

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS**

ÁLVARO DE SOUZA MAIOTTI

**SAÚDE E BEM-ESTAR NA ESCOLA PÚBLICA:
a perspectiva de estudantes do ensino médio**

**Guarulhos
2023**

ÁLVARO DE SOUZA MAIOTTI

**SAÚDE E BEM-ESTAR NA ESCOLA PÚBLICA:
a perspectiva de estudantes do ensino médio**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação e Saúde na Infância e Adolescência, da Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências: Educação e Saúde na Infância e Adolescência.
Orientador: Prof. Dr. Thiago da Silva Gusmão Cardoso.

**Guarulhos
2023**

Na qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei de Direitos Autorais - Lei nº 9.610/98, autorizo a publicação livre e gratuita deste trabalho no Repositório Institucional da Unifesp ou em outro meio eletrônico da instituição, sem qualquer ressarcimento dos direitos autorais, para leitura, impressão e/ou *download* em meio eletrônico, para fins de divulgação intelectual, desde que citada a fonte.

Maiotti, Álvaro de Souza

Saúde e bem-estar na escola pública: a perspectiva de estudantes do ensino médio / Álvaro de Souza Maiotti. – Guarulhos, 2023.

100 f

Dissertação (Mestrado em Ciências: Educação e Saúde na Infância e Adolescência) – Universidade Federal de São Paulo, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 2023.

Orientador: Thiago da Silva Gusmão Cardoso

Título em inglês: Health and welfare in the public school: the perspective of high school students

1. Cooperação intersetorial. 2. Educação para a Saúde. 3. Estilo de vida saudável. 4. Promoção da Saúde em Ambiente Escolar. I. Orientador. II. Título.

ÁLVARO DE SOUZA MAIOTTI

**SAÚDE E BEM-ESTAR NA ESCOLA PÚBLICA:
a perspectiva de estudantes do ensino médio**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação e Saúde na Infância e Adolescência, da Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências: Educação e Saúde na Infância e Adolescência. Orientador: Prof. Dr. Thiago da Silva Gusmão Cardoso.

Aprovado em: ___ / ___ / ___

Prof. Dr. Thiago da Silva Gusmão Cardoso
Universidade Federal de São Paulo – Unifesp

Prof^a. Dra. Maria Sylvia de Souza Vitalle
Universidade Federal de São Paulo – Unifesp

Prof^a. Dra. Elisabete Agrela de Andrade
Centro Universitário Adventista de São Paulo – Unasp

Prof^a. Dra. Cristina Zukowsky Tavares
Centro Universitário Adventista de São Paulo – Unasp

À minha família,
amigos, professores, alunos e a todos que
contribuíram direta e indiretamente com a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao Sumo Bem. Gratidão pelo precioso dom da vida, e por todas as graças e bênçãos com as quais nos agraciais, prodigamente, todos os dias.

À minha rainha, minha mãezinha querida, Vera Lucia. Por seu amor incondicional e por me ensinar, por meio do exemplo, a encarar as dificuldades da vida com a cabeça erguida.

À minha amada esposa, companheira e melhor amiga, Ana Beatriz, por sua quase infinita paciência, pelo apoio irrestrito em todas as maluquices acadêmicas e não acadêmicas nas quais me meto, e por acreditar que eu seria capaz de concluir mais esta etapa mesmo quando todos os sinais indicavam o contrário.

Ao grande amigo Pe. Claudio Dias, por todo apoio e incentivo que não cessaram mesmo após minha desistência da vida religiosa, e que foram fundamentais para a conclusão da primeira graduação e continuidade de minha trajetória acadêmica.

Aos professores que me formaram na educação básica, em especial à queridíssima Prof^ª. Ma. Irene Izilda, que continuou acompanhando minha caminhada após a formatura da 8ª série, e que se tornou uma grande referência para minha prática docente em razão do carinho, respeito, seriedade e profissionalismo com os quais preparava e ministrava as aulas.

Aos professores da primeira graduação que despertaram em mim o interesse em atuar na área da Educação, mas de modo singular ao Prof. Esp. Evaldo Santana, que me encorajou a ingressar no mestrado emprestando-me os livros da biblioteca da faculdade – com a qual eu já não possuía vínculo – para que eu pudesse me preparar para os processos seletivos.

Aos professores doutores: Denise de Micheli, Fernanda Miranda da Cruz, José Leon Crochick, Magali Aparecida Silvestre, Maria Inês Bacellar Monteiro, Rosa Maria Eid Weiler, Teresa Helena Schoen e Umberto de Andrade Pinto, pela generosa partilha de saberes e experiências ao longo do curso de mestrado.

Um agradecimento especial ao irmão que a vida me deu, Bruno Santos, pela amizade, parceria, e por me incentivar a tentar o ingresso no mestrado: quem diria que aquele pré-projeto redigido aos 45 minutos do segundo tempo me traria até aqui, hein? Você acreditou. Essa conquista é nossa!

Aos queridos amigos que conheci no mestrado, Daniel Souza e Ingrid Euclides, com quem dividi as angústias e alegrias desta etapa da caminhada acadêmica, por acreditarem no sucesso deste trabalho de pesquisa e me encorajarem a concluí-lo, mesmo quando eu já estava pronto para desistir de tudo – e isso aconteceu muitas vezes.

Ao Prof. Dr. Altay Souza pelas inesquecíveis – e às vezes, desesperadoras – aulas de estatística, que me instigaram o apreço e curiosidade pelas Ciências Exatas, e aos caros colegas Conrado Vollú, Jonatan Franco, Lê Souza, Lilian Urbini e Patrícia Pauli, por todo o apoio durante e após as aulas desta disciplina.

Ao diretor da unidade escolar, pela autorização prévia concedida para a realização deste estudo, e aos estimados estudantes que, por meio de sua participação, contribuíram com as reflexões aqui propostas.

Às professoras doutoras Maria Sylvia de Souza Vitalle, Elisabete Agrela de Andrade e Cristina Zukowsky Tavares, que gentilmente aceitaram o convite para integrar as bancas de qualificação e de defesa da dissertação, pela leitura atenta dos meus escritos e pelas valiosíssimas contribuições que me permitiram aprimorá-los.

Aos meus alunos que, à época, cursavam a 1ª série D do ensino médio regular; aos colegas Ana Carlota Niero, Caroline Terrazas, Marcel Roque e Renata Kassis; e à Prof. Dra. Maria de Fátima Carvalho, ao Prof. Dr. Bruno Pereira da Silva e ao meu orientador, Prof. Dr. Thiago da Silva Gusmão Cardoso, pelo apoio no enfrentamento ao episódio de racismo do qual fui vítima quando compareci ao *campus* Guarulhos da Unifesp.

Finalmente, também agradeço ao meu orientador pela acolhida no curso de mestrado, pelas aulas e orientações, pelo apoio direto com o tratamento e tabulação dos dados quantitativos e, sobretudo, pela serenidade com que lidou com o meu temperamento explosivo e os efeitos da síndrome do impostor da qual provavelmente padeço, e por toda a confiança em mim depositada.

Este trabalho não recebeu nenhum tipo de auxílio financeiro das agências de fomento.

É, antes, fruto da conjugação de muito suor, trabalho duro, desejo e apreço pelo conhecer: esforço de quem intenta assumir a forma crítica de ser “sujeito da curiosidade, sujeito da leitura, sujeito do processo de conhecer em que se acha”.

Salve, Paulo Freire!

No dia 4 de agosto de 2022 compareci ao *campus* Guarulhos da Unifesp para retirar o bilhete único de estudante. O atendimento havia sido agendado previamente. A equipe de segurança tentou me impedir de acessar a unidade, mesmo diante da documentação que comprovava meu vínculo estudantil. Sob a falsa alegação de uma recente invasão, o chefe da equipe de segurança foi acionado para me “acompanhar” até a sala da secretaria do programa de pós-graduação ao qual eu estava matriculado. A suposta invasão não foi comunicada à comunidade acadêmica no site ou por e-mail, tampouco os novos “protocolos de segurança”.

A violência simbólica não é menos danosa do que a violência física. Contudo, as denúncias só causam impacto quando um corpo negro jaz, sem vida.

A direção administrativa da EFLCH negou por duas vezes as denúncias feitas por meio do portal Fala.BR. A direção acadêmica da EFLCH, a Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as – à qual eu estava filiado – e o Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros da Unifesp omitiram-se em relação ao caso, decidindo deliberadamente posicionarem-se contra a vítima.

— Eu estou aqui para te servir. É para a sua segurança.

Diz-se correntemente que o racismo é uma chaga da humanidade. Mas é preciso que não nos contentemos com essa frase. É preciso procurar incansavelmente as repercussões do racismo **em todos os níveis de sociabilidade** [...]

Fanon, em *Racismo e Cultura*.

Se puede caer y volverse a levantar. Y siempre vale la pena levantar empezar una y mil veces mientras uno esté vivo. Ese es el mensaje más grande de la vida, que se puede resumir en esto: los derrotados son los que dejan de luchar, y dejar de luchar es dejar de soñar.

José Alberto Mujica Cordano

Deixa o menino jogar, ô iaiá
Deixa o menino jogar, ô iaiá
Deixa o menino aprender, ô iaiá
Que a saúde do povo daqui
É o medo dos homens de lá
Sabedoria dos povos daqui
É o medo dos homens de lá
A consciência do povo daqui
É o medo dos homens de lá

Alexandre Carlo Cruz Pereira

FRAGMENTOS DE MIM

Nascido e criado na periferia da Zona Sul da cidade de São Paulo, sou o 4º filho de Vera Lúcia de Souza e Edvaldo Maiotti. Meus pais se separaram quando eu tinha cerca de 4 anos de idade. Meu irmão mais velho decidiu morar com meu pai e nossa avó paterna.

Após a separação, nos mudamos para o bairro Jd. Miriam. Apesar das dificuldades que enfrentamos, guardo ternas lembranças: álbum de figurinhas, amarelinha, brincadeiras de roda, esconde-esconde, futebol, fliperama, *minigame*, pega-pega, pular corda, *videogame*... Sou grato porque pude ser criança. São dessa mesma época as lembranças de algumas experiências que vivi durante a 4ª série e que me marcaram profundamente.

Nossa professora dormia durante as aulas. Beliscões e puxões de orelha eram as punições frequentemente aplicadas a quem atrapalhasse o seu “descanso”. Inconformado, decidi pôr fim à situação: encorajei meus colegas e nós a denunciarmos à direção da escola. Não sabemos se ela foi exonerada ou apenas transferida, mas nosso ato de coragem rendeu bons frutos: uma nova professora foi designada para a nossa turma. Como tinha facilidade para as artes e o desenho, no mesmo ano puder ser professor por um dia ao assumir a regência de uma das aulas de artes.

Quando completei 11 anos, mudamo-nos para o bairro Pq. Primavera. Essa foi a época de maior dificuldade. Minha mãe criou e educou minhas duas irmãs, minha sobrinha e eu, sozinha – e, também, meu irmão caçula, que chegou tempos depois, para alegrar a família. Nós seis dividíamos um cômodo. Não tínhamos pia para lavar a louça, ou mesa para fazer as refeições. O banheiro e o tanque eram compartilhados com outra família, que vivia no mesmo quintal. Com frequência, utilizava por mesa de estudos a máquina de lavar de minha tia. Sempre tive facilidade com as atividades e tarefas escolares, mas meu interesse pelos estudos aumentou consideravelmente, e as brincadeiras de outrora passaram a dividir espaço com as leituras de Paulo Bomfim, Manuel Bandeira, Frances H. Burnett, Patrick Süskind, a escrita de poemas e poesias, e as artes. Nesse período, produzi os melhores retratos que já fiz.

Católico entusiasmado, um dia me senti chamado à vocação sacerdotal. Após dois anos de encontros vocacionais regulares e retiros espirituais, ingressei no Seminário Menor da Ordem dos Frades Menores (OFM) aos 15 anos. Além das disciplinas comuns do ensino médio, pude estudar Grego Clássico, Latim, Música, Psicologia, Retórica e Oratória, além de vivenciar a espiritualidade franciscana e a partilha de vida com pessoas oriundas de diferentes lugares do Brasil. Fui seminarista por 4 anos. Ao sair do seminário, sem saber se retornaria à vida religiosa, decidi cursar Filosofia: a porta de entrada de minha trajetória acadêmica.

Minha trajetória acadêmica está intimamente conectada à minha trajetória profissional. As veredas de formação continuada que me trouxeram ao Programa de Pós-graduação em Educação e Saúde na Infância e Adolescência e possibilitaram o meu ingresso, em nível de mestrado, foram traçadas a partir dos desafios diários da prática docente na educação básica.

Iniciei a carreira docente como professor em regime de contratação temporária (categoria O), quando ainda cursava o último ano da licenciatura em Filosofia. Lecionava para alunos do ensino médio regular e da educação de jovens e adultos (EJA) em duas escolas públicas estaduais, na periferia da Zona Sul da cidade de São Paulo, região do Campo Limpo.

Ao término da graduação, prestei o concurso público da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo – Seduc/SP para ingresso como titular de cargo efetivo, e fui aprovado com a 9ª colocação na Diretoria de Ensino – Região Sul 1 e com a 6ª colocação na Diretoria de Ensino – Região Sul 2. Também prestei o Vestibular Top 50 da Universidade Anhembi Morumbi, e conquistei uma bolsa integral para cursar a licenciatura em Pedagogia. Optei pelo curso porque sentia a necessidade de olhar mais de perto para as questões da área da Educação na qual estava ingressando, e para ampliar as possibilidades de trabalho.

Com a segunda graduação em vias de conclusão, já havia transitado por outras escolas públicas estaduais e por escolas de pequeno, médio e grande porte da rede privada de educação, lecionando Filosofia e Sociologia. Como não surgiram oportunidades de trabalho voltadas à formação em Pedagogia, decidi buscar aprimoramento em minha área de atuação. Em um curto período, tive a oportunidade de estudar em renomadas universidades públicas, como a UFSM, UFSCar e UnB, onde cursei, respectivamente, as especializações em Ensino de Filosofia no Ensino Médio, Educação e Tecnologias e Sociologia para o Ensino Médio.

