção da saúde e da prevenção ao HIV e outras DSTs... Sua metodologia, de linha construtivista, prioriza a sala de aula e todos outros espaços em que seja possível, também, educadores, funcionários (as) da escola, as famílias dos (as) alunos (as) e a comunidade do entorno” (p. 12).

As histórias em quadrinhos bem como CD com o jogo foram elaboradas a partir de consultoria contratada pela Unesco, com apoio do MS e do MEC, e o Guia para utilização foi elaborado pela própria Unesco, também apoio dos técnicos do MS e MEC.

A Entrevistada 3 fala desse investimento financeiro das agências no Projeto “E com as Nações Unidas que também foram muito parceiros do projeto é a gente também conseguia fortalecer isso porque UNICEF tinha essa diretriz, UNFPA, a UNESCO então eram parceiros da ONU que fortaleciam essa diretriz do projeto da participação, inclusive teve investimento financeiro pra gente desenvolver várias ações com os recursos desses órgãos da ONU também.”

Tanto a série de fascículos “Adolescentes e Jovens para a Educação entre Pares” quanto o Conjunto de Materiais “História em Quadrinhos - Saúde e Prevenção nas Escolas (HQ SPE), o HQ SPE: um guia para utilização em sala de aula, e CD com o jogo “Desafio HQ SPE” (2010) são documentos cujo objetivo é oferecer ferramentas metodológicas que fomentam a participação tanto dos jovens quanto dos profissionais de saúde e educação, nas ações de promoção da saúde nas escolas. Os documentos foram publicados no mesmo ano, em 2010,

tendo os fascículos os Ministérios da Saúde e da Educação à frente da elaboração e coordenação e o HQ, a Unesco e o Unfpa.

Essa participação é reforçada ao longo do texto de ambas publicações e reforça o sentido de fazer COM o adolescente e o jovem e não PARA eles. A série de fascículos foi, inclusive, elaborada com a participação de jovens de todo o país.

Especificamente com relação ao “HQ SPE: Guia para utilização em sala de aula” cabe mencionar que em sua apresentação ele fala do Programa Saúde na Escola, citando seus objetivos e colocando a instituição do Programa em 2007 (81) “como forma de ampliar as ações de saúde voltadas para alunos e alunas da rede pública de ensino” e não relacionado o Programa ao Projeto Saúde e Prevenção nas escolas ao longo do texto.

No entanto os HQs e o “Guia Adolescentes e Jovens para educação entre pares” não estão disponíveis nas páginas governamentais uma vez que na gestão do Ministro da Saúde, José Padilha (2011-2014), foi solicitado que sua utilização fosse suspensa, no entanto não foi suspenso pelas gestões do Ministério da Educação, mesmo as temáticas sendo amparadas por marcos internacionais, como a conferência de Beijing, e marcos nacionais como CF 88 e ECA (Entrevistada 3).

Já no levantamento de documentos internos e oficiais, tais como Notas Técnicas, Memorandos e Ofícios do Programa Saúde na Escola, não há nenhum específico para o adolescente e jovem.

Sobre a abordagem da participação juvenil, foram encontrados os seguintes documentos com alguma abordagem no tema:

1) Guia Semana Saúde na Escola: os materiais elaborados para as mobilizações de 2012 e 2013 (82, 83) possuem um capítulo sobre a participação e protagonismo juvenil e sua importância, com 4 propostas de oficinas para serem realizadas pelos profissionais da saúde e da educação, mas não fala sobre o envolvimento do adolescente e do jovem nas atividades.

Também possuem um capítulo sobre sexualidade e prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Os capítulos apresentam o tema e o contextualizam com as ações nas escolas e ambos estão na parte de atividades optativas. O material de 2014 apenas o mesmo capítulo apenas sobre participação juvenil, sem incluir os temas de sexualidade e prevenção ao uso de álcool e drogas. Cabe destacar que algumas oficinas apresentadas nesses materiais citaram os materiais do SPE como material de apoio.

2) Caderno de anotações relatos de experiências da Semana Saúde na Escola 2016 e 2017 (84, 85)- Versão Preliminar: neste material elaborado para apoiar a realização da Semana Saúde na Escola⁷ dos anos de 2016 e 2017 a participação juvenil aparece como tópico no item “A participação Estudantil na Experiência das Escolas”. O protagonismo juvenil foi também um dos aspectos considerados na seleção de experiências exitosas de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, tema da Semana Saúde na Escola de ambos os anos. De acordo com os relatos de experiência, esta estratégia foi nomeada de diferentes maneiras: “agente mirim”, “jovens educadores ambientais”, “agentes escolares de saúde ambiental” etc. (84). A orientação para inscrição de experiência a serem selecionadas para constar da publicação sugere alguns momentos a serem seguidos, a saber (84):

MOMENTO 1: discussão interdisciplinar prévia, com todos os estudantes do Ensino Fundamental ou Médio, sobre prevenção ao mosquito *Aedes aegypti* e doenças a ele associadas. **MOMENTO 2:** sensibilização e motivação dos estudantes para a importância da participação crítica e criativa no projeto da escola. **MOMENTO 3:** convite aos estudantes para adesão voluntária ao projeto. Organização dos estudantes voluntários em equipes, com um profissional de educação e/ou de saúde, para acompanhar a atividade. **MOMENTO 4:** cada estudante deverá receber um crachá que o identificará, durante suas atividades na escola e/ou entorno, como: “agente mirim”, “agente escolares de saúde ambiental”, “jovens educadores ambientais” ou outra nomenclatura a ser adotada pela escola. **MOMENTO 5:** a equipe da semana percorre o território identificando e eliminando os focos do mosquito. **MOMENTO 6:** a equipe organiza as demais atividades de

⁷ Semana Saúde na Escola: campanha realizada anualmente entre os anos de 2012 e 2018 com o objetivo de ampliar o reconhecimento das ações planejadas e executadas no âmbito do programa, além do fortalecimento da integração e articulação entre os setores da Saúde e da Educação no nível local. Cada ano um tema era escolhido pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

reciclagem e arborização. MOMENTO 7: a equipe elabora pequeno relatório da atividade, listando os materiais recolhidos do ambiente (e dando-lhes o correto descarte), e discute a experiência, compartilhando com a escola.

3) Caderno do Gestor, uma publicação de 2015 (68) que visa comunicar ao gestor as diretrizes do Programa. O tema “participação juvenil” aparece na página 28, no capítulo sobre o Componente III, de Formação: “b) Formação de jovens protagonistas para o PSE/SPE – Por meio da metodologia de educação de pares, busca-se a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde” e não há nenhuma discussão, ao longo de todo o documento, sobre a forma como isso deve acontecer *in loco*.

4) Nota Técnica conjunta nº 564/2014 datada de 29 de abril de 2014 e direcionada à Secretaria Nacional de Juventude (SNJ), à Secretaria de Política de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e à Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas (SPAA) sobre o Plano Juventude Viva, que era uma “estratégia política e de gestão ... a partir de um processo de convergência de programas, projetos e ações dos ministérios e municípios nos territórios onde há maiores índices de homicídios de jovens negros, para que a ampliação do acesso aos direitos possa reduzir os fatores de vulnerabilidade desta juventude. convocação à mobilização e responsabilização articulada de diferentes agentes e segmentos sociais no que se refere à pauta do extermínio da Juventude Negra ... “. Essa Nota sugere a incorporação, entre outras temáticas, da discussão do protagonismo/empoderamento juvenil negro no planejamento das ações do PSE, porém ao mencionar como aconteceria apenas sugere que “Estas temáticas podem ser trabalhadas de diferentes maneiras, desde rodas de conversas, contação de histórias, dramatizações, estudo de textos, debate a partir de filmes, documentários, curta metragem, além das produções musicais. Sugerimos ao final desta nota referências bibliográficas que podem contribuir para a discussão dos conteúdos sugeridos.”

5) Ementa do Caderno Temático sobre Participação Social, documento datado de 22 de junho de 2012, cuja proposta de primeiro tópico versava sobre Protagonismo Juvenil e

Saúde na Escola, e os tópicos a seguir tratavam sobre Participação Social, Espaços e formas de participação e controle social por jovens cidadãs e cidadãos no SUS, Determinação social e iniquidades em saúde e Educação Popular em Saúde: outros jeitos de dialogar e promover a participação social e cidadania. No primeiro tópico a ementa sugeria a escrita sobre “Saúde direito de todos - (contextualização histórica do SUS, princípios e diretrizes e referências legais e amplitude do direito à saúde); Interface saúde e educação: a importância do espaço escolar como espaço de cidadania e de saúde; O jovem e a saúde no Brasil (síntese sobre a situação da juventude e o acesso à saúde, dados epidemiológicos e reflexões sobre a juventude e a saúde, tomando por base álcool e outras drogas, DST/AIDS e violência; Importância do protagonismo juvenil em saúde; e O que significa promoção da saúde”.

Esse material não chegou a ter nenhum avanço na sua escrita e pelo resgate da proposta de elaboração de materiais temáticos no âmbito do PSE, sendo elaborado um caderno para cada uma das ações do Programa, a temática da participação social não entraria como um tema de material específico e sim seria transversal aos demais materiais.

Essa série de cadernos temáticos foi elaborada para algumas ações do PSE, porém na busca pela questão da participação social ou mesmo da participação juvenil, o material se remete ao material do SPE.

O que se observa é que a temática da participação social e especificamente da participação juvenil aparece em linhas gerais e como menção nos materiais do PSE. Já nos materiais do SPE, essa questão é amplamente discutida e fomentada inclusive com oferta de metodologias.

Sobre a participação no PSE, a Entrevistada 1: “... não precisa inventar a roda, já está tudo dado, então sem esse pilar se não fortalece a participação juvenil no PSE e ela não é uma coisa que você percebe Então assim, a participação juvenil pro PSE ela é, a participação social ela é um pilar né? E a participação juvenil quando você trabalha por eixo ela está dentro

desse pilar, então ela é um pilar do PSE, sem ela o PSE não avança, não avança, isso é claro e a gente já sabe!”. A Entrevistada 4 traz que a “... discussão de participação juvenil que no SPE tinha muito, no SPE era uma das diretrizes era a garantia da participação jovem, no PSE não tinha.”

5.3 A PARTICIPAÇÃO JUVENIL NO SPE E NO PSE NA PERSPECTIVA DOS GESTORES FEDERAIS

A representação da participação juvenil⁸ nas ações de promoção da saúde deve passar, primeiramente, pelo entendimento do que é a promoção da saúde. Nas entrevistas realizadas com 10 (dez) representantes do SPE e PSE das quais algumas atuaram desde a concepção das iniciativas, identificou-se que as concepções de saúde de forma mais ampla se misturam com a compreensão de promoção da saúde, determinantes sociais da saúde e prevenção de doenças e agravos (Entrevistadas 2, 3, 4 e 5).

A Entrevistada 1 fala que esse entendimento não está claro nem mesmo para o setor saúde, onde a promoção não está estruturada: “Extrapolando os atores que participariam efetivos da promoção da saúde seriam esses atores os clássicos, educação, assistência social, mas poderiam ser incluídos facilmente segurança, poderia ser incluído facilmente cultura e esporte. O que que acontece? A promoção da saúde ela não é estruturada e nem está clara para a saúde né?”.