Nesse ínterim, surgiram algumas oportunidades de trabalho, e eu pude atuar como: Professor Coordenador de Núcleo Pedagógico na Diretoria de Ensino – Região Sul 1; depois, como Analista Técnico Educacional na Divisão de Educação do Serviço Social da Indústria – SESI-SP; e, finalmente, como Professor de Ensino Fundamental I em uma escola privada confessional. Com exceção da função gratificada exercida na diretoria de ensino, os demais trabalhos foram desempenhados sempre na condição de acúmulo com o cargo público de Professor de Educação Básica II – Filosofia que mantenho há 10 anos.

RESUMO

O objetivo principal da presente dissertação consistiu em elaborar um questionário para a avaliação de promoção de saúde e bem-estar dos ambientes escolares a partir da perspectiva dos estudantes do ensino médio, tendo por base os pilares da iniciativa Escolas Promotoras da Saúde (EPS), de autoria da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os itens do Questionário de Avaliação de Promoção de Saúde e Bem-estar na Escola (QAPSBE) foram organizados em três eixos: Eixo 1 - Educação para a Saúde; Eixo 2 - Ambientes e entornos saudáveis; Eixo 3 - Cooperação entre escola e serviços de saúde. As questões foram construídas de acordo com o modelo de escala do tipo Likert invertida, de cinco pontos, com as opções de resposta dispostas na seguinte ordem: concordo totalmente; concordo parcialmente; não concordo, nem discordo; discordo parcialmente; discordo totalmente. Como instrumentos adicionais, a pesquisa também se valeu da aplicação de um questionário socio contextual e da Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES). Os dados quantitativos foram analisados por meio de técnicas estatísticas descritivas, como média, desvio-padrão, frequência e porcentagem. Também foram analisadas as correlações entre as variáveis quantitativas por meio do teste de correlação de Pearson. O software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®) foi utilizado para a análise, com nível de significância de 0,05. A unidade escolar alvo da pesquisa apresentou resultados satisfatórios nos eixos 1 e 2 do questionário, o que equivale a dizer que os temas de educação para a saúde têm sido abordados pelos docentes e que a escola possui ambientes saudáveis dos pontos de vista físico-estrutural e psicossocial. Os resultados do eixo 3 indicaram a necessidade de ampliação e fortalecimento da cooperação intersetorial entre escola e serviços públicos de saúde. A correlação observada entre os escores das subescalas da EBES e do QAPSBE indicaram que, ao considerarem a escola um espaço promotor de saúde, os participantes sentem bem-estar no nível individual.

Palavras-chave: Cooperação intersetorial; Educação para a Saúde; Estilo de vida saudável; Promoção da Saúde em Ambiente Escolar.

ABSTRACT

The aim of this dissertation was to develop an questionnaire to evaluate the health promotion and well-being of school environments from the perspective of high school students, based on the pillars of the Health Promoting Schools initiative, authored by the World Health Organization (WHO). The items of the Questionnaire for the Evaluation of Health Promotion and Well-Being at School were organized into three axes: Axis 1 - Education for Health; Axis 2 - Healthy environments and environments; Axis 3 - Cooperation between school and health services. The questions were constructed according to the five-point inverted Likert-type scale model, with the response options arranged in the following order: I totally agree; partially agree; I do not agree nor disagree; partially disagree; I totally disagree. As additional instruments, the research also applied a socio-contextual questionnaire and the Subjective Well-Being Scale. Quantitative data were analyzed using descriptive statistical techniques, such as mean, standard deviation, frequency and percentage. Correlations between quantitative variables were also analyzed using Pearson's correlation test. The Statistical Package for Social Science (SPSS®) software was used for the analysis, with a significance level of 0.05. The school, target of the research, presented satisfactory results in axes 1 and 2 of the questionnaire, which is equivalent to saying that health education topics have been addressed by teachers and that the school has healthy environments from a physical-structural point of view and psychosocial. The results of axis 3 indicated the need to expand and strengthen intersectoral cooperation between schools and public health services. The correlation observed between the scores of the EBES and QAPSBE subscales indicated that, when considering the school as a health promoting space, the participants feel well-being at the individual level.

Keywords: Intersectoral Collaboration; Health Education; Healthy Lifestyle; School Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Temas de enfoque: educação para a saúde	51
Figura 2 - Aspectos positivos da dimensão física dos ambientes escolares	52
Figura 3 - Valores positivos da dimensão psicossocial dos ambientes escolares.....	52
Figura 4 - Convite enviado aos participantes	54
Figura 5 - Convite reenviado aos participantes	55
Figura 6 - Página 1 da carta de apresentação	71
Figura 7 - Página 2 da carta de apresentação com autorização e assinatura	72
Figura 8 - Tela de abertura e início do TCLE digital	73
Figura 9 - Continuação do TCLE digital.....	74
Figura 10 - Encerramento do TCLE digital com declaração e assinatura dos pesquisadores .	75
Figura 11 - Tela de abertura e início do TCLE digital	76
Figura 12 - Continuação do TCLE digital.....	77
Figura 13 - Consentimento do pai/mãe ou responsável e declaração e assinatura dos pesquisadores.....	78
Figura 14 - Tela de abertura e início do TALE digital.....	79
Figura 15 - Continuação do TALE digital.....	80
Figura 16 - Encerramento do TALE digital com declaração e assinatura dos pesquisadores.	81
Figura 17 - Tela de abertura, apresentação e questões 1 e 2 da primeira seção do questionário	82
Figura 18 - Questões de 4 e 5 da primeira seção do questionário	83
Figura 19 - Questões 6 e 7 da primeira seção do questionário.....	84
Figura 20 - Questões de 8 a 10 da primeira seção do questionário	85
Figura 21 - Questões de 11 a 15 da primeira seção do questionário	86
Figura 22 - Questões 16 e 17 da primeira seção do questionário.....	87
Figura 23 - Encerramento da primeira seção, quadro de referência para as questões de 1 a 6 e questões 1 e 2 da segunda seção do questionário	88
Figura 24 - Questões de 3 a 7 da segunda seção do questionário.....	89
Figura 25 - Quadro de referência para as questões 8 e 9, questões 8 e 9, e quadro de referência para as questões 10 e 11 da segunda seção do questionário.....	90
Figura 26 - Questões de 10 a 13 da segunda seção do questionário.....	91
Figura 27 - Questões de 14 a 16 e encerramento da segunda seção do questionário	92
Figura 28 - Terceira seção do questionário: itens de 1 a 9 da EBES.....	93

Figura 29 - Terceira seção do questionário: itens de 10 a 21 da EBES.....	94
Figura 30 - Terceira seção do questionário: itens de 22 a 33 da EBES.....	95
Figura 31 - Terceira seção do questionário: itens de 34 a 45 da EBES.....	96
Figura 32 - Terceira seção do questionário: itens de 45 a 52 da EBES.....	97
Figura 33 - Terceira seção do questionário: itens de 53 a 60 da EBES.....	98
Figura 34 - Terceira seção do questionário: itens 61 e 62 da EBES e encerramento do questionário	99
Figura 35 - Flyer Saúde Mental na Palma da Mão	100

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	22
1.2 JUSTIFICATIVA.....	23
1.3 OBJETIVO GERAL.....	24
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
1.5 MÉTODO.....	24
1.5.1 Participantes	25
1.5.2 Critérios de inclusão/exclusão.....	25
1.5.3 Técnica de análise de dados	25
1.5.4 Aspectos éticos da pesquisa.....	25
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	27
2.1 ADOLESCÊNCIAS	27
2.2 SAÚDE E BEM-ESTAR.....	29
2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE	32
2.4 ESCOLAS PROMOTORAS DA SAÚDE: RESULTADOS EM ÂMBITO GLOBAL, REGIONAL-CONTINENTAL E NACIONAL.....	38
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO	43
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE ESCOLAR E ENTORNO.....	48
3.3 ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	50
3.3.1 Etapa teórica: construindo o QAPSBE.....	50
3.3.2 Etapa empírica	54
3.3.3 Etapa analítica.....	56
3.4 DISCUSSÃO.....	59
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES.....	71

1 INTRODUÇÃO

As pesquisas de Johan Peter Frank (1745-1821), médico sanitarista alemão considerado o precursor dos estudos sobre a saúde do escolar, propiciaram o primeiro encontro entre saúde e educação (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). No Brasil, esse encontro aconteceu na passagem do século XIX ao XX, período em que emergiram o movimento escolanovista e as práticas higienistas que objetivavam adequar os sujeitos à uma determinada concepção de saúde (SANTOS, 2006). As reflexões sobre as relações entre saúde e educação amadureceram gradativamente, e o reconhecimento da importância da articulação entre essas duas áreas de conhecimento pode ser observado em documentos internacionais dos quais o Brasil e outros países são signatários: a Declaração de Alma-Ata (1978), por exemplo, afirma que os cuidados essenciais em saúde requerem a atuação de todos os setores relacionados ao desenvolvimento nacional e comunitário, inclusive a educação (OMS/UNICEF, 1978); a Carta de Ottawa (1986), por sua vez, apresenta a educação como um dos pré-requisitos fundamentais para a saúde (OMS/CPAH, 1986). Lugar de construção de conhecimento e apreensão do saber historicamente produzido, a escola também se tornou um espaço de disseminação de ações de promoção de saúde, como a iniciativa Escolas Promotoras da Saúde (EPS).

Inaugurada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 90, a EPS é uma estratégia de implementação de políticas de promoção de saúde no ambiente escolar, cujas ações de intervenção na escola e comunidade baseiam-se em três eixos: educação para a saúde; criação de ambientes e entornos saudáveis; prevenção de comportamentos de risco e provisão de serviços de saúde e nutrição. Na mesma década, a EPS foi lançada a nível regional pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), dando início à rediscussão e fortalecimento das ações dos países-membros da América Latina e Caribe, impulsionando as seguintes estratégias: difusão do conceito de EPS na região; criação de políticas e mecanismos de coordenação intersetorial; desenvolvimento de programas de formação de recursos humanos com enfoque integral; formação e fortalecimento das redes Latino-Americana e Caribenha de EPS; promoção de intercâmbio de experiências entre países; formação de alianças estratégicas para a implementação de atividades colaborativas; criação de regras e roteiros para apoiar os processos de certificação das EPS; e criação e divulgação de material didático de EPS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 200-; IPPOLITO-SHEPHERD, 2006; SILVA *et al.*, 2019).

Além dos inúmeros projetos desenvolvidos em diferentes regiões do Brasil¹, que operam mediante a articulação entre saúde e educação e que reafirmam o compromisso do país de fortalecer a Rede Latino-Americana de EPS da qual faz parte, merecem destaque algumas políticas públicas que também postulam a colaboração entre essas duas áreas, tais quais: o Sistema Único de Saúde (SUS); o Programa Saúde na Escola (PSE); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ); e a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, instituída por meio da Lei nº. 13.819/2019.

Concebido com base na Constituição Federal de 1988 e na VIII Conferência Nacional de Saúde, o SUS já elencava, no início da década de 1990, a educação dentre os elementos fundamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde (FERNANDES *et al.*, 2022). Consta no Art. 3º da Lei nº 8.080/1990: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...]” (BRASIL, 1990b).

Criado por meio do Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007a, o PSE é uma política pública intersetorial que visa a melhoria da qualidade de vida da população brasileira e o desenvolvimento integral dos estudantes que frequentam as escolas públicas. Suas ações distribuem-se em três componentes: avaliação clínica e psicossocial; promoção e prevenção à saúde; e formação. O primeiro componente é formado por ações de caráter epidemiológico prioritárias aos educandos, como: avaliação antropométrica; atualização do calendário vacinal; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica e de agravos de saúde negligenciados e prevalentes na região (hanseníase, tuberculose, malária); avaliação oftalmológica, auditiva, nutricional, psicossocial e de saúde bucal. O segundo é composto por ações de formação voltadas aos educandos, executadas conjuntamente por profissionais das áreas da saúde, da educação, educandos e comunidade do entorno escolar, e que contemplam os seguintes temas: segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) - educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids; SPE - prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. O terceiro envolve ações de formação voltadas aos gestores e equipes de educação e saúde que atuam no âmbito do programa, viabilizadas por meio da parceria das esferas municipal, estadual e federal de governo (BRASIL, 2011).

¹ Cf.: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 272 p.

Segundo Fernandes e colaboradores (2022), a estrutura e a formatação do PSE têm o território compartilhado como principal lócus do seu desenvolvimento, e a articulação entre saúde e educação como a estratégia propulsora de arranjos locais para garantir sua realização. A noção de território compartilhado é importante porque a demarcação territorial para as ações dos setores da educação e da saúde são distintas: para a educação, o território se reduz à escola, com autonomia dentro desse espaço; para a saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o território se estrutura por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que devem ser ofertados pelo Estado a todo cidadão, sendo sua organização e operacionalização no espaço geográfico pautadas pelo Pacto Federativo e por instrumentos normativos que asseguram os princípios e as diretrizes do SUS.

Acerca do modelo de gestão do PSE, Fernandes e colaboradores (2022) explicitam que:

O modelo de gestão intersetorial do PSE propõe a articulação das redes de saúde e de educação de forma intra e interfederativa, baseado nesse olhar estratégico do território, em processos de cooperação em cada esfera administrativa e entre as três, a partir dos Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTI) federal, estadual e municipal, os quais se configuram como espaços de governança e atuam com autonomia para execução ajustada das propostas do Programa em consonância com as condições e demandas locais, sem prejuízo das identidades técnica e legal do PSE, tendo em vista a superação da fragmentação e a integração de ações entre os setores. Esse espaço de gestão compartilhada adveio da articulação regional e local das experiências de saúde na escola prévias ao PSE, cuja formação elencou representantes da saúde, da educação e da assistência social, e de demais setores locais que sejam necessários para a gestão integral, que permanece presente na coordenação do PSE até os dias atuais. (FERNANDES *et. al.*, 2022, p. 16).

Na esfera federal, a coordenação do programa é compartilhada entre os ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS). Criada por meio da Portaria Interministerial nº 675/2008 para estabelecer as diretrizes da política de educação e saúde na escola, a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (Ciese) substituiu a comissão de discussão ampliada sobre a criação de uma Política Nacional de Educação em Saúde na Escola, que havia sido criada em 2005 e contava com a participação de representantes do MS, do MEC e de diversas áreas e agências e fundações, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atualmente, substituindo a Ciese e em reconhecimento aos GTI em nível federal, as reuniões são realizadas entre as áreas de gestão do PSE em cada ministério: no MEC, está a cargo da Coordenação-Geral de Gestão Estratégica da Educação Básica (Cogeb/DPD/SEB/MEC); no MS, a gestão do programa está a cargo do Gabinete do Departamento de Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Depros/Saps/MS) (FERNANDES *et al.*, 2022).