A promoção da saúde implica na participação dos sujeitos, discutindo-se de forma positiva como olhar para as vulnerabilidades (Entrevistadas 1, 3 e 4). É uma estratégia de produção de cuidado, que implica na reorganização do processo de trabalho, na concepção de saúde pela lógica da determinação social, a promoção é um processo de construção diária,

⁸ Para o presente estudo, considerou-se os adolescente e os jovens, uma vez que o PSE também atua na Educação de Jovens e Adultos (EJA), e tem como público alvo todos os níveis de ensino público da educação básica.

cotidiana, é dinâmica. (Entrevistadas 1). É promoção no sentido também de exercício da cidadania, acesso à informação, reconhecimento integral do indivíduo garantia de direitos e autonomia das escolhas (Entrevistadas 1, 4, 6, 8 e 10). Ainda, é um processo de discussão conjunta de questões que não são individuais e que estão além da lógica biomédica e hospitalocêntrica (Entrevistadas 2, 4, 5 e 6).

A participação perpassa o lugar de fala, onde o indivíduo deve ser escutado. Neste sentido, metade das entrevistadas discorreu sobre a necessidade de escuta do adolescente e do jovem. A Entrevistada 1 diz: “... parece óbvio, mas as pessoas não fazem isso, você não faz um programa pra jovem sem o jovem participar da construção! Porque por mais que na época fôssemos jovens ainda, estávamos um pouco além da juventude poucos anos só, saindo da juventude há pouco tempo, a dinâmica era outra a gente estava com responsabilidade de gestão, então a gente não pensava como jovem, então a primeira coisa que a gente fez foi incluir o jovem.” e continua “... E como era essa inclusão? Não era uma consulta, porque uma coisa que eu aprendi também, você não consulta jovem, sim ou não, eles nunca vão responder sim ou não, eles sempre têm alguma coisa para dizer inclusive vão discordar do sim e vão discordar do não. Então não é uma consulta, é uma composição, você compõe com o jovem.”

A Entrevistada 8 também fala sobre esse lugar do adolescente: “...Dar espaço de fala, o lugar de fala né do adolescente, ter espaço para se expressar por todas as formas de expressão, espaço para desenvolvimento por todas as formas de desenvolvimento, e nisso está também o seu saber, está também eles poderem falar sobre o que está sentindo, estar podendo trocar com os pares deles,...”

A Entrevistada 6 fala da inovação que é garantir que o jovem participe dos processos a fim de superar a lógica adultocêntrica: “Essa inovação. Garantir e assegurar a participação dos adolescentes e jovens, ou seja, superar uma visão adultocêntrica de construção do programa...”. Esse empoderamento também aparece na fala da Entrevistada 9: “... o jovem

tem que estar empoderado, o jovem tem que saber ouvir e o jovem tem que ser ouvido em primeiro lugar, a participação ela é uma participação que tem que ter dois lados, lado de quem ouve da participação e lado de quem ... Então participação juvenil é isso, ...”

Essa participação protagonista, libertadora, onde é dado ao adolescente e jovem a possibilidade de opinar e tomar a frente das discussões apareceu nas falas das entrevistadas como resultante de uma metodologia de educação entre pares (Entrevistadas 2, 4, 6, 8 e 9), o que fica evidenciado nesta fala da Entrevistada 8: “...Eu acredito muito na educação entre pares, eu acredito muito que quem escuta o outro e a fala que faz sentido para quem está na situação é só quem está vivenciando, quem tem capacidade de empatia, e quem tem a mesma faixa etária ou muitas vezes já passou pela experiência ou quem está vivendo ali tem a capacidade de um diálogo mais claro, mais energeticamente mais equilibrado...” .

A educação entre pares é a metodologia utilizada nos dois materiais encontrados do SPE que tem foco no público adolescente e jovem, tendo também sido encontrada como proposta em materiais do PSE que referenciam o SPE. No entanto, na fala das Entrevistadas 1, 4 e 5, a participação juvenil no PSE fracassa ao não assumir a força desse entendimento que o SPE trazia, mas ainda assim há o reconhecimento da necessidade de se retomar isso no PSE uma vez que, é um instrumento de transformação, para que o adolescente possa ajudar a refletir e a criar naquele local, no território, na UBS, na comunidade que ele está o que é necessidade para ele, para que ele próprio possa exercer esse controle social (Entrevistadas 4, 6, 7 e 10). Ainda, conforme a Entrevistada 7 reafirma que: “... essa participação juvenil ela venha a formar também o aluno como um todo, ... no seu viés social, político, educacional e comunitário. Entendo que isso é também uma, um instrumento para transformação, não só do aluno e da sua comunidade mais próxima, mas também mostrar ele e a comunidade a sua força e a sua energia potencial para a solução de alguns problemas do ponto de vista comunitário e do ponto de vista da própria escola, mas também fundamentalmente do ponto de vista individual de cada aluno.”

O reconhecimento do território, entendendo que quem está nele é que é sensível para entender sua realidade, reivindicando soluções junto às instâncias competentes a partir da participação nos Conselhos e articulando com atores estratégicos foram fatores mencionados como pontos fortes das iniciativas intersetoriais (Entrevistadas 1, 6, 7 e 8).

O papel protagonista do estado no fomento à participação social como um todo, fragmentada nos entes federativos (Entrevistada 10) e considerada porta de entrada do Governo Federal (Entrevistada 5) foi destacado nas falas de 6 entrevistadas. Ou seja, há um entendimento de que o Estado não deve se furtar de fortalecer a participação social em todas as esferas de governo, uma vez que nos campos da saúde e da educação esta diretriz está no texto constitucional.

6. DISCUSSÃO

A discussão da Promoção da Saúde remonta à Declaração de Alma-Ata (DAA), datada de 1978, que traz o conceito de que a saúde é bem mais que ausência de doença.

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, trouxe em seu relatório final, a perspectiva da saúde como um direito que é resultante/influenciado por diversas ações/setores- os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Os princípios da integralidade e da participação social, já citado na DAA, dentre outros, foram destacados na construção do SUS.

Com a Constituição Federal de 1988 e a redemocratização no Brasil, a PS teve um papel importante nesse processo, juntamente com o movimento da reforma sanitária. Ao se descrever na constituição os princípios que regem a saúde, dentre eles o princípio da integralidade (promoção, proteção e recuperação), consolidou a PS como um dos pilares da saúde no Brasil.

O pressuposto deste estudo foi entender se o governo federal fomenta a participação juvenil nas políticas atuais de promoção da saúde nas escolas uma vez que o entendimento de promoção da saúde envolve a participação dos atores envolvidos, com seus saberes e possibilidades, e os adolescentes e jovens são o público para o qual as ações são pensadas e com o qual elas são realizadas.

Ao se compreender o surgimento das políticas de promoção da saúde no contexto pós redemocratização do Brasil, analisando-se a dinâmica de como entram na agenda do Governo Brasileiro, sendo formuladas, decididas, implementadas e avaliadas, pode-se observar a importância dos atores e de seus capitais cultural e social (13,14) que são decisivos para orientar a forma como essas políticas nascem e se estabelecem.

A criação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) em 2003 e posteriormente a instituição do Programa Saúde na Escola (PSE), em 2007, são um norte para

se compreender como a promoção da saúde, como configurada na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), é implementada. No entanto a falta de um alinhamento do entendimento sobre o que é promoção da saúde, em que implicam suas ações e quem são os atores envolvidos, observada na fala das gestoras entrevistadas e que estão/estiveram envolvidas na formulação do SPE e PSE nos setores saúde e educação, é um fator limitador para incorporação de suas diretrizes nas iniciativas analisadas.

Com base no modelo de análise políticas públicas estabelecido por Walt e Gilson (73), onde os atores influenciam e são influenciados pelo contexto em que vivem e atuam, pelo processo e pelo conteúdo, que é reflexo dos atores e do contexto, observa-se que a criação do SPE em 2003 surge como resposta ao contexto da epidemia de HIV e Aids, o que é verificado nos materiais elaborados pela gestão do Projeto com foco na participação dos adolescentes e jovens e na fala de entrevistados.

Conforme as entrevistas realizadas, o SPE foi exitoso no que se refere ao trabalho com a temática do HIV e Aids porque envolveu jovens que viviam com a doença “... outras ações também exitosas foi quando a gente envolveu os jovens vivendo com HIV que foram ações também de formação de lideranças jovens, de lideranças políticas jovens nesse campo” (Entrevistada 3) e “... de participação, dos meninos do como é aquele grupo dos meninos vivendo e convivendo com o HIV AIDS era um grupo extremamente organizado com participação do governo federal, incentivo do governo federal, então havia ali toda uma articulação com profissionais, articulação dos meninos, então tinha toda uma organização que era mais “aceitada”, era mais fácil de acontecer” (Entrevistada 5).

O forte foco na participação juvenil e fortalecimento desse protagonismo, que é evidenciado em todos os materiais analisados e que foram elaborados pelo Governo Federal e parceiros, aparece em pesquisa realizada pela Unesco em 2007 (86) que envolveu entrevistas, questionários e grupos focais com diretores, professores, gestores de saúde, de educação e famílias,

além de 102 mil estudantes entre 13 e 24 anos de 33 municípios de 14 estados. O resultado identificou, na discussão dos temas de prevenção às DSTs/Aids e gravidez na adolescência,

melhora no relacionamento dos professores com as turmas, maior abertura e disposição, por parte dos membros do corpo técnico pedagógico para conversar, orientar e aconselhar ...; aumento da adesão dos professores às atividades de prevenção desenvolvida pelas escolas... redução de preconceitos e tabus; um problema de redução nas costas, redução de problemas de comportamento e de comunicação entre os jovens; o aumento da confiança mútua e melhora da aprendizagem (86).

Na comparação entre escolas realizavam ações do SPE e escolas que não desenvolvem ações regulares de educação sexual e educação reprodutiva identificou-se que nas escolas do SPE professores de diferentes matérias discutem e orientam os estudantes (46,1%), enquanto, nas demais escolas, a discussão dos temas acontece somente durante as aulas de ciências. Outra constatação importante é com relação à frequência de realização das atividades de educação preventiva, que é maior nas escolas que aderiram ao SPE do que nas escolas que não aderiram (86).

A pesquisa da Unesco, no entanto, não avaliou a metodologia da educação entre pares, tão fortalecida no SPE. Essa metodologia foi avaliada em outra pesquisa, uma pesquisa-ação realizada pela Fiocruz Brasília com escolas públicas de cinco capitais representantes das diferentes regiões do país onde os jovens selecionados foram previamente formados para utilizar o material sendo responsáveis pelas oficinas, discussão e sistematização das experiências de uso. Essa pesquisa concluiu que (87) “o Guia constituiu um dispositivo para a reflexão e diálogo entre os jovens capaz de fortalecer a educação entre pares no espaço escolar. Identificou-se limites do uso auto instrucional do material. Seu uso é sensível às relações de poder que perpassam o espaço físico e simbólico da escola.”

Ou seja, a escola bem como os demais equipamentos sociais do território são elementos importantes para o empoderamento dos indivíduos a partir do momento em que se

colocam criticamente ao que Bourdieu chama de modo de produzir e aplicar as categorias de pensamento do Estado (11).

Bressan (9) analisou, em pesquisa de 2010, a concepção de participação social de adolescentes e jovens na gestão do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) a partir das metodologias encontradas em materiais do Projeto e identificou que o protagonismo juvenil “pode ainda ser entendido como o processo de construção de autonomia na interação entre jovens e adultos, em sua dimensão subjetiva relacionado aos valores democráticos e solidários, e em dimensão objetiva relacionada à ação individual ou coletiva sobre os problemas sociais concretos” e reconhece que “a participação juvenil na gestão do SPE é limitada a recomendações sobre a inclusão de jovens (ou organizações juvenis) nos grupos gestores estaduais e municipais.” Assim, os materiais avaliados pela pesquisadora, que vão ao encontro dos materiais analisados nesta pesquisa, utilizam metodologias eficientes para fomentar a participação dos jovens nas ações, mas não fomentam a sua participação no que antecede esse momento: o planejamento junto a gestão.