Ainda no âmbito da gestão federal, Fernandes e colaboradores (2022) mencionam o Coletivo Técnico do PSE, que conta com a participação de representantes de diversas instituições e órgãos federais, e se configura como espaço plural de discussão sobre materiais, resultados e produtos do programa. Em síntese, o MEC e o MS compõem o GTI federal e têm a responsabilidade de gerir, incentivar e acompanhar a execução do PSE em âmbito nacional, mobilizando os estados para a construção de espaços coletivos, para trocas e aprendizagens contínuas, no intuito de aumentar a capacidade de análise e intervenção nos processos de saúde e educação. O GTI estadual tem a responsabilidade de oferecer apoio institucional e mobilizar os municípios do seu território. O GTI municipal apoia a implementação do PSE e possibilita a integração e o planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de APS.

A PNAISAJ, por sua vez, resultou de processos históricos de lutas e reivindicações no âmbito da saúde pública e coletiva, e do reconhecimento dos adolescentes e jovens brasileiros que emergiu com o amparo do debate sobre os direitos humanos nos contextos global e local. (LOPEZ; MOREIRA, 2013). Elaboradas com base nos pressupostos dessa política, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010) advogam a intersetorialidade como ferramenta fundamental de convergência entre as políticas setoriais de governo e a participação dos setores organizados da sociedade em prol da atenção integral à saúde deste segmento da população.

O documento prevê a parceria com diversos setores. As ações a serem executadas com o apoio da educação estão voltadas ao fomento, implementação e fortalecimento de projetos e programas; à educação, prevenção e atendimento das necessidades de saúde visual, bucal, sexual e reprodutiva, e das doenças imunopreveníveis; ao estímulo à reflexão acerca dos padrões de conduta e dos valores sociais e historicamente construídos, iniquidades sociais e outros fatores que incidem sobre o crescimento saudável dos adolescentes; à promoção da participação juvenil nas ações de promoção de saúde mediante o fortalecimento do grêmio escolar e outros grupos juvenis organizados nas escolas, dentre outros. (BRASIL, 2010).

Com o intuito de promover a saúde mental e prevenir a violência autoprovocada e o suicídio, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio lista, dentre os seus objetivos, o estabelecimento da articulação intersetorial que envolva entidades da saúde, educação, e de outras áreas (BRASIL, 2019). O Decreto nº 10.225/2020, que a regulamenta e institui um comitê para geri-la, reafirma a necessidade dessa articulação intersetorial ao estabelecer normas à notificação compulsória de violência autoprovocada:

Art. 12. A notificação compulsória de violência autoprovocada é obrigatória para:
 I - médicos, outros profissionais de saúde no exercício de suas atribuições ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestem assistência ao paciente, observado o disposto no art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975; e
 II - responsáveis por instituições de ensino públicas e privadas. (BRASIL, 2020).

Pode-se mencionar como desdobramento da referida política as Ações Integradas de Educomunicação para Prevenção ao Suicídio e a Automutilação – um dos quatro Ciclos Itinerantes de Promoção e Prevenção em Saúde que compõem as Ações de Educomunicação em Saúde em Defesa da Vida. A iniciativa é desenvolvida pelo MS em parceria com outros ministérios, OPAS, OMS e entidades representativas da sociedade que promovem cursos na modalidade de educação a distância, encontros de difusão do conhecimento e elaboração de materiais sobre as ações, e contempla o trabalho do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio². A cartilha organizada por Quesada e colaboradores (2020) é parte desse projeto. Nela, os autores argumentam que os profissionais da educação e da saúde têm protagonismo na prevenção ao suicídio, seja porque a escola é o ambiente que mais reúne jovens, seja porque a maioria das pessoas que tentou suicídio ou que se suicidou procurou ajuda nos serviços de saúde antes de concretizar o ato.

Terzian, Andrews e Moore (2011 *apud* QUESADA *et al.*, 2020) enumeram sete estratégias para a prevenção de comportamentos de risco entre adolescentes, das quais duas requerem o apoio da área da educação: fortalecer o vínculo entre estudantes e escolas, e proporcionar às crianças e aos adolescentes uma educação de alta qualidade desde a primeira infância. A primeira estratégia se efetiva mediante programas que permitam a participação dos estudantes nas tomadas de decisão e a interação com as normas e os valores da escola, além da capacitação dos docentes para que possam identificar os alunos que necessitam de ajuda e oferecer auxílio. A segunda estratégia reitera a importância do desenvolvimento de habilidades socioemocionais, além das habilidades cognitivas.

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Se por um lado a saúde, compreendida a partir de uma abordagem positiva como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, requer o apoio da área da educação para que seja promovida e efetivada (OMS, 1948 *apud* SCLIAR, 2007), por outro lado, os diversos setores da área da educação podem igualmente beneficiar-se do apoio da área da saúde.

² Cf.: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degges/acoes-em-educomunicacao-em-saude-em-defesa-da-vida>. Acesso em: 22 abr. 2023.

Ao abordar os fatores que contribuem com a evasão escolar, Branco e colaboradores (2020) destacaram dentre os elementos inerentes ao ambiente escolar a precariedade da infraestrutura, a desmotivação e a gestão autoritária. Em um estudo recente acerca do Programa Ensino Integral (PEI), Maiotti (2021) denunciou os impactos negativos que incidem sobre a saúde mental e física dos docentes que atuam no PEI em razão da exaustiva jornada de trabalho a que são submetidos, resultando na alta taxa de rotatividade desses profissionais por abandono do posto de trabalho e no conseqüente comprometimento dos processos de ensino-aprendizagem. Essas pesquisas nos permitem inferir que a insalubridade do espaço físico e a ausência de relações interpessoais saudáveis afetam direta e negativamente o trabalho dos docentes e o sucesso acadêmico dos discentes que, por essas razões, abandonam a escola. Esses problemas poderiam ser solucionados através da ação intersetorial: em parceria com os serviços públicos de saúde, a equipe gestora da unidade escolar poderia elaborar e executar estratégias de promoção de saúde mental e de construção de ambientes psicossociais saudáveis voltadas aos discentes, docentes e demais profissionais que atuam na escola.

1.2 JUSTIFICATIVA

No que tange aos instrumentos que se voltam aos aspectos da saúde do adolescente no contexto escolar, destaca-se a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Esse importante instrumento de coleta de dados surgiu em 2009, fruto da parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o MS, com apoio do MEC. Sua aplicação, de abrangência nacional, permite conhecer e dimensionar os fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes, abarcando aspectos como: informações socioeconômicas (escolaridade dos pais, inserção no mercado de trabalho e posse de bens e serviços); informações dos contextos social e familiar; fatores de risco comportamentais relacionados a hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; exposição a acidentes e violências; hábitos de higiene; saúde bucal; saúde mental; percepção da imagem corporal. características do ambiente escolar e do entorno (infraestrutura disponível para alimentação e atividade física; acessibilidade; saneamento básico; existência de regras e normas de conduta adotadas pelas escolas; políticas de assistência à saúde); e nível de segurança do entorno. Inicialmente voltada aos estudantes do último ano do ensino fundamental II, a pesquisa passou a coletar os dados dos estudantes das três séries do ensino médio a partir de 2015. Sua periodicidade é eventual (IBGE, s.d).

Entretanto, devido à abrangência nacional e periodicidade eventual, a PeNSE não possibilita uma avaliação pormenorizada de cada unidade escolar. Considerando-se o fato que muitas ações de promoção de saúde são modificadas ou descontinuadas no Brasil em virtude das oscilações do cenário político nacional, estadual ou municipal, urge a necessidade de elaborar um instrumento que opere em menor escala e possa ser aplicado com maior autonomia pelos gestores de instituições públicas e privadas. Assim, o questionário desenvolvido por meio desta pesquisa possibilitará a avaliação da promoção de saúde e bem-estar das escolas. As informações obtidas por meio de sua aplicação serão de grande valia não só para a verificação das condições físico-estruturais e psicossocial dos ambientes escolares, mas também para a atuação das equipes gestoras na manutenção dos aspectos positivos e/ou correção dos aspectos negativos identificados.

1.3 OBJETIVO GERAL

Elaborar um questionário de avaliação de promoção da saúde e bem-estar dos ambientes escolares a partir da perspectiva de estudantes do ensino médio.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar os pilares da iniciativa EPS e o referencial teórico acerca dos conceitos de adolescência, saúde e bem-estar e promoção da saúde;
2. Desenvolver itens compatíveis com os pilares da iniciativa EPS para a construção do Questionário de Avaliação de Promoção de Saúde e Bem-estar na Escola (QAPSBE);
3. Captar a perspectiva dos estudantes do ensino médio acerca da escola enquanto espaço promotor de saúde e bem-estar mediante estudo piloto com aplicação do questionário desenvolvido.

1.5 MÉTODO

Trata-se de um estudo de desenvolvimento de questionário de avaliação por meio de métodos de pesquisa psicométrica. Segundo Pasquali (2010), a elaboração de instrumentos de medida pode ser dividida em três etapas: teórica, empírica e analítica. A etapa teórica corresponde à fundamentação, na literatura, sobre o objeto da medida, na qual busca-se compreender suas dimensões e fatores, os quais deverão estar adequadamente representados

pelos itens (questões) que irão compor o instrumento. A etapa empírica enfoca a aplicação do instrumento na sua versão piloto para possíveis correções, e a etapa analítica consiste nas análises estatísticas que possibilitam a investigação das propriedades do instrumento criado.

1.5.1 Participantes

Estudantes regularmente matriculados em uma escola pública estadual paulista, na etapa ensino médio da educação básica – cerca de 350 estudantes, com idade entre 13 e 19 anos, compondo uma amostra não-probabilística selecionada por conveniência.

1.5.2 Critérios de inclusão/exclusão

Para a escolha dos participantes da pesquisa, adotou-se os seguintes critérios:

- Inclusão: estudantes regularmente matriculados no ensino médio regular, na unidade escolar alvo da pesquisa;
- Exclusão: estudantes que frequentam a unidade escolar há menos de 6 meses, que não tenham acesso à Internet e que possuem algum tipo de deficiência que impeça o acesso ao instrumento de coleta de dados e/ou o preenchimento das respostas de maneira autônoma.

1.5.3 Técnica de análise de dados

Os dados quantitativos foram analisados por meio de técnicas estatísticas descritivas, como média, desvio-padrão, frequência e porcentagem. Também foram analisadas as correlações entre as variáveis quantitativas por meio do teste de correlação de Pearson. O *software* utilizado para a análise foi o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®). O nível de significância adotado foi 0,05.

1.5.4 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - CAAE: 56087022.5.0000.5505/Número do parecer: 5412653. As etapas inerentes à sua realização foram organizadas de acordo com o que determina a Resolução nº. 510, de 7 e abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre os

aspectos éticos de pesquisas nas áreas de Ciências Humanas e Sociais que envolvem a participação de seres humanos.

O reconhecimento da liberdade e autonomia dos envolvidos, o respeito aos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo nas relações que envolvem os processos de pesquisa (BRASIL, 2016) foram garantidos, visto que os respondentes só puderam participar da pesquisa após o registro da autorização de seus pais/responsável legal mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido digital; e após o registro de seu assentimento mediante Termo de Assentimento Livre e Esclarecido digital. No caso dos participantes maiores de 18 anos, a participação só ocorreu após o registro do consentimento mediante TCLE digital para participantes maiores de 18 anos. A qualquer momento os pais ou o responsável legal e os respondentes puderam recusar ou interromper a participação retirando o consentimento ou assentimento, e isso não acarretou nenhuma penalidade ou interferência na forma de atendimento dos pesquisadores.

As informações obtidas por meio da participação dos estudantes serão mantidas no mais absoluto sigilo, sob a guarda do pesquisador responsável, conforme o que dispõe a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) – Lei nº 13.709/2018a. Esses dados foram utilizados exclusivamente para a realização desta pesquisa, cujos resultados poderão ser apresentados em eventos acadêmicos e/ou publicações científicas, sem a identificação dos participantes e da unidade escolar. Assim garante-se, a um tempo, a confidencialidade das informações, a privacidade e proteção da identidade dos participantes e a socialização da produção de conhecimento resultante da pesquisa (BRASIL, 2016).

A participação nessa pesquisa envolveu riscos de nível mínimo, como a possibilidade de constrangimento, vergonha, desconforto ou cansaço ao responder ao questionário, além dos riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. O mal funcionamento da rede de Internet ou do equipamento utilizado pelo(a) participante para acessá-la poderia acarretar a violação dos dados fornecidos: neste caso, não seria possível aos pesquisadores assegurar a total confidencialidade dos dados. Caso algum desconforto emocional acentuado fosse identificado ou relatado pelo participante ou pais/responsável legal em decorrência da participação, os pesquisadores colocaram-se à disposição para oferecer assistência imediata e gratuita pelo tempo que fosse necessário, através de atendimentos *on-line* pelos aplicativos *Google Meet/Skype*.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ADOLESCÊNCIAS

Como definir um ponto de partida para versar sobre a adolescência? Papalia e Feldman (2013, p. 286) sugerem questionamentos que nos mobilizam à busca por uma conceituação: “O que é a adolescência, quando ela começa e termina, e quais são as oportunidades e riscos acarretados por ela?”

A primeira tentativa de descrevê-la e delimitá-la sistematicamente é atribuída ao psiquiatra americano Stanley Hall, em 1904. Ele a definiu como um período turbulento, ressaltando especialmente os seus aspectos negativos: concepção que resultou na rotulação pejorativa e estigmatizada dada aos adolescentes ainda hoje (MICHELI, 2019).

Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silvaes (2010) a definem como um período biopsicossocial de desenvolvimento localizado na segunda década de vida, entre os 12 e 18 anos de idade, que se inicia com as mudanças corporais da puberdade e se encerra com a inserção social, profissional e econômica na sociedade. As mudanças corporais, universais e visíveis não são suficientes para a completa transformação do adolescente: as alterações cognitivas, sociais e de perspectiva sobre a vida são fundamentais para dirigi-lo à vida adulta. Essa delimitação etária apoia-se sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº. 8.069/1990a, e diverge do período proposto pela OMS e que também é adotado pelo MS brasileiro:

A Organização Mundial da Saúde circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos) (BRASIL, 2007b, p. 7).

A especificidade no atendimento em saúde aos adolescentes e jovens com idade entre 10 e 24 anos, determinada pelo MS, fundamenta-se no reconhecimento da vulnerabilidade do grupo jovem (15–24 anos) e das repercussões sobre o processo saúde-doença advindas das determinações socioeconômicas e políticas da reforma do Estado, iniciada a partir da promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 2010). Em consonância, Sawyer e colaboradores (2018) afirmam que a elaboração de leis, políticas sociais e sistemas de serviços adequados ao desenvolvimento adolescente exigem uma delimitação etária mais abrangente, com início aos 10 anos de idade e término aos 24 anos de idade.

O critério cronológico de demarcação do período da adolescência tem por objetivo identificar requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública. Entretanto, características individuais importantes à abordagem conceitual do tema, que não são abarcadas por esse critério, não devem ser ignoradas (BRASIL, 2007b). Por isso, Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silvaes (2010) compreendem a adolescência como o segundo grande salto para vida: o salto na direção de si como ser individual. Ela não deve ser considerada apenas como uma etapa de preparação à vida adulta, já que possui sentido em si mesma. Se as adaptações às novas estruturas físicas, psicológicas e ambientais que ocorrem nesse período dependem das características de cada pessoa e de seu contexto histórico e social, o mais acertado seria falarmos em adolescências, refletindo suas variadas possibilidades de vivência.

Uma das formas de discutir as oportunidades e riscos das adolescências é tratar o assunto a partir da perspectiva da saúde. Ao definir a saúde na adolescência, Sawyer e colaboradores (2012) afirmam que ela:

[...] é resultado das interações entre o desenvolvimento no período pré-natal e na primeira infância e as mudanças biológicas e de papel social específicas que acompanham a puberdade, moldadas pelos determinantes sociais e os fatores de risco e proteção que afetam a **adoção de comportamentos relacionados à saúde** (SAWYER *et al.*, 2012, p. 1630, tradução livre, grifo nosso).

A definição acima apresenta-nos uma das muitas oportunidades – se não a principal – inerentes às adolescências: a adoção de comportamentos relacionados à saúde. Segundo Sawyer e colaboradores (2012), é nesta etapa da vida que os futuros padrões de vida adulta saudável são estabelecidos. Diante disso, surge uma questão: de que maneira podemos auxiliar os adolescentes neste processo? Uma resposta possível é a educação em saúde. De acordo com Bernuci e colaboradores (2020), ela propicia aos indivíduos e comunidade não somente a aquisição de informações e habilidades necessárias à tomada de decisões e mudança de comportamentos, mas também a compreensão e avaliação do impacto das decisões políticas na saúde. No contexto escolar, a educação em saúde pode ser promovida de muitos modos, e o esporte é um bom exemplo.

Para Hildebrandt-Stramann (2022), a educação de movimentos nos esportes escolares tem como objetivo central o desenvolvimento e ensino de atitudes, opções comportamentais e habilidades relacionadas à saúde, que constituem a base para a capacidade de se responsabilizar pela própria saúde e pela saúde dos outros de forma autodeterminada, abrangendo seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e ecológicos. Sua perspectiva fundamenta-se na compreensão

salutogenética de saúde, segundo a qual a saúde é resultado de um processo que deve ser constantemente recriado, no qual o indivíduo tenta estabelecer um equilíbrio entre suas potências e intenções individuais e as condições e desafios do mundo circundante: “A saúde é, portanto, uma capacidade de processamento do indivíduo e inclui a capacidade de ‘*coping*’, ou seja, a capacidade de lidar com distúrbios e sentir-se saudável apesar dos distúrbios, e ser capaz de levar uma vida subjetivamente satisfatória” (HILDEBRANDT-STRAMANN, 2022, p. 27).

Um risco que merece nossa atenção está relacionado ao desenvolvimento cerebral dos adolescentes. Conforme Micheli (2019), a área do cérebro responsável pelo pensamento crítico ainda está em maturação, o que dificulta a avaliação das consequências de suas ações, normalmente orientadas à obtenção do prazer. Essa condição de desenvolvimento os torna vulneráveis e suscetíveis a comportamentos de risco. A OMS adverte que muitos adolescentes se sentem pressionados a fazer uso do álcool ou outras drogas, e a iniciar precocemente a vida sexual – situações que os expõem ao alto risco de lesões, à gravidez indesejada e à possibilidade de contração de doenças sexualmente transmissíveis. Muitos também experimentam diversos problemas de saúde mental. Ressalta-se que eles ainda não são totalmente capazes de compreender conceitos complexos, a relação entre seu comportamento e possíveis consequências, ou o grau de controle que possuem ou podem ter sobre a tomada de decisões em saúde, incluindo o que estiver relacionado ao comportamento sexual (WHO, s.d.).

2.2 SAÚDE E BEM-ESTAR

Para conceituar a saúde, recorreremos inicialmente ao Dicionário da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fiocruz. Sua origem etimológica remonta ao séc. XIII – em especial ao vocábulo *salude*, que data de 1204 – e significa salvação, conservação da vida, cura, bem-estar. Em seu plural de origem idiomática, o termo designa uma afirmação positiva da vida e um modo de existir harmônico, excluindo as doenças. Logo, a saúde é um estado positivo do viver aplicável a todos os seres vivos, sobretudo à espécie humana (LUZ, 2008).

A definição de saúde resulta de uma construção social e cultural. Essa asserção se verifica quando retrocedemos alguns séculos na história do ocidente e observamos as mudanças de perspectiva em relação ao termo. A preocupação social com a doença, despertada pelas epidemias que assolaram a Europa no início da Modernidade – fruto da propagação de pestes e deflagração de guerras –, mobilizou a criação de políticas de saúde caracterizadas pelo combate

e prevenção de doenças. Essas políticas tornaram-se a base do estatuto do viver³, com suas normas nos planos individual e coletivo, fixado por instituições médicas investidas de poder de Estado. A saúde pública surgiu nesse contexto, com a dupla missão de combater e prevenir doenças que, por contágio ou transmissão, ameaçavam a organização social e a ordem pública. A medicina associou-se paulatinamente aos saberes científicos, tornando-se ciência das patologias. A terapêutica, arte milenar do cuidado humano, se viu secundarizada diante da ciência diagnóstica. No decurso do século XX, a cultura incorporou a concepção de saúde como ausência total ou relativa de doença em coletividades e indivíduos (LUZ, 2008).

Luz (2008) explicita que, a partir do término da Segunda Guerra Mundial, as recém-fundadas organizações internacionais de saúde pública (OMS e OPAS) propuseram definições mais abrangentes e de caráter positivo ao termo, englobando as dimensões social, biológica e psicológica da vida, donde adveio a célebre concepção de saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Recentemente, a dimensão espiritual foi acrescida à definição que, num futuro próximo, possivelmente abarcará a dimensão ambiental, perfazendo todas as esferas da vida humana.

Para Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013), essa definição é criticável porque expressa a vida num plano ideal, livre de quaisquer obstáculos, o que não corresponde à situação real dos seres humanos porque as tensões também constituem a vida saudável. As necessidades impostas pelo meio produzem oscilações que podem ou não gerar sofrimento em diferentes proporções, a depender do modo com o qual o indivíduo lida com elas:

[...] Nas diversas etapas da vida, as modificações necessárias para a preservação da integridade do ser se expressam muitas vezes na forma de desafios vitais. As várias dimensões dos desafios que se apresentam correspondem aos modos de interação entre o vivente e as circunstâncias. Os recursos necessários para manter a saúde não são os mesmos em quaisquer situações da vida. E o que é saudável em um determinado momento pode ser considerado patológico em outro (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, s.p.).

Ampliando a compreensão sobre o tema, a reflexão proposta por Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) nos remete ao caráter relativo da saúde e da doença. Saúde diz respeito à potência e criatividade: é a capacidade de criar formas para se adaptar ao meio. A doença está relacionada à limitação e à impotência diante de um mundo no qual alguém, outrora, sentia-se à vontade: é o sentimento de vida contrariada, que exige a invenção de novos modos para estar no mundo.

³ Luz (2008) refere-se às regras e determinações impostas à população para combater doenças, prática associada ao que era denominado como polícia médica. Cf.: ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Trad. Marcos Fernando da Silva Moreira, José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec/Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

A relatividade dos sentidos atribuídos aos termos está associada à diferença entre conceito científico e experiência vivida. O primeiro é um modelo que busca representar a realidade sem considerar suas particularidades: uma generalização, ou definição objetivada. A experiência, por seu turno, não pode ser expressa fielmente por meio da linguagem, porque consiste num acontecimento singular: cada pessoa, com sua história e jeito de ser, a vivencia de um modo. Os sentidos da saúde e da doença são ainda configurados social, histórica e culturalmente, e não estão isentos de hierarquias, juízos de valor, conhecimentos e atitudes compartilhados em grupo.

Quanto ao bem-estar, o Dicionário de Psicologia da *American Psychological Association* (APA) nos oferece um ponto de partida ao defini-lo como:

um estado dinâmico de bem-estar físico, mental e social. Pesquisadores e clínicos têm considerado o bem-estar como resultado de quatro fatores-chave sobre os quais o indivíduo possui algum controle: biologia (condições corporais e de condicionamento físico), ambiente, estilo de vida e gestão de cuidados em saúde. O conceito de bem-estar se identifica com a compreensão de que os cuidados individuais e os programas de saúde devem envolver ativamente a promoção da saúde mental e física, em vez de voltar-se apenas à prevenção e ao tratamento de doenças e enfermidades (APA, 2015, p. 1154, tradução livre).

Quando empregamos o termo, o que está em pauta são as condições físicas, mentais e sociais que, com suas inconstâncias, afetam a vida e o modo de estar no mundo dos sujeitos; e o modo com o qual os sujeitos percebem a si e a essas oscilações na vida cotidiana. A área da Psicologia que se volta a essas questões é denominada bem-estar subjetivo.

Conforme Giacomoni (2004), essa área tem crescido reconhecidamente, cobrindo estudos sobre felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo. De maneira mais abrangente, esses estudos têm em comum o interesse pelo modo como as pessoas avaliam suas vidas; de maneira mais estrita, trata-se de um construto⁴ que diz respeito a como e porque as pessoas experienciam suas vidas positivamente (avaliação subjetiva da qualidade de vida).

As definições de bem-estar subjetivo e felicidade podem ser agrupadas em três categorias. Na primeira, o bem-estar é concebido a partir de critérios externos, e a felicidade equivale à posse de alguma qualidade desejável. A segunda categoria, formulada por cientistas sociais, tem sido chamada de satisfação de vida e utiliza os padrões dos respondentes para determinar o que é a vida feliz. Sob a terceira categoria, o bem-estar é caracterizado pela preponderância do afeto positivo sobre o negativo, e enfatiza a experiência emocional de

⁴ Uma ideia ou conceito complexo formado a partir de uma síntese de ideias mais simples. Cf.: CONSTRUCT. In: *APA Dictionary of Psychology*. 2 ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2015, p. 239.

satisfação ou prazer (a quantidade de emoções positivas e negativas experienciadas num determinado período, ou a predisposição do indivíduo a essas emoções) (GIACOMONI, 2004).

Segundo Giacomoni (2004), o estudo do bem-estar subjetivo tem sido guiado por duas concepções de funcionamento positivo. A primeira diferencia o afeto positivo do negativo e define a felicidade como o equilíbrio entre os dois afetos; a segunda destaca a satisfação de vida como principal indicador de bem-estar: ela é o componente cognitivo que complementa a felicidade, dimensão afetiva do funcionamento positivo. Assim, enquanto atitude, o bem-estar possui ao menos dois elementos básicos: afeto (componentes emocionais) e cognição (componentes racionais e intelectuais), e três aspectos fundamentais: subjetividade (o bem-estar reside na experiência individual); presença de fatores positivos e negativos; e medida global, que abarca os diversos aspectos da vida.

2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A origem da Promoção da Saúde (PS) localiza-se no séc. XIX. É creditada ao patologista polonês Rudolf Virchow (1821-1902), que se tornou um dos maiores sanitaristas políticos da história. O estudo mais importante que realizou, sobre epidemia de tifo na Prússia (1847-1848), incluiu análises do contexto social e cultural da época e do local, e produziu resultados que são considerados clássicos para a Saúde Pública porque orientaram recomendações diferenciadas para a época, relacionando saúde à democracia, educação, liberdade e prosperidade da população pobre que vivia na região estudada. O termo PS, entretanto, foi empregado pela primeira vez por Henry Sigerist cerca de cem anos mais tarde (1945), quando ele definiu quatro funções para a medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, restauração do doente e reabilitação. Para Sigerist, médico sanitarista que já refletia sobre os determinantes da saúde, a PS era resultado das ações de educação em saúde e das ações estruturais do Estado para a melhoria das condições de vida da população (WESTPHAL, 2012; CZERESNIA, 2013).

Os estudos de Thomas McKeown (1912-1988) também são considerados importantes à formação do marco referencial da PS que focaliza suas intervenções nos determinantes de saúde: ao estudar os fatores causais da mortalidade da população inglesa, ele descobriu que a melhoria da qualidade de vida associava-se a fatores que não resultavam da intervenção médica, como desenvolvimento econômico e nutrição. Suas ideias influenciaram o movimento de medicina social e epidemiologia social que fizeram questionamentos críticos à teoria e prática de Saúde Pública na América Latina entre as décadas de 1960-1980 (WESTPHAL, 2012).

Conforme Westphal (2012), a PS também despontou nos estudos dos sanitaristas Hugh Leavell (1902-1976) e Edwin Clark (1906-). O modelo elaborado por eles em 1965 contempla a chamada tríade ecológica para a explicação da causalidade do processo de adoecimento, segundo a qual microorganismos interagem com o *ambiente*, que favorece ou não sua sobrevivência e multiplicação como *agente* etiológico. A predisposição do *hospedeiro* à doença é o componente genético do indivíduo e a sua resistência associada a comportamentos ou estilo de vida (alimentação, condições de trabalho, entre outros). O desenvolvimento da doença, seus níveis de dificuldade de cura e recuperação e a prevenção de complicações dependem do tipo de interação entre agente e ambiente, e do grau de resistência do hospedeiro. Segundo Czeresnia (2013), o processo global desse desenvolvimento configura o que os autores denominaram por história natural das doenças.