Esse planejamento conjunto, conforme os graus de participação elencados por Bordenave (18), se classificaria no grau máximo da participação, a autogestão, que ocorre quando um grupo determina seus objetivos, estabelece seus meios e controles sem referência hierárquica.

Observa-se que a pesquisa realizada pela Unesco, parceira da gestão federal no SPE, foi divulgada em 2007, ano de instituição do PSE. A pesquisa evidenciou os avanços das ações realizadas em escolas com a participação dos jovens, sujeitos protagonistas e parte importante do processo. Touraine (88), ao fazer a distinção entre sujeito, indivíduo e ator discute esses papéis em cada contexto. O indivíduo é parte de um processo de transformação para o sujeito, que tem significados teóricos e políticos. E o sujeito se manifesta a partir da vontade do indivíduo de ser ator no mundo social, nomeado pelo sociólogo de subjetivação, no qual o

sujeito humano emerge como liberdade e como criação. Nesse sentido, a partir da metodologia de educação entre pares, o SPE fortalece essa subjetivação, promovendo os adolescentes e jovens a sujeitos na escola, onde a educação e a organização de espaços de vida podem transformar relações de poder e influir na forma como esses adolescentes e jovens se percebem e percebem o mundo a sua volta (9, 11, 87, 88, 89).

Essa ação que o sujeito realiza no sentido de garantir sua autonomia, participando de forma ativa para modificar sua realidade, em linhas gerais se estabelece na Sociologia da Ação de Touraine, e condiz à diretriz da participação juvenil no PSE. Participação esta que se inicia na escola, espaço que, conforme Bourdieu, transforma as relações de poder e influência na forma como os jovens se percebem e percebem o mundo a sua volta.

Isso é identificado nos documentos e materiais do SPE: a importância da participação do adolescente e jovem como protagonista, como ator social, que se apropria dos significados teóricos e políticos para atuar a favor da sua liberdade democrática no espaço em que atua.

Cabe aqui o apontamento de que se deve compreender como o SPE se incorpora ao PSE sem sequer uma formalização. Não foram encontrados documentos que apontassem para o fim do SPE, mas nas entrevistas e pesquisa realizada ele se está explícito nas falas e nos instrumentos de orientação à gestão, tal qual o Caderno do Gestor PSE (Tabela 2), quando sugere que, se houver no estado o Grupo Gestor Estadual (GGE) do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que ele seja integrado ao GTI-E (68, p. 18) e quando informa que ele passa a integrar o Componente II PSE, uma vez que “se constitui como a principal estratégia para trabalhar as questões de educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva, prevenção das DSTs/aids e de hepatites virais, riscos e danos do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas no cotidiano da escola (p. 53).”

Conforme Walt e Gilson (73), para que o objeto de estudo seja identificado *é necessário analisar os atores individualmente ou a partir de grupos de interesses, internos ou externos aos governos, que se posicionam no centro do triângulo pela sua importância em todos os momentos ou etapas do processo político.*

Assim, compreende-se ao se observar a Tabela 2, que o SPE e o PSE foram idealizados pelo mesmo Governo, por meio de técnicos dos Ministérios da Saúde e da Educação, com participação de agências das Nações Unidas, tais como Unesco, Unicef e Unfpa, e tinham como diretriz a realização de ações de promoção da saúde com o público escolar. Independentemente das temáticas trabalhadas, Projeto e Programa orientam a mesma configuração de gestão nos três níveis de governo, com a criação de Grupos Gestores Intersetorias no SPE (GGIs) e de Grupos de Trabalho Intersetoriais no PSE (GTIs), porém o SPE não possuía linha orçamentária para repasse de incentivo aos municípios que manifestassem interesse em participar, o que o PSE possui e foi relatado como uma fortaleza do Programa por 60% das entrevistadas tal como coloca a Entrevistada 10 “nós temos recursos próprios, então eu acho que isso é um ponto muito forte para o desenvolvimento das ações, apesar de ser um incentivo, não ser tão significativo, é um recurso exclusivo do PSE que a gente passa para os municípios.”

Ainda, no que se refere às discussões para qualificação do PSE no âmbito federal, observou-se uma dissimetria de centralidade do PSE entre os setores (campos) da educação e saúde, uma vez que o Coletivo que deveria vigorar em ambos os Ministérios é um fórum que só existe na saúde, com participação de técnicos de diversas áreas do Ministério da Saúde e eventual representação do Ministério da Educação nas reuniões, explicitando as lutas de poder simbólico e afirmação entre atores de campos diversos, relacionado com a percepção de cada campo sobre a pertinência ou centralidade do PSE para sua atribuição específica (11,30).

De acordo com os níveis de importância de decisões estabelecido por Bordenave (18), a formulação da doutrina ou da política é o nível mais fundamental, a definição de objetivos e estratégias entra no segundo nível e a elaboração de programas e projetos é o nível intermediário. Posteriormente entra a alocação de recursos (Nível 4), a execução das ações (Nível 5) e no último nível, a avaliação dos resultados.

Podemos considerar que o SPE cumpriu todas os níveis de decisão previstos por Bordenave se considerarmos que a pesquisa realizada pela Unesco, parceira do Projeto, foi uma etapa avaliativa e que orientou positivamente as práticas do SPE. Isso também se complementaria pelo estudo realizado pela Fiocruz sobre a metodologia da educação). entre pares com amostra nas cinco regiões do país. Essa pesquisa da Fiocruz foi realizada no âmbito do PSE, refletindo também os resultados da ação do SPE, uma vez que o material no qual os adolescentes e jovens foram formados para validação foi o Guia de Adolescentes para Educação Entre Pares.

No entanto, não foi suficiente para serem considerados no desenho do Programa Saúde na Escola, que após mais de dez anos acontecendo ainda não possui um estudo multicêntrico de abrangência nacional que trate da sua avaliabilidade.

Algumas consultorias para o Ministério da Saúde vêm realizando, desde 2019, levantamentos sistemáticos para apoiar tal estudo que decorrerá de parceria com a Unesco, porém ainda não foi definida instituição que fará tal pesquisa.

Assim, ao se analisar em que medida a participação social é percebida como importante para as ações de promoção da saúde, pretendeu-se compreender em que medida a participação social dos adolescentes e jovens é um instrumento de promoção da saúde nas escolas, percebendo os fatores dificultadores no nível da gestão federal para que se fortaleça esse viés.

Os entendimentos de promoção da saúde e de participação juvenil por parte dos atores envolvidos no SPE e PSE são elementos importantes do trinômio contexto X conteúdo X processo do modelo abrangente de análise de políticas, pois uma vez que não há unicidade dessa compreensão, sua influência reflete e determina o conteúdo e os processos do que envolvem o Programa (74).

A participação juvenil nas ações de promoção da saúde nas escolas deve ser compreendida como pressuposto a ser incluído no planejamento conjunto entre saúde e educação, uma vez que perpassando o entendimento de promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (39) deve convergir na perspectiva de reconhecimento desses jovens escolares como atores que reconhecem as suas necessidades e podem modificar seu meio.

No PSE, embora grande parte dos atores entrevistados e dos conteúdos dos materiais avaliados levem a crer que se percebe a participação social, especificamente a participação juvenil, como estruturante da promoção, nem todos a entendem da mesma forma: é um fim ou como um meio? utilitarista ou militante para empoderamento? (20). O fomento da participação não é pensado a partir do contexto da escola, não são levadas em conta as relações de poder dentro deste espaço, elementos a serem considerados nas estratégias e metodologias (11,15,87).

Com a criação de um Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS) na Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) a partir de 2019, espera-se que a temática tenha seu conceito alinhado entre os profissionais da saúde da APS e que seja indutora de ações que tenham como diretriz a participação social. No entanto, esse ainda continua como mérito do setor saúde. No Ministério da Educação não foi identificado nenhum processo no mesmo

sentido, deixando a equipe do PSE no MEC na dependência da discussão na saúde, reforçando que as relações de poder nesta política intersetorial ainda estão distantes de serem equilibradas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se propor analisar o contexto de desenvolvimento do SPE e do PSE, bem como suas características metodológicas, conceituais e operacionais em particular aquelas que se referem à participação juvenil e de se conhecer as representações dos gestores participantes SPE e PSE sobre participação juvenil e sua importância em ações de promoção da saúde na escola, um fator limitante foi a pesquisa documental referente ao SPE. Só foram encontradas informações nos documentos disponíveis nas páginas oficiais ou em pesquisas realizadas por parceiros, mas que foram de grande importância para amparar as análises realizadas. A não realização de entrevista com uma pessoas-chave do SPE e outra do PSE por dificuldade de convergência de agenda e motivos pessoais também foi considerado um prejuízo, pois além de formuladores estiveram presentes na formulação e reformulação das iniciativas.

Os atores entrevistados foram apenas mulheres, que por mais que estivessem em níveis hierárquicos de chefia, conduzindo os processos de formulação e revisão das iniciativas também participaram do desenvolvimento dos materiais e da sua testagem. Também acompanharam diretamente eventos realizados com profissionais da ponta, como gestores das escolas e das unidades de saúde, o que pode apontar para um envolvimento afetivo e seus desdobramentos, a ser estudado em outro momento.

Conclui-se que a concepção da escola como espaço que promove autonomia e consciência crítica deve perpassar condições de participação, segundo uma pedagogia do desenvolvimento da autonomia, do compartilhamento dos vários saberes, do “aprender em ato de ensinar e ensinar em ato de aprender (89).”

Assim, entendendo a dimensão da escola como esse espaço com potencial de formação dos indivíduos, reconhecimento e troca de saberes, numa perspectiva da promoção da saúde, as ações que acontecem neste lugar tendem a abarcar um grande número de participantes por pelo menos um período do seu dia, cinco vezes na semana.

O PSE, que automaticamente incorporou o SPE após sua instituição, está atualmente em 5.289 municípios que aderiram com 91.659 escolas, totalizando um quantitativo de 22.425.160 estudantes. Ou seja, no último ciclo do Programa ele contou com a participação de 95% dos municípios brasileiros e um percentual de 63% do total de escolas da rede pública da Educação Básica de ensino.

Nesse sentido, a proposta de orientação para a gestão federal do PSE para fortalecer a participação juvenil tem quatro linhas:

1- Retomada do caderno de participação social com a finalidade de instrumentalizar os adolescentes e jovens, bem como profissionais envolvidos nas ações do PSE, por meio de metodologias que envolvem todos os participantes desde o planejamento até a ação em si;

2- Revisão do Caderno do Gestor, documento voltado para a gestão do Programa, com diretrizes e orientações que apoiam os gestores no planejamento das ações do PSE, incluindo a discussão da participação juvenil e orientando como ela pode acontecer efetivamente.

3- Inclusão de oficinas com metodologias de educação entre pares nos Guias de Bolso que acompanham os Cadernos Temáticos do PSE, na versão que está em processo de revisão a partir de 2020.

4- Fortalecer o debate na perspectiva da educação permanente e da educação continuada dos atores envolvidos com o Programa, visto que uma das dificuldades de fomentar a participação se refere ao compartilhamento do poder entre as gerações. A participação como

fenômeno relacional demanda a predisposição para a construção de relações mais horizontalizadas. Uma mudança cultural que demanda aprendizagem.