A partir dessa perspectiva, Leavell e Clark propuseram medidas de intervenção nos distintos estágios da doença. A diferenciação entre PS e prevenção de doença pode ser feita, a princípio, em relação aos objetivos da promoção e de cada nível de prevenção. A PS é uma ação de intervenção primária (confunde-se com prevenção primária da proteção específica, como vacinação ou uso de preservativo). Ela corresponde a medidas abrangentes e educativas, que visam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (abstenção de drogas e tabaco, comportamentos alimentares, contenção de estresse, exercício físico e repouso, entre outros), e inclui orientações de cuidado com o ambiente para não favorecer o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e entorno) As prevenções secundária e terciária objetivam a redução dos fatores de risco relacionados aos agentes patogênicos e ao ambiente, propondo, entre outras ações, medidas educativas e fiscalização para a adoção ou reforço de comportamentos adequados à saúde e ao enfrentamento da doença (WESTPHAL, 2012).

A prevenção secundária se volta para dois tipos de população: *i*) indivíduos sadios potencialmente em risco (para identificar precocemente doentes assintomáticos); e *ii*) doentes ou acidentados com diagnóstico firmado (visando a cura ou manutenção funcional sadia, evitando complicações e morte prematura). Para o primeiro caso, as estratégias possuem cunho populacional (exames para detecção precoce do câncer ginecológico, por exemplo). Para o segundo caso, a prevenção realiza-se mediante práticas clínicas preventivas e práticas educativas para a modificação de comportamentos (hábitos alimentares, atividade física, entre outros). A prevenção terciária foca os indivíduos com sequelas de doenças ou acidentes, objetiva a recuperação ou o equilíbrio funcional, e opera por meio de atividades físicas, fisioterápicas e de saúde mental (WESTPHAL, 2012).

Segundo Westphal (2012), no âmbito da história natural das doenças, a aplicação das medidas preventivas primárias (dentre elas, a promoção da saúde), secundárias e terciárias objetivam a prevenção das doenças ou o seu agravamento. Em comparação aos modelos anteriores, que reduziam a prevenção às ações voltadas à biologia humana, o modelo de Leavell e Clark representa um grande avanço, pois considera o potencial das ações no ambiente e sobre os estilos de vida na prevenção de doenças, e acrescenta ações educativas, comunicacionais e ambientais às ações já existentes (laboratoriais, clínicas e terapêuticas) para complementar e reforçar a estratégia.

Na década de 1970, os altos custos e a pouca melhoria na qualidade de vida da população geraram uma crise no setor saúde na maioria dos países. Nesse contexto, a PS se difundiu como nova concepção de saúde, resultado dos debates sobre seus determinantes sociais e econômicos e a construção de uma concepção não centrada na doença. Em 1974, o governo canadense realizou uma investigação sobre o processo de saúde e doença no país, com o intuito de compreender o motivo pelo qual os investimentos econômicos não incidiam sobre a melhoria dos indicadores de saúde. A partir disso, o campo da saúde passou a ser repensado e compreendido como não exclusivo do meio médico, e a responsabilidade do Estado na resolução dos problemas de saúde passou a ser questionada (ANDRADE *et al.*, 2020).

De acordo com Andrade e colaboradores (2020), desde então, a OMS e suas respectivas regionais fomentam dois importantes movimentos fortalecedores do referencial da PS: as Conferências Internacionais da OMS e as Conferências Mundiais da *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE). As primeiras, de caráter mais político; as segundas, com propósito mais científico, buscaram gerar propostas e posicionamentos coletivos frente aos desafios em promoção de saúde.

Até 2020 realizaram-se nove Conferências Internacionais da OMS, nas quais reuniram-se cúpulas de governo, líderes e formuladores de políticas, para analisar e discutir assuntos internacionais de promoção da saúde e propor recomendações e estratégias. Cada uma das conferências produziu um documento intitulado Cartas da PS. As cartas assumiram um importante papel na consolidação de estratégias e na divulgação da promoção da saúde, operando como guias de implementação de políticas relacionadas ao tema (ANDRADE *et al.*, 2020).

A principal Carta de PS é a de Ottawa (1986), que a definiu como o “[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS/CPHA, 1986, s.p.). As conferências posteriores lapidaram essa concepção (ANDRADE *et al.*, 2020).

Em 15 de dezembro de 2021 ocorreu, de maneira virtual, a 10ª Conferência Global de Promoção da Saúde, organizada pela OMS com o apoio dos Emirados Árabes Unidos⁵. Considerando os desafios da pandemia do novo Coronavírus, a agudização dos problema sociais, ambientais e econômicos e a aceleração dos processos de digitalização da vida, seu tema central foi: bem-estar, equidade e desenvolvimento sustentável.

A síntese das Conferências Internacionais da OMS, elaborada inicialmente por Andrade e colaboradores (2020), é atualizada no quadro 1 a seguir:

Quadro 1- Síntese das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (OMS)

ANO	CONFERÊNCIA	LOCAL	TEMA
1977	Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde	Alma Ata, URSS	“Saúde para todos no ano 2000”
1986	I Conferência Internacional sobre promoção da saúde	Ottawa, Canadá	Conceito ampliado de saúde, com importância da ação ambiental e política
1988	II Conferência Internacional sobre promoção da saúde	Adelaide, Austrália	Políticas Públicas Saudáveis
1991	III Conferência Internacional sobre promoção da saúde	Sundsvall, Suécia	Criação de Ambientes Saudáveis
1997	IV Conferência Internacional sobre promoção da saúde	Jakarta, República da Indonésia	Saúde e Desenvolvimento Social
2000	V Conferência Internacional sobre promoção da saúde	Cidade do México, México	Globalização e Diminuição de Desigualdade
2005	VI Conferência Internacional sobre promoção da saúde	Bangkok, Tailândia	Políticas e Parcerias para a Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde
2009	VII Conferência Internacional sobre promoção da saúde	Nairóbi, Quênia	Iniquidades e Doenças Crônicas (DCNT)
2013	VIII Conferência Internacional sobre promoção da saúde	Helsinki, Finlândia	Saúde em Todas as Políticas
2016	XIX Conferência Internacional sobre promoção da saúde	Xangai, China	Promoção da saúde e Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)
2021	X Conferência Global de Promoção da Saúde	Genebra, Suíça	Bem-estar, equidade e desenvolvimento sustentável

Fonte: adaptado de Andrade *et al.*, 2020.

A IUHPE é uma organização não-governamental (ONG) global que se dedica à promoção da saúde em todo o mundo. As Conferências Mundiais organizadas por essa instituição reúnem pesquisadores, gestores e profissionais de diferentes países para trocar conhecimentos e experiências e discutir desafios futuros e aprendizagens acumuladas. A proposta dos eventos, de caráter científico, é agregar conhecimentos que possam contribuir para a promoção da saúde como estratégia de orientação e apoio à transformação social e redução das desigualdades em saúde (ANDRADE *et al.*, 2020).

⁵ Cf.: <https://10gchp.org/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

Em 19 de maio de 2022, realizou-se a 24^o Conferência Mundial de Promoção da Saúde da IHUPE com o tema “Promover políticas para a saúde, o bem-estar e a equidade”⁶. A síntese das Conferências Mundiais de promoção da saúde, realizada inicialmente por Andrade e colaboradores (2020), é atualizada no quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Síntese das Conferências Mundiais da IUHPE

ANO	CONFERÊNCIA	LOCAL	TEMA
1951	1ª Conferência Mundial	Paris, França	sem tema específico
1953	2ª Conferência Mundial	Paris, França	sem tema específico
1956	3ª Conferência Mundial	Roma, Itália	Educação em saúde a serviço da saúde, bem-estar e progresso social
1959	4ª Conferência Mundial	Düsseldorf, Alemanha	Educação em saúde de crianças e jovens na família, escola e comunidade
1962	5ª Conferência Mundial	Filadélfia, EUA	Principais problemas de saúde do homem e seu ambiente
1965	6ª Conferência Mundial	Madri, Espanha	A saúde da comunidade e a dinâmica do desenvolvimento
1969	7ª Conferência Mundial	Buenos Aires, Argentina	Comunicação e mudança comportamental: fatores de participação ativa da população para a obtenção de melhor saúde
1973	8ª Conferência Mundial	Paris, França	Vinte anos de educação em saúde: avaliação e previsão
1976	9ª Conferência Mundial	Ottawa, Canadá	Educação em Saúde, Política de Saúde e Dinâmica do Desenvolvimento
1979	10ª Conferência Mundial	Londres, Inglaterra	Educação em saúde em ação - realizações e prioridades
1982	11ª Conferência Mundial	Hobart, Tasmânia	Rumo à saúde para todos até o ano 2000
1985	12ª Conferência Mundial	Dublin, Irlanda	Saúde para Todos - Enfrentando o Desafio
1988	13ª Conferência Mundial	Houston, EUA	Participação de Todos na Saúde
1991	14ª Conferência Mundial	Helsinki, Finlândia	Saúde - Esforço Unido
1995	15ª Conferência Mundial	Makuhari, Japão	Trazendo saúde à vida
1998	16ª Conferência Mundial	San Juan, Porto Rico	Novos horizontes em saúde: da visão à prática
2001	17ª Conferência Mundial	Paris, França	Saúde: um investimento para uma sociedade justa
2004	18ª Conferência Mundial	Melbourne, Austrália	Valorizando a diversidade, remodelando o poder: explorando caminhos para a saúde e o bem-estar
2007	19ª Conferência Mundial	Vancouver, Canadá	A promoção da saúde atinge a maioria: pesquisa, política e prática para o século 21
2010	20ª Conferência Mundial	Genebra, Suíça	Saúde, Equidade e Desenvolvimento sustentável
2013	21ª Conferência Mundial	Pattaya, Tailândia	Melhores investimentos em saúde
2016	22ª Conferência Mundial	Curitiba, Brasil	Promovendo saúde e equidade
2019	23ª Conferência Mundial	Rotorua, Nova Zelândia	Promover a saúde do planeta e o desenvolvimento sustentável para todos
2022	24ª Conferência Mundial	Montreal, Quebec, Canadá	Promover políticas para a saúde, o bem-estar e a equidade

Fonte: adaptado de Andrade *et al.*, 2020.

⁶ Cf. <https://portal.fiocruz.br/noticia/24a-conferencia-mundial-de-promocao-da-saude>. Acesso em: 27 jan. 2023.

Segundo Andrade e colaboradores (2020), a promoção da saúde chega ao Brasil na década de 1970, num contexto caracterizado pela ditadura militar, investimentos econômicos em detrimento aos gastos com políticas sociais, e fomento à industrialização que, por sua vez, requeria muita mão de obra especializada. No meio acadêmico, ganhou força o movimento sanitário que postulava o “direito à saúde” como direito universal. Com o término da ditadura, iniciou-se um período de retomada da participação política, fortalecimento dos movimentos sociais e redemocratização do país. Destaca-se, dentre os marcos do período, a promulgação da Constituição Federal (1988), a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e a criação do SUS, consolidado com a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990b.

Em 2002, o MS deu início às discussões sobre a construção de uma política nacional de promoção da saúde, na qual afirmava a intenção de contribuir com o fortalecimento e consolidação do SUS. Nesse período, duas direções de promoção da saúde estavam em debate: a primeira, oriunda das reflexões internacionais, privilegiava estratégias voltadas à mudança do estilo de vida; e a segunda, concebida sob influência da reforma sanitária brasileira, voltava-se aos determinantes sociais de saúde e à autonomia dos sujeitos e coletividades em seu modo de viver. Considerando essas discussões, os debates realizados no Brasil e no mundo e a construção de inúmeras experiências, o MS elaborou um documento básico propondo a criação da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) – que se consolidaria alguns anos depois, em 2006c, através da Portaria nº 687 MS/GM. Em 2004, as ações de PS passaram a integrar a Secretaria de Vigilância em Saúde, contribuindo com a prevenção e controle dos agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, responsáveis pelos maiores índices de mortalidade do país (ANDRADE *et al.*, 2020).

Próxima aos ideais estabelecidos nas Cartas Internacionais de Promoção da Saúde, a PNPS foi criada com o objetivo de contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população e com a redução das vulnerabilidades e riscos à saúde associados aos seus condicionantes e determinantes (modos de vida, condições de trabalho, habitação, ambientes, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais). Ao longo dos anos, as transformações ocorridas na sociedade brasileira geraram novos desafios ao setor saúde, motivando a atualização e aprimoramento da PNPS em 2014, através da Portaria nº 2.446 do MS. Sua versão revisada destaca a necessidade de articulação entre saúde e outras políticas públicas para fortalecer o setor saúde diante da impossibilidade de enfrentar, sozinho, todos os condicionantes e determinantes da saúde (ANDRADE *et al.*, 2020).

Andrade e colaboradores (2020) levantam, ainda, questionamentos relevantes a respeito da PS. Constantemente, ela é interrogada quanto à ambiguidade do seu discurso que, por um

lado, preocupa-se em definir comportamentos e estilos de vida saudável e, por outro, possibilita a discussão e condução de ações voltadas aos determinantes sociais, econômicos e políticos, envolvidos no processo saúde-doença. Os autores explicam que existem, basicamente duas vertentes da PS: a conservadora, pautada em uma concepção reducionista do sujeito e orientada à mudança de comportamento e estilo de vida; e a moderna, também chamada “nova promoção da saúde”, atenta às questões sociais, aos determinantes sociais da saúde e à formação da cidadania.

Outro aspecto que gera preocupação é a distinção entre prevenção de doenças e promoção da saúde. A primeira, vinculada a uma visão biologicista e comportamental do processo saúde-doença, apoia-se sobre o conhecimento epidemiológico de controle de transmissão de doenças infecciosas e redução de riscos de prováveis doenças degenerativas e outros agravos, identificando e atuando sobre os perigos antecipadamente, mediante estratégias de prevenção e educação em saúde que recomendam mudança de hábitos para evitar um possível adoecimento. A segunda está vinculada a uma visão mais holística e socioambiental do processo, e é compreendida como prática emancipatória e imperativo ético. Ela não se dirige a uma determinada doença ou desordem, mas busca o bem-estar geral. Suas estratégias estão direcionadas às mudanças das condições de vida e de trabalho, o que exige uma abordagem intersetorial (ANDRADE *et al.*, 2020).