Por fim, cabe se considerar a contribuição das ciências sociais para analisar os processos e desafios da implementação das políticas e das relações entre os principais atores e campos, além do contexto. Esse exercício deve ser estimulado para apoiar a formulação e melhoria das políticas

REFERÊNCIAS

1. Paiva, R; Carmelini, JL. *Circulação e cidadania: modos de comunicar na cidade*. Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2019 jul.-set.;13(3):681-90 e-ISSN 1981-6278. [Acesso em 04 nov 2019] Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i3.1675>>.
1. Milani, CRS. *O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e européias*. Rap – Rio de Janeiro 42(3):551-79, maio/jun. 2008.
2. Gohn, MG. *Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais*. Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.20-31, maio-ago 2004.
3. Carrano, P. *A participação social e política de jovens no Brasil: considerações sobre estudos recentes*. O Social em Questão - Ano XV - nº 27 – 2012, p. 83-100.
4. Baquero, M. *Construindo uma outra Sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil*. Revista de Sociologia e Política nº 21: 83-108 Nov. 2003.
5. Guizardi, FL; Pinheiro, R. *Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):797-805, 2006.
6. Valla VV. *Sobre participação popular: uma questão de perspectiva*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Sup. 2):7-18, 1998.
7. Souza, RM. *Protagonismo Juvenil: o discurso da juventude sem voz*. Ver. Bras. Adolescência e Conflitualidade, 1(1): 1-28, 2009.
8. Bressan, A. *A participação juvenil no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: contribuições da análise documental para a identificação de estratégias de promoção da saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
9. Castro, LR. *Participação Política e Juventude: do mal-estar à responsabilização frente ao destino comum*. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 16, n. 30, p. 253-268, jun. 2008.
10. Bourdieu, P. *Razões Práticas: Sobre a Teoria da Ação*. Tradução: Mariza Corrêa. 11ª ed. Campinas, SP: Papirus: 2011.
11. Aguiar N, Org. *Desigualdades sociais, redes de sociabilidade e participação política*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. 47-71.
12. Bourdieu, P. *La distinction: critique sociale du jugement*. Paris: Minuit, 1979.
13. Bourdieu, P. *What makes a social class? On the theoretical and practical existence of groups*. Berkeley Journal of Sociology, n. 32, p. 1-49, 1987.
14. Mendes, AC, *As possibilidades analíticas da noção de campo social*. Educação & Sociedade [Internet]. 2011;32(114):189-202. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87319091012>.
15. Gadea, CA.; et al. *A contribuição de Alain Touraine para o debate sobre sujeito e democracia latino-americanos*. Rev. Sociol. Polít., Curitiba , n. 25, p. 39-45, Nov. 2005. [Acesso em 31 out 2020]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000200005&lng=en&nrm=iso.

16. Seoane, J (org.). *Psicología Política de la sociedad contemporánea*. Valência: Promolibro, 1990.
17. Bordenave, JED. *O que é participação?*. Ed. Brasiliense. 1ª edição. São Paulo, 1983.
18. Kahssay HM., Oakley P. 1999. *Community involvement in health development: a review of the concept and practice*. Geneva: World Health Organization.
19. Morgan, LM. *Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge*, Health Policy and Planning, Volume 16, Issue 3, September 2001, Pages 221–230
20. Buss, PM; Ferreira, JR. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 7-18.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Brasília: MS; 2009. Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica; n. 24.
22. Campos, GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
23. Melucci, A. *Um objetivo para os movimentos sociais?* Lua Nova no.17 São Paulo, Junho de 1989. [Acesso em 25 fev 2019] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451989000200004&script=sci_arttext.
24. Malta DC, Castro AM. *Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde*. Boletim técnico do SENAC 2009; 35(2):63-71).
25. BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: 1990.
26. Ministério da Saúde (BR). *Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
27. Raffestin, C. *Por Uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática, 1993.
28. Santos, M. *O retorno do Território*. In: SANTOS, Milton . *Território: Globalização e Fragmentação*. 4. ed. São Paulo: Hucitec: Anpur, 1998b. p. 15-20.
29. Bourdieu, P. *O campo político*. Revista Brasileira de Ciência Política, nº 5. Brasília, janeiro-julho de 2011, pp. 193-216.
30. Cohn A. *Caminhos da Reforma Sanitária*. Lua Nova no.19 São Paulo Nov. 1989.
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGP). *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS*. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
32. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [Acesso em 26 nov 2020] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
33. BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. [Acesso em 26 nov 2020] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm.
34. Brasil. Ministério da Educação. BNCC. Brasília: Ministério da Educação, 2018. 600p, p7.
35. 63. Politize. *O que é a BNCC?* [Acesso em 16 out 2020] Disponível em: <https://www.politize.com.br/bncc-o-que-e/>.
36. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde*. Brasília: 2015.

37. Ferretti, CJ; Zibas, DML; Tartuce, GLBP. *Protagonismo juvenil na literatura especializada e na reforma do ensino médio*. Cadernos de Pesquisa, v. 34, n. 122, p. 411-23, maio-ago. 2004.
38. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. [Acesso em 13 nov 2020]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>.
39. Nazzari, RK. *Capital social, cultura e socialização política: a juventude brasileira*. In Capital social: Teoria e Prática. Baquero, M; Cremonese, D (Org). [Acesso em 08 abr 2019]. Disponível em: <<http://capitalsocialsul.com.br/capitalsocialsul/arquivos/mt/livro%20capital%20social%202006-.pdf#page=123>>.
40. Costa, CMA; Tavares, MFL; Luiza, VL. *Escolas Promotoras da Saúde na América Latina: Uma Revisão do Período 1996-2009*. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 26(1): 117-127, jan./mar., 2013.
41. Albuquerque, PC; Stotz, EN. *Popular education in primary care: in search of comprehensive health care*, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
42. Buss, PM; Pellegrini Filho, A. *A Saúde e seus Determinantes Sociais*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, 2007. [Acesso em 03 abr 2019]. Disponível em: Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf>.
43. Czeresnia D. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
44. Cruz, DKA. em *Promoção da Saúde na Atenção Primária: diálogos e mudanças necessárias ao encontro*. Palestra para o Ciclo de Palestras da Atenção Básica, realizada em 22 de mar de 2019, em Brasília/DF.
45. Silva, CS; Bodstein, RCA. *Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola*. Ciência & Saúde Coletiva, v.21, n.6, p. 1777-1788, 2016.
46. Schall, V. *Educação em saúde no contexto escolar brasileiro: influências sócio-históricas e tendências atuais*. Ciência, Saúde e Educação: o legado de Virgínia Schall. Organizado por Simone Monteiro e Denise Pimenta. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. 469 p.:il.; tab.
47. Vivendo a Adolescência. Fase da vida? Faixa etária? Construção social? Afinal, o que é Adolescência? [Acesso em 17 nov 2020]. Disponível em: <<http://adolescencia.org.br/site-pt-br/adolescencia>>.
48. BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Acesso em 26 nov 2020]. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>.
49. BRASIL. Lei Nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. [Acesso em 26 nov 2020]. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112852.htm>.
50. Pais, Joé M. *A construção sociológica da juventude - alguns contributos*. Análise Social, vol. XXV (105-106), 1990 (1.º, 2.º), 139-165.
51. Dayrell, J; Lino, N; Leão, G. *Escola e participação juvenil: é possível esse diálogo?* Educar em Revista, núm. 38, setembro-dezembro, 2010, pp. 237-252 Universidade Federal do Paraná, Brasil.
52. Gonçalves, CF. *Protagonismo Juvenil*. Salto para o Futuro. Boletim 15. Saúde e Prevenção nas Escolas. ISSN 1518-3157. Brasília: Ministério da Educação, 2007. p. 56 – 63. [Acesso em 14 out 2018] Disponível em:

- http://www.emdialogo.uff.br/sites/default/files/saude_e_prevencao_nas_escolas.pdf#page=56.
53. Weller, W. 2002. *Orientações coletivas e a construção da identidade negra em grupos juvenis na periferia de São Paulo*. Artigo apresentado no VI Encontro Nacional de História Oral, realizado na Universidade de São Paulo, de 28 de abril e 1º de maio. Digit.
 54. Russo, K; Arreguy, ME. *Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”*: percepções de professores e alunos sobre a distribuição de preservativos masculinos no ambiente escolar. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [2]: 501-523, 2015.
 55. Ministério da Saúde (BR). *Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas*/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 24 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
 56. Santos LFS; Cardoso TZ; Pereira, MCA; Cardoso OO. *A escola como dispositivo social de promoção da saúde*. *Rev. FSA, Teresina*, v. 16, n. 2, art. 8, p. 149-165, mar./abr. 2019.
 57. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde* Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Série B. Textos Básicos de Saúde.
 58. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial MS/MEC nº 749 de 13/05/2005. Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. [Acesso em 14 out 2018] Disponível em: < https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-interministerial-749-2005_192837.html>.
 59. Silva SF. *Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2753-2762, 2011.
 60. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
 61. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.607 de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 62. Ministério da Educação (BR). Programa Mais Educação. [Acesso em 05 out 2018] Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/programa-mais-educacao/apresentacao?id=16689>>.
 63. Acordo Ministerial. “Prevenir com a Educação” Combate à epidemia do HIV/AIDS na América Latina e no Caribe. [Acesso em 19 de nov 2020]. Disponível em: <<http://adolescencia.org.br/site-pt-br/adolescencia>>.
 64. BRASIL. Portaria Interministerial nº 675, de 04 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. Brasília: 2008.
 65. BRASIL. Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. [Acesso em 14 out 2018] Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%206.286%2C%20DE%205,que%20lhe%20confere%20o%20art.>.
 66. Ferreira, IRC et al. *Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12):3385-3398, 2012.
 67. Ministério da Saúde (BR). *Caderno do gestor do PSE*. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. [Acesso em 19 de nov 2020] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>.
 68. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por

- estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. [Acesso em 19 de nov 2020] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html>.
69. Ministério da Saúde (BR). Indicadores e Padrões de Avaliação do Ciclo 2017/2018. [Acesso em 10 mai 2020]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/indicadore_padroes_avaliacao_PSE_17_18.pdf>.
70. Raeder, S. *Ciclo de Políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas*. Perspectivas em Políticas Públicas. Belo Horizonte. Vol. VII, Nº 13, p. 121-146. jan/jun 2014.
71. Walt G, Gilson L. *Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis*. Health Policy and Planning 1994; 9(4):353-370
72. Lyra, TM, Júnior, JLACA. Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9):3819-3828, 2014.
73. Rocha, CS et al. *O uso da Análise de Conteúdo como uma Ferramenta para a Pesquisa Qualitativa: descrição e aplicação do método*. Organizações Rurais & Agroindustriais, vol. 7, núm. 1, 2005, pp. 70-81 Universidade Federal de Lavras Minas Gerais, Brasil.
74. Godoy, AS. *Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades*. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63 Mar./Abr. 1995.
75. Alves, ZMMB; Silva, MHGFD. *Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta* Paidéia (Ribeirão Preto) no.2 Ribeirão Preto Feb./July 1992. [Acesso em 31 mar 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X1992000200007&script=sci_arttext.
76. Köptcke, LS; Caixeta, IA; Rocha, FG. *O olhar de cada um: elementos sobre a construção cotidiana do Programa Saúde na Escola no DF*. Revista Eletrônica Tempus. Actas de Saúde Coletiva V. 9, N. 3 (2015). Públicas em Saúde. [Acesso em 08 abr 2019]. Disponível em: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1798/1664>.
77. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas : guia para a formação de profissionais de saúde e de Brasília, 2006. 156 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
78. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adolescentes e Jovens para Educação entre Pares. Saúde e Prevenção nas Escolas. Fascículos. [Acesso em 01 nov 2019]. Disponível em: <<https://www.sintepe.org.br/site/v1/index.php/campanhas/prevencao-nas-escolas/84-prevencao-nas-escolas/4406-fasciculos-adolescentes-e-jovens-para-a-educacao-entre-pares>>.
79. Unesco (BR). Unfpa (BR). Unicef (BR). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. HQ SPE - Histórias em quadrinhos - Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília, 2010. [Acesso em 04 de nov 2020]. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/hq-spe-hist%C3%B3rias-em-quadrinhos-projeto-sa%C3%BAde-e-preven%C3%A7%C3%A3o-nas-escolas>>.
80. Unesco (BR). Unfpa (BR). Unicef (BR). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. HQ SPE: um guia para utilização em sala de aula. Brasília, 2010. [Acesso em 04 de nov 2020]. Disponível em: <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000188264>>.
81. Ministério da Saúde (BR). Guia de Sugestões de Atividades da Semana Saúde na Escola 2012. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. [Acesso em 04 de nov 2020]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/semana_saude_escola_guia_sugestao_atividades.pdf>.

82. Ministério da Saúde (BR). Guia de Sugestões de Atividades da Semana Saúde na Escola 2013. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. [Acesso em 04 de nov 2020]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_sugestao_atividades_semana_saude_esc_ola.pdf>.
83. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Anotações - Relatos de Experiências da Semana Saúde na Escola. Contribuições de troca de experiências de ações de identificação e eliminação dos focos do mosquito Aedes aegypti, associadas a atividades de educação em saúde ambiental para a promoção de ambientes saudáveis, que estão sendo desenvolvidas pelo Brasil afora.* Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
84. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Anotações - Relatos de Experiências da Semana Saúde na Escola.* Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
85. Unesco (BR). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Pesquisa “Saúde e Educação: Cenário para a Cultura de Prevenção nas Escolas”. Brasília, 2007. [Acesso em 06 de nov 2020]. Disponível em: <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000184073>>.
86. Köptcke, L. S. et al. *Reflexões sobre o uso de material para educação entre pares no Programa Saúde na Escola.* Com. Ciências Saúde. 2017; 28(2):178-187
87. Touraine, A. *Crítica da modernidade.* Petrópolis: Vozes, 2012.
88. Freire, P. *Educação e Mudança.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
89. Touraine, A. *Pensar Outramente: o discurso interpretativo dominante.* Petrópolis, RJ:Vozes, 2009.

ANEXO A: Roteiro para a Entrevista

Quadro 4. Formação do (a) entrevistado (a)

Perfil sociodemográfico
Nome
Sexo () Feminino () Masculino
Faixa Etária
Formação (graduação, especialização, mestrado, doutorado):
Tipo de vínculo de trabalho () Servidor () Consultor () Outros* *se “Outros”, qual?
Atua/atuou em qual Programa/Projeto? (pode marcar ambos) () Programa Saúde na Escola (PSE) () Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)
Período de atuação no Programa/Projeto (anos):

Quadro 5. Questões a serem abordadas na entrevista semiestruturada segundo conceitos que estruturam o Projeto (Fonte: elaboração da autora)

Questões	Conceitos – correlação
1) Perfil sociodemográfico (ver tabela). Objetivo: fazer correlação com aspectos políticos. Fale um pouco da sua trajetória profissional	<ul style="list-style-type: none"> ● Bourdieu (1979, 1987) – Capital Cultural e Capital Social: Capital social são os recursos baseados em contatos e participação em grupos. As relações sociais formam redes de comunicação que poderão ser acionadas para a obtenção de vantagens, recursos ou para a formação de novos contatos que por sua vez garantem o acesso a novas vantagens e novos recursos. Capital cultural são as maneiras em que a cultura reflete ou atua sobre as condições de vida dos indivíduos. Capital incorporado (capacidades culturais específicas de classe transmitidas intergeracionalmente através da socialização primária) X capital

	<p>institucionalizado (representa os títulos, diplomas e outras credenciais educacionais). O capital institucionalizado estaria ligado ao capital incorporado na medida em que a escola se estrutura de forma a facilitar o trânsito no processo escolar àqueles indivíduos que possuem determinado tipo de capital incorporado. Capital cultural e capital social reforçam-se mutuamente: uma cultura só pode se tomar exclusiva com base na delimitação dos contatos sociais e estes, por sua vez, se formam e se perpetuam a partir de uma base cultural.</p> <p>Análise de Política de Walt e Gilson (1994) que considera a importância de analisar os atores envolvidos com a construção da pauta e sua implementação, inclusive no micro contexto de gestão dentro das instituições.</p>
<p>2) Percepção dos gestores sobre participação social / O que é participação social para você?</p> <p>Em que medida a participação social faz parte ou está associada aos programas ou projetos com os quais você já trabalhou?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Bordenave (1983) – Graus de Participação: <ol style="list-style-type: none"> 1) Informação: nível superior informa sobre as decisões já tomadas; 2) Consulta facultativa: solicitação de críticas, sugestões ou dados para resolver um problema; 3) Consulta obrigatória: nível mais baixo deve ser consultado, mesmo a decisão final sendo do nível superior; 4) Elaboração/Recomendação: o nível mais baixo elabora propostas ou recomendações que, se não forem aceitas, devem ser justificadas pelo nível superior; 5) Cogestão: comitês, conselhos, colegiados, entre outros, onde o nível mais baixo toma parte nas decisões do nível superior, exercendo influência direta; 6) Delegação: nível mais baixo tem certa autonomia em certos campos ou jurisdições. São definidos certos limites dentro dos quais os administradores têm poder de decisão; 7) Autogestão: o grupo determina seus objetivos, escolhe seus meios e estabelece os controles pertinentes sem referência à um nível superior
<p>3) Como o entrevistado vê a participação social na saúde? E na educação?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Bourdieu: importância do microcosmo <p>Um microcosmo autônomo intrínseco ao macrocosmo social, assim, em seus espaços de articulação, o indivíduo problematiza e reflete suas ideias para junto com o coletivo – participação social – convocar propostas. Efeito de campo. O sentido da participação pode variar de acordo com o subcampo ou setor.</p>
<p>4) O que é saúde para você? O que você entende por promoção da saúde? Para você, em que medida saúde e educação se relacionam? O que você entende por saúde na escola?</p>	<p>Representações sobre saúde, educação e promoção da saúde</p> <p>Abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)</p> <p>Elencar os Determinantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bourdieu: importância do microcosmo <p>Um microcosmo autônomo intrínseco ao macrocosmo social, assim, em seus espaços de articulação, o indivíduo problematiza e reflete suas ideias para junto com o coletivo – participação social – convocar propostas. Efeito de campo. O sentido da participação pode variar de acordo com o subcampo ou setor.</p>

<p>Como você percebe o seu papel – dentro do programa - na promoção da saúde?</p> <p>Compartilhe exemplos que você conhece de ações/programas/projetos de promoção da saúde</p> <p>Como caracteriza as ações e atividades destes programas (citados anteriormente)?</p> <p>Quem são os atores implicados na política, programas e projetos de promoção da saúde que você conhece? Que setores participam desta política? Destes programas ou projetos? Como participam?</p> <p>Você acredita que existe um componente de participação social nessas ações/programas/projetos ? Como você compreende a importância da participação social nas ações de promoção da saúde?</p>	
<p>Sobre os casos</p> <p>Como você se envolveu com este projeto/programa? Qual era sua atribuição?</p> <p>Fale sobre o projeto/programa.</p>	<p>Considerações a partir dos documentos do Projeto (SPE) e Programa (PSE);</p>

<p>Para você, quais foram os pontos fortes deste programa? Projeto?</p> <p>Para você quais foram/são os maiores desafios deste projeto? programa?</p> <p>Na sua percepção, qual o papel dos jovens nos projetos?</p> <p>No projeto SPE/PSE os jovens participavam do planejamento (gestão)? e da realização das ações do SPE e/ou do PSE?</p> <p>Se sim, como?</p> <p>Se não, por que não participava? Você acha que deveria?</p>	
---	--

ANEXO B

Respostas das entrevistas a partir das categorias criadas

As categorias foram assim subdivididas: **Entendimento de Promoção da Saúde, Concepções de Saúde, Território, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, Inovações, Intersetorialidade, Participação Social, o Papel do Estado, Participação Juvenil e Desafios SPE e PSE.**

Dentro de cada categoria a discussão segue como apresentada a seguir:

- Entendimento de Promoção da Saúde (PS): as falas perpassam a transformação do território, o conhecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, a convergência dos níveis de atenção, a transformação social e materialização de direitos e amplitude dos conceitos e a relação com os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Para a entrevistada 5: “Promoção da saúde entra com esse viés que que ele foge da caixinha da saúde como elemento racional e se coloca como uma participação de todos os entes dentro de uma possibilidade de transformação do território.”

Já a entrevistada 1 diz que a PS. “... traz toda essa coisa de valorização do que já está construído, valorização das experiências, uma boa escuta, uma oportunidade do debate, de ouvir os contraditórios né? “. A mesma entrevistada diz que “As pessoas não discutem mais determinantes sociais da saúde, mas os determinantes sociais do processo saúde doença. Eu acho interessante, eu não trago essa discussão ainda pro Ministério por quê? Porque a gente

nem consolidou a discussão dos determinantes sociais da saúde, se eu enveredo cm essa discussão eu nem ganho essa discussão e enfraqueço a outra, então por enquanto eu continuo, mas eu já superei essa questão dos determinantes sociais da saúde e tendo acordado com os colegas que discutam os determinantes do processo saúde doença,..."

A promoção da saúde associada à participação foi destacada pela Entrevistada 3: "Eu acho que não existe promoção da saúde sem participação. Pra mim, assim, pra gente desenvolver ações de promoção da saúde a gente tem que estar diretamente se relacionando e construindo com os sujeitos que a gente que sejam beneficiados com as ações. Então assim, a gente aí fazer uma ação, pensa algo, uma estratégia, uma ação, um curso, uma formação, enfim as diferentes ações que eu acho que a gente pode pensar no âmbito da promoção da saúde eu acho que não faz sentido se a gente não tiver junto de quem a gente quer que a ação chegue! Então promoção da saúde sem participação eu acho que é uma coisa vazia, acho que não existe, pra gente trabalhar promoção tem que ter participação."

A promoção da saúde também foi distinguida da prevenção de doenças. A Entrevistada 4 traz que "... promoção da saúde é a possibilidade de você estar sempre discutindo o positivo e prevenção é a perspectiva de você estar sempre na perspectiva de negando a doença. Então a perspectiva que você tem de estar trabalhando com o positivo de estar reduzindo danos, de você trabalhando com redução de vulnerabilidades..."

- **Concepção de saúde:** essa categoria surgiu a partir da pergunta sobre o entendimento de saúde, que foi relacionado como processo de construção diária, não sendo a ausência de doença, mas "... um conjunto de atitudes e estratégias para que o ser humano não adoça " (Entrevistada 2). Ainda, "... a saúde é quando você se sente bem consigo e como seu ambiente em vários aspectos, tantos físicos quanto psicológicos, ambientais, coletivos , não necessariamente você não ter nada físico ou psicologicamente, porque muitas vezes o indivíduo

tem, mas ele se sente saudável ele convive bem com aquilo e com o seu ambiente e com seus pares” (Entrevistada 10).