Sob os moldes da PNPS, a promoção da saúde está conectada aos determinantes sociais da saúde e tem, dentre os seus propósitos, a construção de ambientes favoráveis à saúde. Além da importância dos aspectos individuais, entende que as condições culturais e socioeconômicas influenciam direta e indiretamente a busca por hábitos saudáveis. Por isso, a construção de ações promotoras de saúde eficazes não se efetiva sem o reconhecimento desses fatores e contextos (ANDRADE *et al.*, 2020).

2.4 ESCOLAS PROMOTORAS DA SAÚDE: RESULTADOS EM ÂMBITO GLOBAL, REGIONAL-CONTINENTAL E NACIONAL

Encerrando o capítulo destinado à fundamentação teórica, a presente seção reúne alguns resultados da iniciativa EPS observados nos âmbitos global, regional-continental e nacional. Desvencilhando-nos da precisão de um estudo histórico ou de revisão sistemática de literatura, importa-nos a identificação dos resultados positivos de sua implementação nos diversos países do mundo, corroborando a perspectiva que considera a EPS uma estratégia de grande importância para a promoção da saúde entre crianças e adolescentes.

Em um estudo de revisão sistemática sobre o processo de acreditação das EPS em âmbito mundial, Silva e colaboradores (2019) elencaram 5 artigos publicados entre 2007 e 2013 que discutem iniciativas desenvolvidas na China e em um grupo de países europeus.

Lee e colaboradores (2007 *apud* SILVA *et al.*, 2019) apresentaram os resultados de dez escolas secundárias avaliadas em 2002 para obtenção do Prêmio Escolas Saudáveis de Hong Kong, inaugurado pelo Centro de Educação e Promoção da Saúde da Universidade Chinesa de Hong Kong em 2001. Professores e diretores responderam a um questionário que integra o Sistema de Acreditação das Escolas Saudáveis e Promotoras de Saúde, elaborado pela mesma instituição. Dentre os resultados, os autores descreveram ações desenvolvidas no âmbito da EPS voltadas à alimentação saudável, à construção de ambiente escolar saudável, ao combate ao uso de tabaco, álcool e outras drogas, e atividades educativas e de prevenção, com enfoque nos fatores psicossociais protetores⁷. Participaram das ações os integrantes da equipe de administração escolar, professores, alunos, pais e representantes da comunidade.

Simovska (2007 *apud* SILVA *et al.*, 2019) discutiu em seu artigo o envolvimento de estudantes na aprendizagem sobre questões de saúde, como: alimentação saudável; reflexões sobre ambiente escolar seguro e violência (fatores psicossociais protetores); e combate ao uso de tabaco, álcool e outras drogas. Participaram da pesquisa oito professores, oito facilitadores e oito classes de estudantes com idade entre 13 e 16 anos, de oito países europeus diferentes, perfazendo o total de 200 estudantes.

Aldinger e colaboradores (2008 *apud* SILVA *et al.*, 2019) apresentaram os resultados de um estudo realizado na Província de Zhejiang, China, incentivado pela OMS, para compor o Inquérito Quantitativo de Saúde Global do Estudante. O estudo envolveu a participação de nove escolas (15.200 alunos). Foram entrevistados 26 administradores escolares, 56 professores e funcionários, 64 alunos e 45 pais. O objetivo consistiu em avaliar as mudanças de atitudes, conhecimentos e comportamentos após implantação da EPS. Além das ações que abarcaram fatores psicossociais protetores, alimentação saudável, ambientes escolares saudáveis e combate ao uso de tabaco, álcool e outras drogas, os autores mencionaram ações voltadas à educação física, como ampliação das horas dedicadas à atividade física, recreação e esportes e melhoria dos espaços físicos.

O projeto *Young Minds*, desenvolvido em diferentes países europeus que colaboraram com questões voltadas à saúde, avaliou 216 voluntários (professores, facilitadores e alunos). Seu objetivo consistiu em gerar conhecimento sobre métodos eficazes para envolver os

⁷ Segundo Silva e colaboradores (2019), compreende-se por fatores psicossociais protetores: afetividade e sexualidade, educação em habilidades para a vida e relações interpessoais.

estudantes em atividades que visam a aprendizagem sobre saúde, a partir da pesquisa-ação. O projeto inspirou a elaboração da iniciativa Alimentação Saudável e Atividade Física nas Escolas, apresentada por Simovska, Dadaczynski e Woynarowska (2012 *apud* SILVA *et al.*, 2019) em artigo no qual discutiram as etapas iniciais de sua implementação a partir da avaliação de 24 coordenadores da Rede Europeia de Escolas Saudáveis, da qual participam 27 países-membros da União Europeia. Dentre as atividades de promoção de saúde que caracterizaram a iniciativa, destacaram-se as relacionadas à alimentação saudável, educação física e construção de ambientes escolares saudáveis. Participaram das ações os membros da administração escolar, professores, alunos, pais e representantes da comunidade. Os entrevistados mencionaram inúmeros desafios à implementação da iniciativa, como a insuficiência de recurso financeiro e tempo, ausência de recurso humano qualificado, ausência de apoio do governo nas esferas nacional e regional, ausência de apoio da própria escola, existência de programas concorrentes, carência de ferramentas para a promoção da alimentação saudável e atividade física, e dificuldade em desenvolver políticas de implementação e avaliação da iniciativa. Os autores acrescentaram à lista a falta de compreensão das responsabilidades dos coordenadores nacionais quanto à aplicação da iniciativa como um todo.

Com o intuito de avaliar a estratégia *Hagamos Salud* em 12 centros de educação primária e secundária da cidade de Barcelona em seu primeiro ano de aplicação, Ramos e colaboradores (2013 *apud* SILVA *et al.*, 2019) entrevistaram 24 docentes e 23 profissionais de saúde que trabalhavam nessas instituições. Voltada à construção de ambientes escolares saudáveis, a estratégia envolveu a participação de membros da administração escolar, professores, alunos, pais e representantes da comunidade. Sua implementação também encontrou dificuldades, como escassez de tempo e escassez de recursos humanos e econômicos. Os autores também detectaram, dentre os obstáculos, a dificuldade de promover a participação e garantir a permanência da estratégia (devido à falta de cultura participativa local), e a delegação das responsabilidades das famílias para os docentes. A formação continuada e permanente dos docentes e a criação de um espaço de encontro para os agentes envolvidos na estratégia são soluções que foram apontadas nesse artigo para garantir o sucesso de implementação de estratégias de EPS.

Com foco no funcionamento da EPS na América Latina (1996-2009), Afonso, Tavares e Luiza (2013) listaram em sua pesquisa oito artigos que conjugaram os esforços das áreas de saúde e educação em suas intervenções. O estudo realizado na Argentina por Schweigmann e colaboradores (2009 *apud* AFONSO; TAVARES; LUIZA, 2013) empregou a triangulação de métodos qualitativos e quantitativos, ambos baseados nos conceitos de PS e gestão associada.

Seu objetivo foi identificar o que a população da região metropolitana de Buenos Aires sabia sobre o dengue e seu mecanismo de transmissão, e as participações comunitárias no combate aos episódios epidêmicos. A partir de oficinas e aulas ilustrativas, os alunos confeccionaram um material audiovisual educativo dirigido aos pais, que foi divulgado para toda a comunidade e contribuiu para disseminar informações entre escolas de outros municípios em situação de risco.

Três estudos foram localizados no Brasil entre os anos de 2006 e 2009. O de Moreira, Silveira e Andreoli (2006 *apud* AFONSO; TAVARES; LUIZA, 2013) consistiu num estudo de revisão bibliográfica de artigos publicados entre 1990 e 2001 sobre redução de danos e prevenção do uso indevido de drogas no ambiente escolar, abordando os conceitos de EPS e PS. Os programas mais efetivos foram os que consideraram os aspectos socioafetivos dos atores envolvidos na intervenção, quando houve integração entre escola-família, emprego de estratégias de inserção social e favorecimento da boa adaptação à rotina social local.

Cardoso, Reis e Iervolino (2008 *apud* AFONSO; TAVARES; LUIZA, 2013) realizaram um estudo qualitativo mediante aplicação de um questionário semiestruturado, contendo temas relacionados à saúde, educação em saúde e risco de acidentes na escola. Dentre os resultados obtidos, 95% dos docentes participantes desconheciam a definição de saúde ampliada proposta na Carta de Ottawa, e 60% acreditavam que a escola é o principal espaço físico condicionante de acidentes e que só são capazes de identificar problemas relacionados à saúde após queixa específica feita pelas crianças.

Borges e colaboradores (2009 *apud* AFONSO; TAVARES; LUIZA, 2013) descreveram os resultados de um programa educativo, preventivo e curativo, realizado por uma equipe de graduandos em odontologia em uma escola de ensino fundamental localizada em território de alta vulnerabilidade. O estudo de intervenção foi constituído por recurso cênico, procedimento odontológico e oficinas com crianças e familiares. As atividades de higienização bucal e de participação dos pais na reorientação de hábitos saudáveis foram avaliadas positivamente, pois contribuíram com a diminuição das afecções bucais identificadas no início do estudo.

Gutiérrez e Gómez (2007 *apud* AFONSO; TAVARES; LUIZA, 2013) avaliaram a execução da *Estrategia de Escuelas Saludables* (EES) em Cali, Colômbia, e a coerência textual entre as ações de intervenção e o referencial teórico da PS, através de um estudo qualitativo composto por análise documental, entrevistas com grupos focais e entrevistas semiestruturadas a informantes-chave. As autoras identificaram maior coerência entre eixos teóricos e prática na atuação da equipe diretamente envolvida com as ações, do que no discurso e prática dos

gestores. O trabalho evidenciou a necessidade de comprometimento de todos os setores, dentro e fora do âmbito escolar, para o fortalecimento da iniciativa.

Com o intuito de determinar os avanços alcançados por escolas de Bucaramanga que participaram de uma estratégia e projeto educativo na perspectiva da EES, Hernández (2007) realizou um estudo observacional descritivo para verificação de sua efetividade em promoção da saúde. A curto prazo, as escolas obtiveram resultados positivos no que se refere às políticas, organização e planos de ação para intervenção nas situações prioritárias de saúde na população escolar. Os fatores que dificultaram a obtenção de melhores e maiores resultados foram a situação de instabilidade laboral e a falta de motivação de docentes e diretores. A autora concluiu que a efetivação da estratégia depende de fatores internos e externos à escola, e que um plano institucional de ação de promoção de saúde deve considerar a criação de políticas de fortalecimento de diretores e docentes (formação continuada e permanente) e a integração da promoção da saúde ao currículo, além do apoio de aliados externos.

O trabalho de Carvajal Rodríguez (2007 *apud* AFONSO; TAVARES; LUIZA, 2013) teve por objetivo estabelecer um conjunto de indicadores para avaliar os resultados das ações de PS em instituições educacionais, identificando os momentos do processo pedagógico que as viabilizaram. A avaliação, de caráter qualitativo, foi efetuada mediante seminários realizados durante o processo de implementação das ações, entrevista e observação participante, análise documental e com o auxílio dos indicadores estabelecidos para esse fim. A autora produziu um diagnóstico integral, a partir da valorização da situação de saúde local. Dentre os resultados alcançados, destacaram-se: melhoria da participação social, com protagonismo da rede sociotécnica envolvida e desenvolvimento de capacitação; maior participação da equipe de saúde utilizando a metodologia sugerida; e fortalecimento do conceito de PS a partir das informações geradas no projeto.

Pérez Villasante e colaboradores (2008 *apud* AFONSO; TAVARES; LUIZA, 2013) propuseram uma intervenção educativa com vistas à redução de peso, adoção de estilo de vida saudável e alimentação balanceada em uma unidade escolar, com a avaliação da variação do índice de massa corporal (IMC). Trata-se de um estudo quase-experimental (ensaio comunitário, ecológico, tipo pré e pós-teste). Apesar de algumas dificuldades, identificadas igualmente nos outros estudos (escassez de recurso humano e financeiro, precariedade do apoio político e infraestrutura inadequada ou insuficiente), bons resultados foram obtidos em razão das ações intersetoriais que permitiram a capacitação constante da equipe. As estratégias propostas contribuíram para o tratamento e a prevenção da obesidade, diagnosticada como uma pandemia local.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO

Para caracterizar a macrorregião, baseamo-nos nas informações disponibilizadas pelo Mapa da Desigualdade 2022, da Rede Nossa São Paulo (RNSP). Lançado anualmente desde 2012, o documento é elaborado a partir de informações públicas e oficiais, e apresenta os dados de 96 distritos da capital, abordando diversos indicadores. (REDE NOSSA SÃO PAULO, 2022). A tabela 1 reúne os dados dos indicadores selecionados para este trabalho.

Conforme o Censo Demográfico do IBGE, em 2010, 56,8% da população do Grajaú era formada por pessoas pretas e pardas. De acordo com o Sistema Seade de projeções populacionais da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), estima-se que em 2021 ele seria o distrito mais populoso da capital, com 392.734 habitantes. Deste total, 47,3% são jovens, 51,4% são mulheres, e 10,9% são crianças (0–6 anos). De acordo com os dados censitários da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (SMADS), 157 pessoas viviam em situação de rua no referido distrito em 2021.

Quanto aos indicadores de trabalho e renda, os dados fornecidos pelo Ministério do Trabalho e Previdência (MTE) e Seade, associados aos microdados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) – relatório publicado anualmente desde 1975 – apontam que há pouca oferta de emprego no distrito, desigualdade salarial e remuneração mensal que permite, no limite, a manutenção dos gastos fixos, como alimentação, aluguel, água e luz. Diante disso, parte da população tem arriscado iniciar o próprio negócio, o que se revela pela porcentagem de MEI ativos no distrito: a maior da capital, segundo dados da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Trabalho (SMDDET).

No tocante à mobilidade, os dados do primeiro indicador, fornecidos pela São Paulo Transportes S/A (SPTrans), referem-se ao tempo médio de deslocamento em minutos. Eles foram obtidos por meio da média ponderada do tempo estimado das viagens realizadas pelos usuários em cada distrito, considerando a primeira transação efetuada com Bilhete Único e o último desembarque após eventuais transferências. De acordo com esses dados, os habitantes do Grajaú gastam cerca de 1h no transporte diário. Contudo, o tempo de deslocamento da residência (ou outro ponto de origem da viagem) até o primeiro ponto de embarque e o tempo de espera do primeiro veículo não foram contabilizados.

Tabela 1 - Caracterização da macrorregião

Esporte					
Equipamentos públicos de esporte - 2021			Quadras esportivas nas escolas públicas (%) - 2021		
0,03			40,7		
Direitos Humanos					
Violência contra a mulher, todos os tipos - 2021		Violência LGBTQIAPN+ - 2021		Violência racial - 2021	
215,5		1,8		0,28	
Mobilidade					
Tempo médio de deslocamento por transporte público (min) - 2021	Velocidade média dos ônibus (km/h) - 2021		Acesso a transporte público de massa (%) - 2017		Acesso a infraestrutura cicloviária (%) - 2017
64	14,9		3,0		2,3
Trabalho e renda					
Oferta de emprego formal - 2020	Remuneração média mensal do emprego formal (R\$) - 2020		Desigualdade salarial no emprego formal, por sexo - 2020		MEI (%) - 2021
0,5	2.259,99		0,89		0,5
População					
População total projeção 2021	População preta e parda (%) - IBGE 2010	População feminina (%) - projeção 2021	População infantil, 0–6 anos (%) - projeção 2021	População jovem, 0–29 anos (%) - projeção 2021	População em situação de rua - 2021
392.734	56,8	51,4	10,9	47,3	157
Saúde					
Idade média ao morrer - 2021	Mortalidade por Covid-19 (%) - 2021	Gravidez na adolescência (%) - 2021	Mortalidade materna - 2019–2021	Mortalidade Infantil - 2021	Tempo médio para consultas na Atenção Básica (dias) - 2021
60,4	24,8	11,84	64,4	12,3	12
Segurança pública					
Agressões por intervenção policial - 2019–2021	Mortes por intervenção policial - 2019–2021	Deslocamento médio para denunciar violência contra a mulher (km) - 2021	Feminicídio - 2021	Homicídios - 2019	Homicídios de jovens - 2019
1,1	1,6	14,6	1,2	7,6	13,0

Legenda:

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEI - Microempreendedor Individual

Fonte: adaptado de RNSP, 2022.

Os dados do segundo indicador foram obtidos por meio do Inventário de Emissões Atmosféricas do Transporte Rodoviário de Passageiros no Município de São Paulo, e elaborados pela empresa Scipopullis e pelo Instituto de Energia e Meio Ambiente (IEMA). Eles expressam a velocidade média ponderada dos ônibus municipais em cada distrito da cidade, cujos valores mais altos podem ser reflexo de fatores como: a presença de faixas exclusivas de ônibus, qualidade do veículo e da pavimentação, quantidade de veículos em relação à infraestrutura disponível, entre outros. Grajaú encontra-se entre os distritos nos quais os ônibus circulam com menor velocidade média.

Quanto ao acesso a transporte de massa, os valores referem-se à proporção da população que reside em um raio de até 1km de estações e sistemas de transporte público de alta capacidade (trem, metrô e monotrilho). Em relação ao acesso à infraestrutura cicloviária, os valores referem-se à proporção da população que reside em um raio de até 300 metros de distância de ciclovias e ciclofaixas. Elaborados pelo Centro de Estudos da Metrópole a partir da Pesquisa Origem e Destino de 2017 e dos dados populacionais do Censo Demográfico de 2010, os dados indicam que um número reduzido de pessoas tem fácil acesso à mobilidade no Grajaú, apesar de o distrito possuir um terminal rodoviário e uma estação de trem.

Os dados necessários ao cálculo do coeficiente dos indicadores de direitos humanos foram obtidos junto à Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo (SSP-SP) e Seade. O coeficiente do primeiro indicador é calculado por meio dos registros de violência por local de ocorrência, para manter o anonimato das vítimas, e considera cada dez mil mulheres com idade entre 20 e 59 anos, por distrito. A Lei Maria da Penha - Lei nº 11.340/2006 classifica a violência contra a mulher em cinco categorias: violência física (homicídio, tentativa de homicídio, lesão corporal e maus tratos); violência psicológica (constrangimento ilegal, ameaça); violência moral (calúnia, difamação e injúria); violência sexual (estupro); e violência patrimonial (invasão de domicílio e dano) (BRASIL, 2006a).

O coeficiente do segundo indicador é calculado por meio dos registros de violência homofóbica e transfóbica por local de ocorrência, e considera cada cem mil habitantes, por distrito. A discriminação por orientação sexual e identidade de gênero passou a ser considerada crime pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 13 de junho de 2019, e foi incluída na Lei do Racismo, Lei nº 7.716/89. O coeficiente do terceiro indicador é obtido de maneira semelhante, considerando, porém, os registros de ocorrência de racismo e injúria racial a cada dez mil habitantes, por distrito. O crime de injúria racial consiste em ofender a honra de alguém a partir de elementos referentes à raça, cor, etnia, religião ou origem. O crime de racismo atinge uma coletividade indeterminada de indivíduos, discriminando a integralidade de uma raça. Ambos

são tipificados pela Lei do Racismo. Apenas o segundo crime era inafiançável e imprescritível, mas a recente promulgação da Lei nº 14.532/23 equiparou a gravidade dos dois delitos.

O primeiro indicador revela um alto número de ocorrências de violência de qualquer tipo praticada contra mulheres no Grajaú: coeficiente de 215,5. O segundo indicador, no entanto, apresenta um baixo coeficiente de violência LGBTQIAP+ (1,8) situação que se repete com o terceiro indicador, relativo à violência racial (0,28). A subnotificação dos crimes, associada à falta de informação a respeito de como registrar determinados tipos de ocorrência, ao medo do agressor e ao receio do tratamento a ser recebido na delegacia, podem contribuir para que esses coeficientes se apresentem com menores valores.

Os dados dos indicadores relativos à segurança pública foram obtidos junto à SSP-SP; Secretaria Municipal de Urbanismo e Licenciamento (SMUL); Seade; Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net)⁸; e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

O coeficiente estimado do primeiro indicador consiste na média trienal dos casos de violência em intervenção legal, registrados nas unidades de saúde para cada cem mil habitantes. Grajaú figura entre os 20 distritos com maior número de ocorrências desse tipo.

O coeficiente estimado do segundo indicador é obtido por meio da média trienal dos casos registrados em boletim de ocorrência na categoria “mortes decorrentes de intervenção policial”; apoia-se sobre os registros efetuados nas unidades de saúde a cada cem mil habitantes, por distrito (onde residia a vítima); abrange violência intrapessoal ou autoprovocada, provocada por terceiros e por intervenção legal, e desconsidera a violência que resulta em morte. Apesar de apresentar um baixo coeficiente neste quesito, é importante destacar que, conforme Bueno, Lima e Teixeira (2019), os corpos pretos e periféricos continuam sendo alvo da violência policial, seja pelo racismo institucional presente nas corporações, seja pela ausência de comoção da população em relação às vidas desses sujeitos, o que encoraja os policiais a adotarem um padrão de uso de força mais violento em territórios como o distrito de Grajaú.

O terceiro indicador apresenta a média de quilômetros percorridos por uma mulher em 2021, por distrito, para registrar uma denúncia em uma Delegacia da Mulher. No Grajaú, uma mulher vítima de violência precisa percorrer, em média, 14km para registrar uma denúncia. Os dados apontam a necessidade de implantação de novas unidades de delegacias no distrito.

⁸ Normas federais e municipais estabelecem agravos que devem ser notificados nos equipamentos de saúde, públicos ou privados, para fins de vigilância epidemiológica. Casos suspeitos ou confirmados de violência, tais como violência em intervenção legal perpetrada pelo agente da lei no exercício de suas funções, que chegam aos equipamentos de saúde da capital, são registradas nesse sistema (REDE NOSSA SÃO PAULO, 2022, s.p.).

O coeficiente de feminicídio é calculado por meio dos registros de violência por local de ocorrência, e considera cada dez mil mulheres com idade entre 20 e 59 anos, por distrito. Embora o valor do coeficiente observado no Grajaú (1,2) não seja alto, deve-se considerar as dificuldades de aplicação da Lei do Feminicídio, Lei nº 13.104/2015. A esse respeito, a Prof^a Dra. Brunela de Vincenzi, docente no Departamento de Direito da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e coordenadora do Laboratório de Pesquisas sobre Violência Contra Mulheres no Espírito Santo (Lapavim-ES), explica que vários aplicadores da lei (tanto das delegacias de polícia quanto dos tribunais) tendem a não enquadrar o crime contra a mulher como feminicídio⁹.

O quinto indicador considera o número total de óbitos por causas externas (homicídio e intervenção legal), a cada cem mil pessoas, por distrito. O sexto indicador é obtido de modo semelhante, com o recorte etário de 15 a 29 anos. Eles são amplamente utilizados para aferir a violência de determinados territórios porque as mortes por agressão correspondentes aos casos de homicídio doloso, latrocínio e lesão corporal seguida de morte, mais intervenção legal, não costumam ser subnotificadas. Grajaú não está listado dentre os distritos mais violentos da capital, porém possui altos coeficientes de homicídios (7,6) e de mortalidade juvenil (13,0).

A elaboração dos dados dos indicadores de saúde exigiu a consulta a diferentes fontes. O primeiro e segundo indicadores exigiram a consulta ao SIM; ao Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM); à Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo); e à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS). O terceiro indicador foi construído com base nos dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), da CEInfo e da SMS. O quarto e quinto indicadores requereram a consulta ao SINASC e ao SIM, e o sexto indicador foi obtido por meio de consulta às informações do Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde de São Paulo (SIGA) e da SMS.

Diferentemente da expectativa de vida, que é uma projeção do número médio, em anos, que a população de um determinado local (ou parte dela) deve alcançar caso sejam mantidas as condições de vida ao nascer, a idade média ao morrer consiste na média de idade, em anos, das pessoas que faleceram, por distrito (conforme o local de residência). (RNSP, 2022). No Grajaú, a idade média ao morrer é de 60,4 anos. Quanto à mortalidade por Covid-19, 24,8% do total de óbitos do Grajaú em 2021 se enquadra nesta modalidade.

O indicador de gravidez na adolescência considera a proporção de nascidos vivos de parturientes com menos de 20 anos em relação ao total de nascidos vivos. Grajaú se encontra

⁹ Cf.: <https://blog.ufes.br/revistauniversidade/2018/06/13/lei-do-feminicidio-aplicacao-professora-brunela-de-vincenzi/>. Acesso em: 16 jan. 2023.

entre os distritos com maior proporção: 10,7% do total de nascidos vivos são filhos de mães adolescentes. O indicador de mortalidade materna é obtido por meio da média trienal do total de óbitos por causas maternas. O valor de 64,4 indica a necessidade de olhar com mais cuidado para a saúde das mulheres do distrito.

O coeficiente de mortalidade infantil é estabelecido a cada mil crianças nascidas vivas de mães residentes no distrito. Com o coeficiente de 12,3, Grajaú se encontra entre os 20 distritos com maiores números de óbito infantil.

O indicador relativo ao tempo médio de espera, em dias, para consultas na atenção básica considera o tempo aguardado pelos residentes de cada distrito para consultas nas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia e médico da Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste quesito, Grajaú se encontra entre os 15 distritos com menores prazos para a realização dessas consultas, com o tempo médio de espera de 12 dias.

Os dados do primeiro indicador relativo ao esporte foram consultados junto à Secretaria Municipal de Esportes e Lazer (SEME) e Seade. O segundo indicador foi elaborado a partir dos dados do Censo Escolar e do Inep. O primeiro refere-se ao número total de equipamentos públicos de esporte, municipais e estaduais, a cada dez mil habitantes, por distrito. O segundo, refere-se à proporção de escolas públicas com quadra esportiva em relação ao número total de escolas. Grajaú possui pouquíssimos equipamentos públicos de esporte à disposição da população (0,3), e menos da metade (40,7%) das escolas públicas possuem quadra esportiva.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE ESCOLAR E ENTORNO

Sob jurisdição da Diretoria de Ensino – Região Sul 3, a escola está localizada no distrito de Grajaú, periferia da Zona Sul da cidade de São Paulo/SP. No ano de 2022, atendeu cerca de 1.286 estudantes distribuídos entre turmas do ensino regular dos ciclos fundamental II e médio, nos períodos matutino, vespertino e noturno, conforme o quadro 3 a seguir:

Quadro 3 - Períodos de funcionamento, ciclos e turmas atendidas em 2022

PERÍODO	CICLOS	TURMAS
matutino	ensino fundamental II	6º ano A, B, C, D, E, F; 9º ano A, B, C, D, E, F
vespertino	ensino fundamental II	7º ano A, B, C, D; 8º ano A, B, C, D
vespertino	ensino médio	1ª série A, B, C, D, E, F, G
noturno	ensino médio	2ª série A, B, C, D, E, F; 3ª série A, B, C, D, E

Fonte: o autor, 2023.

Constam dentre os profissionais que nela atuaram em 2022: equipe gestora constituída por um diretor, três vice-diretoras, dois professores coordenadores, uma gerente de organização escolar, seis agentes de organização escolar; corpo docente formado por 68 professores; seis profissionais terceirizados, dos quais três são cozinheiras e três são agentes de limpeza; e 7 mães, admitidas mediante o Programa Bolsa do Povo Educação¹⁰.

O prédio da escola possui dois andares, interligados por escadas e elevador. No nível térreo, encontram-se: acesso ao elevador; almoxarifado; copa/sala dos professores; depósito de materiais escolares e de escritório; dois lavabos pequenos de uso coletivo; sala da coordenação; sala da direção; sala da vice-direção; secretaria; laboratório de informática com acesso à Internet (cabo de rede e *wi-fi*), computadores de mesa e *notebooks* de uso exclusivo dos professores. No primeiro andar, encontram-se: cantina (desativada); cozinha; dois lavabos grandes de uso coletivo; depósito de materiais de limpeza; pátio coberto com bebedouro (industrial e bancada com cubas e torneiras), caixas de som, mesas grandes e assentos coletivos, palco, dois lavabos pequenos adaptados para pessoas com deficiência; pátio descoberto com árvores e jardim, rampa de acesso para cadeirantes, mesas de concreto com tabuleiros de dama/xadrez e assentos coletivos de concreto; quadra poliesportiva e arquibancada; sala de armazenamento de jogos e material esportivo; e salas de aula¹¹. No segundo andar, encontram-se: depósito de materiais didáticos; salas de aula; sala do grêmio; sala multimídia com projetor e *notebooks* para uso dos alunos; e laboratório de ciências/química.