O reconhecimento do indivíduo em sua integralidade, preconizando-se seu pleno desenvolvimento, foi mencionado por 3 entrevistadas. As respostas nessa categoria permearam o desenvolvimento individual a partir do coletivo, de ações desenvolvidas nas escolas buscando envolver família e comunidade. Também foi enfocada a importância da articulação, em especial, com a saúde “as pessoas não entendem que a perspectiva da educação no sentido de você se reconhecer como indivíduo integral e aí no sentido na questão de olhar você como um todo e de você se reconhecer como um todo para a sua saúde é muito mais importante! E aí os dois setores é muito recentemente conseguiram entender a importância de trabalhar junto e esse exercício é muito mais da saúde do que da educação” (Entrevistada 4).

O fato de a saúde ir além lógica biomédica, hospitalocêntrica, foi trazido por 4 entrevistadas. Também foi abordado o acesso à informação como exercício da cidadania, associando-se saúde à educação em saúde, que para a Entrevistada 6 “parte muito dessa premissa assim, são saberes e práticas que se complementam pensando nesse sujeito integral .”

Sobre as formas de se promover saúde, a escola foi um equipamento mencionado: “Educação naquele espaço ali, os educadores, os jovens podem construir várias formas de promover a saúde assim, por exemplo, vamos promover espaços de participação, vamos promover espaços que a gente possa conversar sobre a saúde mental, por exemplo, espaço que a gente possa discutir sobre o cuidado e principalmente a educação a escola, a escola em si ter essa articulação com a saúde como um campo mesmo estruturado pra fazer coisas juntos...”(Entrevistado 6).

Ainda, a mesma entrevistada diz que “a educação em saúde ela parte muito dessa premissa assim, são saberes e práticas que se complementam pensando nesse sujeito integral.”

- **Território:** essa categoria foi assim definida por questões trazidas por 4 entrevistadas e consideradas relevante para a discussão dos resultados uma vez que, conforme observado na

revisão de literatura, a concepção de território difere para educação e saúde. Assim, a liberdade a partir da realidade local foi exposta pela Entrevistada 1: “... para além de fazer leitura do território tem que o município tem que ter essa sensibilidade e tem que ter essa liberdade pra trabalhar a partir dos seus, dos seus, da sua realidade, da sua potencialidade ...”. Entrevistada 8: “.. quando entra as propostas construídas conjuntamente com o lado da saúde eu entendo que já cheguem uma demanda de questões sociais do território, a escola está dentro daquele território e as crianças daquele território são membros da comunidade e essa educação, essa saúde vai ter que olhar para essas questões da comunidade para em parceria com a escola pensar em atividades educativas e de promoção da saúde e quando for necessário no campo da saúde intervir sobre as questões de uma forma mais direta.”

A Entrevistada 7 lembra que “... A escola também participa da solução da problemática da sua instância menor, do seu bairro, da sua comunidade mais próxima. E também levar essas questões e reivindicar a solução de tudo isso junto a administração municipal ou estadual ou as instâncias a elas vinculadas..”

- Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: categoria criada a partir das respostas que remetem, em grande parte, ao Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), cujas principais temáticas envolviam esse tópico, prevenção de IST's e Aids e Prevenção ao uso de álcool e drogas. A partir dessa categoria foram subdivididas as seguintes subcategorias: temática da sexualidade como empoderamento juvenil, discussão de DSDR em um política pública, mexer com a juventude incomoda, o sexo, a sexualidade fazem parte do desenvolvimento humano, resposta ao HIV que era muito forte, Formação de professores – temática de sexualidade: precursor do SPE, Educação sexual – propostas que não se compõe com os jovens, DSDR como Direito Humano, pauta da sexualidade era incrível para a juventude, e DSDR com participação juvenil e diálogo entre saúde e educação. As respostas levam em conta que os jovens já estavam envolvidos na discussão desse tema, conforme a Entrevistada 4: “... pensar que a gente já estava

discutindo com jovens direitos sexuais reprodutivos numa política pública há 10 anos, ...”, ao mesmo tempo em que “... mexer com a juventude incomoda, mexer com a cabeça dessa juventude da massa pensante incomoda, você vai discutir promoção da saúde, vai mexer com saúde e educação não é para mexer nisso, sabe? Vai mexer com outro assunto, sabe? Não, isso deixa quieto! Isso me frustra muito... “.

“Tem um projeto de formação de professores em sexualidade junto com a TV Escola, ... Não existe mais, isso foi antes do da década de 90... foi uma formação de professores que foi muito efetiva, depois veio o “Camisinha na Escola” (projeto), antes do SPE, durou uns meses e o próprio SPE, que foi uma estratégia de promoção da saúde, equidade de gênero que foi um projeto pioneiro no Brasil que onde a gente podia falar de sexualidade de gênero e onde tinha efetivamente a participação dos jovens, foi um projeto que durou, foi 2003 a 2007 né?...” (Entrevistada 4).

Em contrapartida a Entrevistada 1 traz o tema para os dias de hoje e diz “... o PSE que tem esse público juvenil muito forte que hoje tem muito isso do governo atual para o jovem, que inclusive faz política para o jovem sem compor e, a gente está vendo várias críticas a questão da, da abstinência sexual, enfim, da escola sem partido, essas coisas todas, da educação sexual, são propostas que não compõem com os jovens...”.

Conforme a Entrevista 9 “... a nossa mensagem era não vamos ser, evitar não transar, não faça abstinência não, o sexo a sexualidade faz parte do desenvolvimento humano, faz parte do humano, então não vamos negar o que é humano!... O sexo, a sexualidade, é saúde e saúde tem que ser cuidado, assim como eu cuido lá escovo os meus dentes, eu tenho que cuidar também de outras partes do meu corpo, eu tenho que escolher os meus parceiros com quem eu quero fazer sexo, escolher se eu quero ou não entrar para droga, se eu for entrar para droga tem que fazer uma utilização preventiva... é cuidada né? Não posso compartilhar seringas

que era um outro tema que a gente falava muito do âmbito da prevenção do uso de drogas e ter responsabilidade”.

- **Inovações:** A questão das inovações apareceu bastante na fala de uma entrevistada que esteve à frente do SPE num período de definições de estratégias para o Projeto. São pertinentes a fim de serem categorizadas porque dizem respeito à forma como se trabalhavam os DSDR, relatando que “qual era o segredo, qual era o innovation? Essa inovação. Garantir e assegurar a participação dos adolescentes e jovens, ou seja, superar uma visão adultocêntrica de construção do programa...”. Ainda: “Tinha uma outra inovação também que era a disponibilização de preservativo nas escolas que também foi outro ponto inovador..” “... pensando a saúde sexual e a saúde reprodutiva como um direito humano, isso é muito inovador também pra época como política pública né?”.

A entrevistada considera inovação também a conformação do projeto de acordo com as necessidades locais “... essa conformação ela foi se dando também muito de acordo com as realidades que são absolutamente distintas nesse Brasil todo, então em alguns estados, eu lembro muito bem disso que o SPE ele conseguiu ser implementado na sua metodologia mais pura e em outros ele sofreu essas adequações, em outros ele meio que fez uma, que essa era loucura, ... em alguns estados como São Paulo que já tinham o prevenção também que era outro programa antigo, ele conseguiu fazer uma interseção. E aí o que que ele traz como elemento inovador que a prevenção se apropria, tu percebes? Então ele tinha essa capacidade também, de adaptabilidade né? Dependendo da realidade, enfim da gestão de cada estado...”

- **Intersetorialidade:** Essa categoria é o cerne do SPE e do PSE, uma vez que, conforme tratado em capítulos anteriores, é a partir da articulação local entre os setores que ambos fazem a diferença. Essa foi a categoria que contemplou o maior conjunto de respostas, as quais permearam intersetorialidade e Promoção da Saúde, intersetorialidade e território, dificuldade de diálogo, entendimento de saúde na escola, transição e influência do SPE para o

PSE e retrocesso, projeto político pedagógico, Coletivos e grupos de trabalho, dificuldades, verticalização das ações, tecnologia social e articulação com atores estratégicos.

A ideia da intersectorialidade como algo que não é comum a cada setor e sim algo que surge a partir do encontro é trazida pela Entrevistada 1 “quando o PSE enxergar que tem que ter essa sequência lógica ele tem que ir até o final com essa lógica, conceito ampliado de saúde, intersectorialidade como ela é, não é somar educação e saúde é produzir uma terceira coisa onde todos se enxerguem sem ter identidade exclusiva, então não, mas não sou da saúde, somos nós do PSE. Se ele não chegar aí ele não vai realmente se concretizar como que é proposto e pra ele chegar aí os dois ministérios precisam, vou usar um jargão assim, de caminhar junto, mas precisam não só caminhar, mas dar o suporte para que as pessoas entendam isso...”

A fala de outra entrevista (Entrevistada 2) conjuga a intersectorialidade, participação social, promoção da saúde e território “... eu acho que a participação social é importante porque eu acho que vai envolver todo mundo, a participação social na promoção da saúde é vital eu acho, porque não adianta, não é de muito valia o Ministério da Saúde saber o que que é promoção da saúde, o Ministério da Educação saber o que que é promoção da saúde, mas não levar lá na ponta que é onde precisa, é onde estão os estudantes e a comunidade, que o programa saúde na escola ele não envolve só os estudantes, ele envolve também toda a comunidade do território.”

A questão da articulação intersectorial para ações de promoção da saúde nas escolas perpassa a fala de pelo menos metade das Entrevistadas, como nessa resposta da Entrevistada 1: “Se eu estou entendendo que promoção da saúde traz o conceito ampliado de saúde e esse conceito ampliado de saúde engloba o território eu tenho que entender que não é só os profissionais de saúde que fazem a saúde! Tem outras formas de se fazer saúde no território, o PSE precisa compreender isso, até pra ele se aproximar mais da realidade ...”. continua a Entrevistada 1, “...saúde e educação se encontram porque são estruturas, a saúde e a educação são estruturas

para a promoção da saúde, não são princípios, são estruturas que fazem que dão concretude a promoção da saúde, assim como assistência social, enfim...”

Sobre a transição e influência do SPE no PSE, uma fala da Entrevistada 5 dá a entender que o SPE deixa de existir por si só, “o SPE ele passa integral pro PSE. É aquela coisa que parecia uma coisa meio grega assim sabe? Porque o pai pariu o filho, depois o filho se tornou o, o filho foi para dentro do pai, uma coisa assim que é difícil de a gente explicar como é que isso aconteceu, mas a coisa é assim.”. Já a entrevistada 4 dá conta de que o SPE acabou porque suas temáticas incomodavam: “... o SPE para mim que acho que acabou tão rápido, umas das coisas é isso porque a gente tinha retorno rápido, funcionou, funcionou e funcionou porque incomodou sabe? O resultado foi muito maravilhoso, a gente tem avaliações que mostram redução da percepção de gravidez, redução de taxas de sífilis, tudo que a gente precisava a gente tinha na mão ... , então por que que não deu certo? Por que incomodou muita gente entendeu?”.

A Entrevistada 9 acredita que o SPE pela característica de projeto, tinha um fim previsível “... eu acho que o projeto em si ele teve bons momentos e como o nome diz projeto ele tinha que diluir num programa maior que foi o programa Saúde na Escola, que ao meu ver ele diminuiu um pouco a entrada do projeto saúde e prevenção porque ele ela tinha um, muitas ações se uma coisa é feita então a saúde e prevenção trazia a questão da participação dos jovens, a questão da prevenção da gravidez na adolescência”.

A Entrevistada 8 entende que “o PSE ele não veio sobrepor todas as ações que foram criadas, então ele se alimenta, ele vem com um guarda-chuva e ele se alimenta de todas, a gente não escrevia todas as ações que envolvem a política nacional de atenção integral a saúde da criança, mas quando a gente incorpora as ações de saúde da criança a gente entende que tem coisas ali dentro, ... eu não posso dizer que o PSE tem que fazer vacina, quem faz vacina é o programa de imunização, PSE ele junta tudo e diz o que que é importante, olha na escola é importante fazer isso, isso, isso, isso, isso e minimamente tem que ter isso e isso, mas vocês podem criar para

fazer mais coisas e a gente não tem como o PSE criar um programa de educação de pares ou um programa de protagonismo juvenil que já tem via um dois eixos dele que é o SPE.”

A Entrevistada 6 fala do surgimento do SPE: “... o SPE ele surge assim, dessa necessidade de a gente sabe assim, que tem uma maioria majoritariamente os adolescentes estão dentro do espaço escolar e até não a gente tinha um conjunto de iniciativas numa perspectiva de educação sexual que acontecia em vários lugares do Brasil, estou falando isso especialmente no final do anos 90 começo dos anos 2000 e o Ministério da Saúde naquela época tinha um desejo muito grande de estruturar um programa nacional que pudesse trabalhar com essas temáticas de saúde dentro da escola, então em 2003 o SPE começa como um projeto piloto, acho que foi no Acre, Paraná e eu não vou lembrar os outros lugares... mas o desafio era como pé que a gente vai articular isso no nível central, estadual, municipal, saúde e educação? E aí foi quando foi se desenvolveu o modelo de gestão, o modelo de governança, quando entram as agências internacionais para trazer comparação técnica para fortalecer também a implementação do programa no Brasil todo..., então aí é que surge o grupo gestor federal, estadual e municipal... e como o programa foi muito gestado dentro do departamento de AIDS e naquele momento em 2006 mais ou menos também estava se estruturando no Brasil a rede nacional de adolescentes e jovens vivendo e convivendo com o HIV AIDS isso também foi uma forma de inspiração, porque o movimento também começou a precisar a gente, a rede que estava se estruturando, olha que bonito isso.”

A Entrevistada 5 faz um crítica às ações do PSE: “Porque ele (PSE) dava conta de tudo e de todos em pautas absolutamente divergentes, abrangentes e assim, todo mundo quem é o objeto de, pra quem a gente faz, era todo mundo, de criança, não sei o que, e depois ampliou ai era a creche, a pré-escola, todo mundo! E sobre o que exatamente? Tudo! E aí diz como é que vai começar a alinhar isso? Como é que vamos enxugar? Vamos escolher ações?”

Sobre a verticalidade das ações a Entrevistada 5 conta “um bastidor assim, às vezes a gente não sabia nem que os ministros já tinham decidido coisa sobre o que fazer e a gente estava brigando lá embaixo, porque também tinha muito isso né? A própria verticalidade do programa era uma coisa que às vezes era extremamente complicada, os ministros sentavam decidiam alguma coisa e a gente só ficava uma semana depois e nisso a gente já tinha quebrado o pau lá embaixo né? Então o negócio é complicado!”.

Ainda no âmbito da categoria Intersetorialidade, documentos de apoio foram mencionados por três entrevistadas, tais como marcos legais, conferências internacionais de promoção da saúde, o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), a Constituição Federal, manuais do Projeto e Programa, Notas Técnicas e Guias.

- **Participação Social:** essa categoria buscou agrupar as falas das entrevistadas quando perguntadas sobre a percepção da participação social e abarcou 24 subcategorias que trouxeram à luz questões como limitação de uma perspectiva política muito antiga (Entrevistada 6 “... E ai por exemplo, essa discussão da neocolonização, da periferia centro, sempre vem esse discurso de que a gente vai ter que fazer conforme os intelectuais e o centro que está pensando, mas a periferia está produzindo muita coisa, então essa essas novas formas de participar é participação social, que eu acho que a concepção que a gente tem de participação social ela é muito limitada, é de uma perspectiva política muito antiga assim”) e participação pela reclamação (Entrevistada 10: “... E as pessoas também no seu dia-a-dia elas tendem a participar mesmo que seja pela reclamação, pela reivindicação dos seus direitos de uma maneira mais efetiva dentro da saúde.”, saúde tem mais tradição na participação social”).

Como essa categoria expandiu a discussão apresentada na revisão de literatura e está diretamente relacionada com o tema desta pesquisa, é importante trazer todas as falas na subcategoria “entendimento de participação social”.

A Entrevistada 1 entende que “Participação social é o direito de você decidir o que vem pra você, assim bem clássico, porque é não é participar, é o direito de você participar decidindo, contribuindo, e pressupõe isso.”, que vai ao encontro do que a Entrevistada 2 menciona “... a participação social passa muito pela responsabilidade social que todo, todo mundo, que nós servidores temos que ter com a comunidade. É isso que eu entendo como participação, é responsabilidade e vontade de ajudar e sempre focado no interesse comum.”

A Entrevistada 3 entende que “... participação social é a gente poder realmente exercer o nosso lugar de sujeito político no mundo, os diversos espaços que a gente puder atuar na nossa vida, seja num grêmio estudantil, seja da gente poder estar nos coletivos que decidem que tomam as decisões, seja pros processos comunitários, seja pelos processos mais no âmbito das políticas públicas, mas de fato você exercer o seu papel de sujeito político no mundo e você poder atuar nisso, você de fato ter fala, ter um lugar,...” e emenda, “... ter um espaço e você ser realmente resguardado nesse espaço seja ele qual for seja no espaço de uma comunidade, uma liderança comunitária ou nos coletivos de comunidade, seja nos espaços de conselhos e de comitê gestor, mas enfim você de fato se organizar pra ter uma voz ativa política...”.

A Entrevistada 8 afirmou que “Está difícil assim da gente falar de participação social né? Que atualmente a gente tem tido uma voz muito oprimida, os espaços que eram garantidos de participação social estão sendo extintos em muitos lugares, tem uma cultura de participação social no Brasil que eu acho que a gente não se apropriou de uma forma consistente, eu vejo um uso muito grande das pessoas para manipulação dos governos, então participação social é, é o envolvimento das pessoas nas decisões ou nas práticas de políticas públicas ofertadas ou que estão instalada né? Políticas públicas ou sistemas que são ofertados.”

A Entrevistada 9 segue na mesma linha da Entrevistada 8 quando fala que “... não sei como que está essa questão atualmente no governo, mas eu acho que participação social é tudo, é esclarecer ao criar o projeto, ao sensibilizar uma escola ...”.

A Entrevistada 1 diz que “No Ministério (Saúde) tem a participação social prevista nas portarias é ela é concretizada na ponta assim, em ilhas sabe? Alguns municípios, algumas, ela não engloba o projeto todo da participação social!” e completa, “... se eu olhar hoje do Ministério como gestora federal ela só está prevista, porque o ministério ela não dispara uma, uma estratégia completa de fomento dessa participação e eu falo dos dois ministérios, porque os dois ministérios não se conversam...”.

Algumas entrevistadas mencionaram a participação social como aposta fundamental no SPE e devendo ser estruturante para o PSE, conforme a Entrevistada 1: “... a participação social no PSE deveria ser um aspecto estruturante, na práxis, na materialização do programa, começar primeiro por essa questão da participação, ... “. A Entrevista 5 considera que “... o momento político do PSE ele estava muito favorável à participação social, havia uma pauta política que clamava pela participação social em todos os âmbitos...”. No SPE essa participação foi reconhecida, conforme a Entrevistada 9: “instituir o projeto na escola é convidar todos os professores, pais, sensibilizar toda a comunidade escolar e o entorno para criação e entender o que é o SPE, nós conseguimos em alguns municípios com muito êxito trazendo a participação social, trazendo o público que seria beneficiado, os jovens, os seus pais,...”.

Outras formas de participação social foram lembradas pela Entrevistada 6: “... eu acho que a gente precisa encarar outras formas de participação social como por exemplo as ocupações que são cada vez mais presentes nas grandes cidades, por exemplo, ou como é que a gente pensa também a participação social...”

A participação na escola está na fala da Entrevistada 8: “...o espaço da escola não é um espaço terceirizado de criação dos filhos, é um espaço complementar a educação dos filhos, em que os pais têm o direito e o dever de participar, a escola tem o seu espaço co-construído entre serviço ofertado e famílias, então a gestão da escola tem que ser toda construída com a comunidade desde a questão financeira, questão educacional, o espaço de livre conversa com os professores,

poder apoiar na manutenção da escola, se sentir corresponsável por aquele espaço em que a criança passa... então eu acredito que a gestão participativa, a participação social na escola é algo fundamental porque ela é corresponsável pela criação desses seres e desses seres que vão formar o mundo né? Que estão aí no mundo, que vão formar o mundo e é uma via de mão dupla né? Eu interfiro na escola e a escola interfere em mim diretamente ou por meio dela..”

- **O Papel do Estado:** Algumas entrevistada trouxeram a participação do estado para a concretização da participação social. A Entrevistada 2 fala que “a gestão federal ela cuida das diretrizes e da organização do apoio aos estados e os estados ajudam a gestão federal a disseminar tudo que é que o programa precisa que seja divulgado nas redes...”. A Entrevistada 5 reforça: “... Eu tenho uma visão de que o Estado ele tem que ter uma participação forte e protagonista em todas ações voltadas por políticas públicas se não a gente vira um mercado! ... o Estado tem que ser protagonista e incentivar sim a participação social, mas ele tem que ter uma articulação forte de início... e outras vezes com mais dificuldade, agora um tanto mais, fomentado pelo governo federal, agora eu entendo de que para uma ação de política pública a participação social ela tem que estar articulada com o governo, se não ela tende a morrer ali, a virar uma ação pontual, a virar uma ação pronto fizemos acabou, fica todo mundo achando que está fazendo, achando que está maravilhoso, pronto fiz a minha parte e você vai ver que com o tempo não avança. Então assim, ela tem que ter articulação com o governo,”

A Entrevistada 3 reforça o papel da participação na constituição do SUS: “Ah na saúde eu acho que a gente tem vários espaços,, eu quero falar dos espaços que estão constituídos no SUS né? Porque a gente sabe que o SUS ele é todo, todo seu aspecto de constituição do SUS, da direção, das diretrizes do SUS a gente tem essa questão da participação social como algo instituído então a gente tem os espaços de participação, a gente tem as conferências... participação social no SUS ela é instituída e ela é garantida. Apesar da gente estar com risco com tudo, mas eu quero falar do que é a legislação, do que está regulamentado e do que

importante pra gente ter o SUS que a gente acredita então a participação social na saúde ela é vital, é como se não existisse SUS sem a participação social”. A Entrevistada 2 corrobora com essa percepção: “Na saúde pela própria lei 8.142 a gente tem uma participação muito mais forte e ela vem muito desde a 8ª Conferência, então ela, é o cerne do SUS da 8ª Conferência veio da participação social, então ela é muito forte!”

A Entrevistada 10 fala que “... cada um trabalha de uma forma muito independente e isso dificulta a questão da participação social ao meu ver, porque no município, por exemplo, os estudantes, os seus responsáveis, a comunidade tem que se organizar para ter uma conversa com a escola municipal e se organizar para ter outra conversa com a escola estadual e outra conversa se for uma escola federal, então isso fragmenta demais a participação das pessoas, porque se é difícil se organizar para conversar com um ente, imagina com três diferentes...”

- Participação Juvenil: A participação perpassa o lugar de fala, onde o indivíduo deve ser escutado. Neste sentido, metade das entrevistadas discorreu sobre a necessidade de escuta do jovem. Entrevistada 1: “... parece óbvio, mas as pessoas não fazem isso, você não faz um programa pra jovem sem o jovem participar da construção! Porque por mais que na época fossemos jovens ainda, estávamos um pouco além da juventude poucos anos só, saindo da juventude há pouco tempo, a dinâmica era outra a gente estava com responsabilidade de gestão, então a gente não pensava como jovem, então a primeira coisa que a gente fez foi incluir o jovem.” e continua “... E como era essa inclusão? Não era uma consulta, porque uma coisa que eu aprendi também, você não consulta jovem, sim ou não, eles nunca vão responder sim ou não, eles sempre têm alguma coisa para dizer inclusive vão discordar do sim e vão discordar do não. Então não é uma consulta, é uma composição, você compõe com o jovem.”

A Entrevistada 8 também fala sobre esse lugar do adolescente: “...Dar espaço de fala, o lugar de fala né do adolescente, ter espaço para se expressar por todas as formas de expressão, espaço para desenvolvimento por todas as formas de desenvolvimento, e nisso está também o seu saber,

está também eles poderem falar sobre o que está sentindo, estar podendo trocar com os pares deles,..."

Sobre a participação no PSE, a Entrevistada 1: "... mas ó quando for pra jovem é isso aqui, não precisa inventar a roda, já está tudo dado, então sem esse pilar se não fortalece a participação juvenil no PSE e ela não é uma coisa que você percebe...". A Entrevistada 8: "... é protagonismo juvenil pode apoiar o desenvolvimento de ações e a concretização de ações que sejam pensadas, elaboradas, colocadas em prática, finalizadas pelos próprios adolescentes, ouvir, ouvir e botar em prática as ações a partir do que os adolescentes e jovens trazem isso é propiciar protagonismo juvenil pelo PSE."

Já no âmbito do SPE, a entrevistada 3 fala que "desde o início a nossa discussão era sempre assim, se a gente vai fazer algo para os jovens a gente precisa ouvir os jovens e precisa saber o que faz sentido pra eles! E a gente tinha o comitê gestor federal, a gente induzia os comitês locais também e todas as nossas diretrizes a gente falava e registrava,... Eu acho que a gente fez um grande esforço da gente garantir essa participação, a gente conseguiu em vários momentos envolver os jovens, mas não foi sempre!". E continua ao afirmar que a questão da participação era orgânica: todos tinham a mesma visão da importância da participação dos jovens: "... Era essa questão dos jovens da participação juvenil no SPE isso várias outras coisas a gente tinha discordâncias entre setores e tal, mas essa questão da participação ela era orgânica todo mundo tinha a mesma, a mesma, o mesmo pensamento assim, a mesma visão da importância da participação dos jovens." A Entrevistada 4 reafirma: "Então o SPE foi um projeto efetivamente de participação jovem que tinha... efetivamente a participação do jovem, onde você tinha os eixos de sexualidade garantidos, de direitos sexuais reprodutivos, equidade de gênero".

Duas entrevistadas trouxeram a questão da participação juvenil como um pilar, uma diretriz para o PSE e o SPE. A Entrevistada 1 diz: "Então assim, a participação juvenil pra o PSE ela é, a participação social ela é um pilar né? E a participação juvenil quando você trabalha por eixo

ela está dentro desse pilar, então ela é um pilar do PSE, sem ela o PSE não avança, não avança, isso é claro e a gente já sabe!”. A Entrevistada 4 traz que a “... discussão de participação juvenil que no SPE tinha muito, no SPE era uma das diretrizes era a garantia da participação jovem, que no PSE não tinha.” E segue: “no SPE era uma diretriz do programa. A gente não podia pensar que a gente discutiria promoção, qualquer política de juventude sem os jovens, então todos os eixos de trabalho, todos os grupos de trabalho garantiam efetivamente a participação do jovem. Não tinha um evento, um congresso, um seminário que os jovens não estavam presentes, isso era condição, não sei nem qual é o nome, a gente tinha que garantir a presença deles em todos os eventos, em todas as reuniões. Isso então foi um momento que a gente inclusive conseguiu fomentar a rede nacional de jovens lidando com o HIV, foi um momento muito importante pra organização social dos jovens, pra discussão ... dos movimentos de adolescentes e jovens isso foi muito importante.”

Sobre a importância desse jovem participar em todas as etapas do processo, a Entrevistada 10 traz: “Então se você participa do planejamento, da execução, do monitoramento as chances do estudante é absorver aquilo que a gente está falando sobre promoção da saúde e ver uma perspectiva de mudança para si e para a comunidade é muito maior.”

De acordo com a Entrevistada 3, a participação do jovem aconteceu em alguns momentos na gestão federal: “Mas a gente conseguiu que os jovens participassem de algumas reuniões que eram mais estratégicas. O nosso desejo sempre foi ter jovem em toda reunião gestor federal, a gente não conseguiu! Era o nosso desejo a gente sempre falava isso à gente conseguiu ter jovens em alguns momentos discussão da mostra, discussão da formação, discussão de algum material, mas sempre organicamente não foi possível, a gente não conseguiu fazer isso. Mas a gente conseguiu várias outras formas em outros momentos era algo que a gente sempre discutia isso era muito forte assim, sabe uma coisa que era consenso?”

- **Desafios SPE e PSE:** esta categoria gerou as seguintes subcategorias: Saúde e Educação correndo em paralelo: onda para unir os pontos de contato de duas grandes políticas, Intensidade do trabalho, PSE tem momentos expansão e retração, Lógica de como o território entende cada ação, Diálogo não era uniforme, e o Financiamento de ambos os programas. Nenhuma entrevistada colocou como desafio a questão da participação dos jovens ou mesmo a participação social, no sentido de abrangência da comunidade escolar.

- **Pontos Fortes e Pontos Fracos do SPE e PSE:** Os pontos fortes e desafios perpassam algumas categorias já mencionadas neste capítulo: Intersetorialidade/Articulação intersetorial; relação com MEC, parceria com agências da ONU e Fiocruz; Adesão e alcance do PSE; Monitoramento, Escola; Acompanhamento ao longo do tempo; Ações Estratégicas com Jovens; Envolvimentos de Jovens com HIV; Mostras Nacionais/eventos que aprofundaram temas referentes ao SPE/PSE; Formação de um Coletivo de Trabalho; Elaboração e Testagem de Materiais; Discussão do tema da sexualidade é um desafio; Mobilização Social: fortaleza e fragilidade; Dificuldade de articulação entre as áreas técnicas do MS e do MEC; PSE altera dados de vulnerabilidade do território; Entender a demanda e o tempo de execução; Fragilidade do vínculo das pessoas que estavam no Programa (trabalhando na gestão federal); Modos operantes da saúde são diferentes do da educação; “a gente já faz isso aqui”; institucionalidade do SPE; PSE mais robusto, SPE no Censo Escolar; tema legitimado pelo Estado; SPE indutor de práticas progressistas; Dificuldade de incorporar as ações no dia a dia; Interferência política; Tempos da saúde e da educação são distintos; trabalhar saúde com outra lógica; política com respeito às diferenças; trabalho com escolas de medidas sócio educativas; Trabalhar com princípios do amplo desenvolvimento social; PSE é muito amplo: reestruturação; fazer atividades conjuntas que façam sentido para os educandos; carga de trabalho X forma articulada de trabalhar alguns assuntos; Colaboração dos parceiros locais; Estudos e Pesquisa; SPE teve bons exemplos de participação juvenil; Questões políticas e de prioridades; Diretrizes do PSE

para resolver questões coletivas, Descontinuidade da gestão local; e Experiências criticadas: máquina de preservativo e “kit gay” .

ANEXO C

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PAPEL DO GESTOR FEDERAL: A PARTICIPAÇÃO JUVENIL EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ESCOLAS

Pesquisador: DENISE RIBEIRO BUENO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16566719.3.0000.8027

Instituição Proponente: Fundação Oswaldo Cruz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.454.552

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa que busca identificar, a partir de um estudo de dois casos, se a participação/protagonismo juvenil foi incorporada pela gestão federal do Programa Saúde na Escola (PSE), um dos casos a ser estudado, uma vez que este Programa se valeu da experiência do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) que tinha grande enfoque nesse tipo de participação. A metodologia inclui a análise das políticas públicas através do método abrangente de Walt e Gilson e o estudo de casos se justifica pela necessidade de se responder às questões da pesquisa que não foram respondidas pelas pesquisas bibliográfica e documental, bem como pela entrevista com os atores envolvidos em ambos os casos.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender em que medida a gestão federal do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e do Programa Saúde na Escola (PSE) incorporou a participação juvenil nas ações de promoção da saúde nas escolas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos potenciais diferentes daqueles envolvidos nas atividades regulares dos participantes, o que caracteriza um estudo de risco mínimo. Como contribuição, apresenta a possibilidade de novos entendimentos intelectuais e psicológicos aos participantes. O participante tem a liberdade

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 3.454.552

de desistir ou recusar-se a participar de qualquer procedimento, assim como de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.

Benefícios:

Com esta pesquisa espera-se fortalecer modos de ação intersetorial envolvendo a participação/protagonismo juvenil a partir da sua inclusão em documentos e instrumentos oriundos da Gestão Federal. A pesquisa colabora para a ampliação, na escola e na comunidade, de ações de promoção da saúde e protagonismo juvenil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante e pertinente que investigará a incorporação da participação/protagonismo juvenil na gestão federal do Programa Saúde na Escola (PSE) e do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Para tal será utilizada uma metodologia qualitativa com a utilização de documentos e a realização de entrevistas semi-estruturadas como forma de captação dos seus dados. Em relação as considerações éticas do estudo, a pesquisadora classifica os riscos inerentes ao estudo como mínimos e os benefícios são descritos adequadamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou adequadamente todos os termos obrigatórios: folha de rosto, TCLE, projeto básico, cronograma da pesquisa e orçamento financeiro.

Recomendações:

- 1 - Inserir no TCLE o endereço de contato da pesquisadora;
- 2 - Ajustar no projeto o cronograma de acordo com o do projeto básico submetido a plataforma (início das entrevistas: agosto/2019).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atende a todos os requisitos solicitados pelo CEP, portanto, está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com as Resoluções do CNS 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e 510/16 c, Capítulo VI - V, o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP relatórios parcial semestral e final do projeto de

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.454.552

pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1389379.pdf	01/07/2019 15:37:11		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/07/2019 15:36:30	DENISE RIBEIRO BUENO	Aceito
Outros	aosmembrosdocomite.pdf	01/07/2019 15:35:45	DENISE RIBEIRO BUENO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	30/06/2019 21:02:57	DENISE RIBEIRO BUENO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	30/06/2019 21:01:48	DENISE RIBEIRO BUENO	Aceito
Outros	roteiro.pdf	30/06/2019 20:59:39	DENISE RIBEIRO BUENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	30/06/2019 20:58:56	DENISE RIBEIRO BUENO	Aceito
Outros	Entrevista.pdf	30/06/2019 20:58:24	DENISE RIBEIRO BUENO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 15 de Julho de 2019

Assinado por:
BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br