Nas imediações da unidade escolar, ao menos duas instituições merecem destaque: o projeto social esportivo Santa Fé Hunters¹² e o Centro Comunitário Jardim Autódromo (CCJA) - Centro de Desenvolvimento Social e Produtivo (CEDESP) Rosa Mística¹³. A primeira instituição é uma Organização da Sociedade Civil (OSC). Fundada em 2012 pelo educador Maickon Jhons Serra, seus pilares são a educação, a cidadania e o basquete. Através do projeto, muitos jovens conquistaram o sonho de se tornar atleta profissional ou de cursar o ensino superior. A segunda instituição está voltada à formação profissional e à ampliação do repertório cultural de adolescentes, jovens e adultos.

¹⁰ Programa da Seduc/SP destinado aos responsáveis legais de estudantes da rede estadual de ensino. O responsável desenvolve atividades de apoio à rotina da escola e recebe uma bolsa de R\$ 500,00 mensais. Cf.: <https://www.bolsadopovo.sp.gov.br/Seduc/educa%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em 11 jan. 2023.

¹¹ Além do mobiliário básico, todas as salas de aula são equipadas com câmera de segurança, caixa amplificadora portátil com *Bluetooth*, dois ventiladores e *smart TV* com acesso à Internet via *wi-fi*.

¹² Cf.: <http://www.santafehunters.org.br/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

¹³ Cf.: <https://www.instagram.com/cedesp.rosamistica/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

3.3 ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

3.3.1 Etapa teórica: construindo o QAPSBE

O questionário, com questões abertas e fechadas, foi construído com o auxílio da aplicação móvel *Google Forms*¹⁴ e está dividido em três seções: informações básicas de caráter socio contextual (20 itens); perspectiva do espaço escolar (16 itens); Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) (62 itens). Seu preenchimento leva cerca de 15 minutos¹⁵.

A seção referente às informações de caráter socio contextual foi construída para obter as seguintes informações: nome, idade, sexo biológico, identidade de gênero, orientação sexual, cor/raça, dados escolares (série do ensino médio em que está matriculado(a), período do dia em que frequenta a escola, tempo de permanência na escola atual, aprovação e/ou retenção em ano/série anterior, motivação para frequentar a escola atual) e dados familiares (com quem reside, quantas pessoas residem na mesma casa, tipo e características da residência, escolaridade dos pais/responsável legal, renda média da família e contaminação por Covid-19 e seus impactos na realização de tarefas domésticas e escolares e no convívio com familiares e amigos). Os itens relativos ao sexo biológico, identidade de gênero e orientação sexual possuem legenda com as definições dos termos utilizados, obtidas no Manual Orientador Sobre Diversidade (BRASIL, 2018b).

A seção referente à perspectiva do espaço escolar foi organizada em três eixos, conforme os pilares da iniciativa EPS: Eixo 1 – Educação para a saúde; Eixo 2 – Ambientes e entornos saudáveis; Eixo 3 – Cooperação entre escola e serviços de saúde. As questões do primeiro eixo objetivaram mensurar os níveis de conhecimento, apreensão e aplicação de informações relativas à educação para a saúde recebidas pelos estudantes na escola. Elas foram construídas com o auxílio da Taxonomia de Bloom¹⁶, considerando os temas das áreas de enfoque determinadas pela OPAS, com algumas adaptações: alimentação saudável; ambientes saudáveis e preservação do meio ambiente; disposição e bom estado físico; educação física e prática de esportes; estilos de vida saudável; habilidades socioemocionais e relações interpessoais; higiene

¹⁴ Optou-se pela adaptação digital dos documentos e instrumentos de coleta de dados em razão das medidas de distanciamento social adotadas para diminuição da propagação do novo coronavírus.

¹⁵ Ao longo do processo de elaboração, o questionário foi aplicado a alguns estudantes voluntários, de ensino médio, não matriculados na escola alvo da pesquisa. Esse período de testes nos permitiu estimar o tempo necessário para o seu completo preenchimento, bem como efetuar ajustes para facilitar a compreensão dos itens.

¹⁶ Cf. FERRAZ, A. P. do C. M.; BELHOT, R. V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 17, n. 2. p. 421-431, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2010000200015>. Acesso em: 9 abr. 2021.

pessoal; qualidade do sono; saúde sexual e reprodutiva; uso seguro da Internet e das tecnologias digitais de informação e comunicação; uso e abuso de álcool e outras drogas; e utilização dos serviços de saúde. Para facilitar a consulta e visualização do respondente, esses temas são apresentados em um quadro acima das questões (figura 1).

Figura 1 - Temas de enfoque: educação para a saúde

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	EDUCAÇÃO FÍSICA E PRÁTICA DE ESPORTES	HIGIENE PESSOAL	USO SEGURO DA INTERNET E TECNOLOGIAS DIGITAIS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO
AMBIENTES SAUDÁVEIS E PRESERVAÇÃO DO MEIO AMBIENTE	ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL	QUALIDADE DO SONO	USO E ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
DISPOSIÇÃO E BOM ESTADO FÍSICO	HABILIDADES SOCIOEMOCIONAIS E RELAÇÕES INTERPESSOAIS	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Fonte: o autor, 2023.

As questões do segundo eixo objetivaram captar a perspectiva dos estudantes acerca dos ambientes escolares no que se refere aos aspectos positivos de suas dimensões física e psicossocial. Além dos critérios estabelecidos pela OPAS, outros dois documentos foram considerados para construí-las: Resolução SS-493, de 8 de setembro de 1994, que aprova norma técnica que dispõe sobre a elaboração de projetos de edificação de escolas no Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 1994); e NR 17, do MTE, que dispõe sobre a ergonomia no ambiente de trabalho (BRASIL, 1990c). A partir disso, estabeleceu-se os seguintes aspectos positivos da dimensão física dos ambientes para a avaliação pelos respondentes: disponibilidade de água potável e esgoto; espaço de circulação suficiente (ambientes interno e externo); limpeza e conservação; disponibilidade de alimentos saudáveis (cantina ou cozinha da escola); iluminação natural ou artificial suficiente; mobiliário e materiais didáticos e esportivos; conforto acústico e térmico dos ambientes (nível de ruído e temperatura); disponibilidade de itens de higiene pessoal; e ventilação em ambientes internos. No que se refere à dimensão psicossocial, os seguintes valores positivos foram considerados: acolhimento; ausência de violência; clima agradável para convivência; equidade; justiça; liberdade; respeito; solidariedade; e tolerância. Para facilitar a consulta e visualização do respondente, os aspectos positivos da dimensão física (figura 2) e os valores positivos da dimensão psicossocial dos

ambientes escolares (figura 3) foram reunidos em quadros, e posicionados acima das respectivas questões.

Figura 2 - Aspectos positivos da dimensão física dos ambientes escolares

ÁGUA POTÁVEL E ESGOTO	ALIMENTOS SAUDÁVEIS (CANTINA E/OU COZINHA)	CONFORTO ACÚSTICO E TÉRMICO (NÍVEL DE RÚIDO E TEMPERATURA)
ESPAÇO DE CIRCULAÇÃO (AMBIENTES INTERNO E EXTERNO)	ILUMINAÇÃO NATURAL E/OU ARTIFICIAL SUFICIENTE	DISPONIBILIDADE DE ITENS DE HIGIENE PESSOAL
LIMPEZA E CONSERVAÇÃO	MOBILIÁRIO E MATERIAIS DIDÁTICOS E ESPORTIVOS	VENTILAÇÃO EM AMBIENTES INTERNOS

Fonte: o autor, 2023.

Figura 3 - Valores positivos da dimensão psicossocial dos ambientes escolares

ACOLHIMENTO	AUSÊNCIA DE VIOLÊNCIA	CLIMA AGRADÁVEL PARA CONVIVÊNCIA
EQUIDADE	JUSTIÇA	LIBERDADE
RESPEITO	SOLIDARIEDADE	TOLERÂNCIA

Fonte: o autor, 2023.

As questões do terceiro eixo objetivaram captar a perspectiva dos estudantes em relação à cooperação entre escola e serviços de saúde. Elas estão voltadas tanto à execução de programas governamentais de saúde nos espaços escolares, quanto às ações que partem da escola e que se realizam com a parceria dos serviços de saúde da região, contemplando os seguintes tópicos: orientação fornecida pela escola para acesso às ações de prevenção (imunização, avaliação visual e auditiva, saúde bucal, saúde mental, tratamento de doenças,

alimentação e nutrição); cooperação da escola com a rede de serviços de saúde local para organização e prestação direta de serviços de saúde no ambiente escolar; acompanhamento, pela escola, da qualidade e oportunidade dos serviços de saúde (incluídos os de alimentação, nutrição e vida ativa) que estudantes e demais membros da comunidade educativa recebem; atuação da escola na divulgação de informações e proposição de atividades para a comunidade educativa acerca dos direitos e deveres dos escolares e dos demais membros dentro do sistema sanitário ao qual pertencem; participação da escola na vigilância epidemiológica das condições de risco e fatores protetores para a saúde aos quais está exposta a comunidade educativa (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006).

Sintetizando alguns consensos e dissensos que envolvem a construção e aplicação de escalas do tipo Likert, Vieira e Dalmoro (2008) afirmam que escalas de cinco pontos são mais precisas do que escalas de três pontos, e são respondidas com mais agilidade por respondentes adultos do que escalas de sete pontos. Até aquele momento, não havia consenso na literatura quanto ao uso de palavras ou números para indicar a progressão da escala, ou quanto aos impactos do uso de termos neutros (uso do dos termos “não concordo, nem discordo” no centro da escala, por exemplo) e da inversão das palavras para ancorar as opções de resposta (iniciar com “concordo totalmente” e encerrar com “discordo totalmente”, ou vice-versa). Posteriormente, os estudos de Mellor e Moore (2014) demonstraram que o uso de palavras para indicar a progressão da escala facilita a compreensão para respondentes não-adultos. Assim, as questões foram construídas de acordo com o modelo de escala do tipo Likert invertida, de cinco pontos, com as opções de resposta dispostas na seguinte ordem: concordo totalmente; concordo parcialmente; não concordo, nem discordo; discordo parcialmente; discordo totalmente.

A seção final do questionário consiste na EBES, construída por Albuquerque e Tróccoli (2004) para adaptar as medidas de bem-estar subjetivo (afetos positivos e negativos e grau de satisfação com a vida) à população brasileira. A escala é composta por 62 itens, divididos em duas subescalas. A primeira subescala contém uma lista de 47 afetos, positivos e negativos, aos quais o(a) respondente deve atribuir valores numéricos entre 1 e 5, e que correspondem aos seguintes níveis de intensidade: 1 – nem um pouco; 2 – um pouco; 3 – moderadamente; 4 – bastante; 5 – extremamente. A segunda subescala contém 15 itens relativos ao grau de satisfação com a vida, aos quais o(a) respondente deverá atribuir valores numéricos entre 1 e 5, e que correspondem aos seguintes níveis de concordância: 1 – discordo plenamente; 2 – discordo; 3 – não sei; 4 – concordo; 5 – concordo plenamente.

3.3.2 Etapa empírica

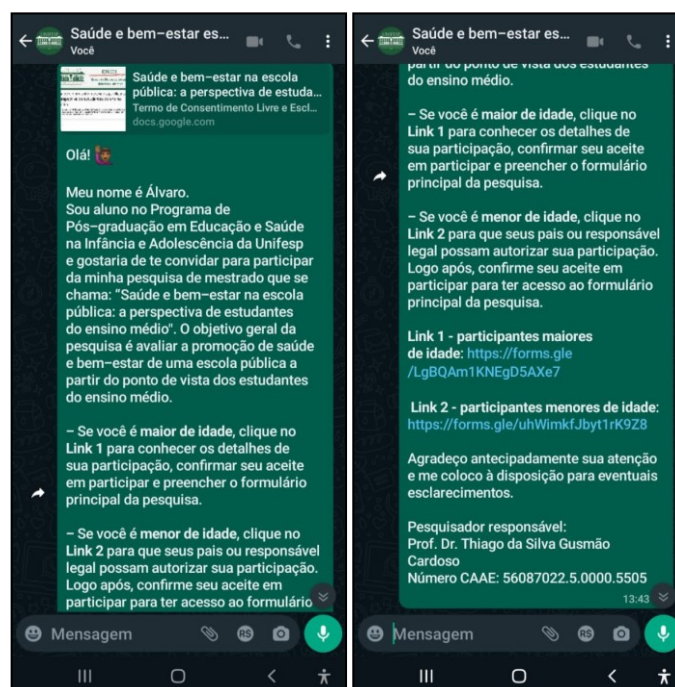
Os participantes tiveram acesso ao questionário após a formalização da autorização de seus pais ou responsável legal mediante leitura, preenchimento *on-line* e envio do TCLE digital, e após a formalização de seu assentimento mediante leitura, preenchimento *on-line* e envio do TALE digital. Participantes maiores de 18 anos não necessitaram da autorização dos pais ou responsável legal, mas formalizaram o consentimento em participar da pesquisa mediante leitura, preenchimento *on-line* e envio do TCLE digital para participantes maiores de 18 anos. Os documentos foram produzidos igualmente com o auxílio da aplicação móvel *Google Forms*. Os *links* de acesso aos TCLE e ao TALE foram enviados pelo pesquisador aos participantes por mensagem de texto através da rede social *WhatsApp*, como ilustra a figura 4. O *link* de acesso ao questionário principal da pesquisa foi inserido na seção de agradecimento dos formulários dos TCLE e TALE. O quadro 4 abaixo reúne os *links* de acesso aos TCLE, ao TALE e ao questionário principal:

Quadro 4 - Links de acesso aos formulários

TCLE digital para participantes maiores de 18 anos	https://forms.gle/i1fybR7iFSHFUVHt8
TCLE digital para pais/responsável legal	https://forms.gle/MBntExirsJAHr9XF7
TALE digital para participantes menores de 18 anos	https://forms.gle/CDsEAKStn5wPcGFK6
Questionário principal da pesquisa	https://forms.gle/E5nbMfDk8T5TtWa59

Fonte: o autor, 2023.

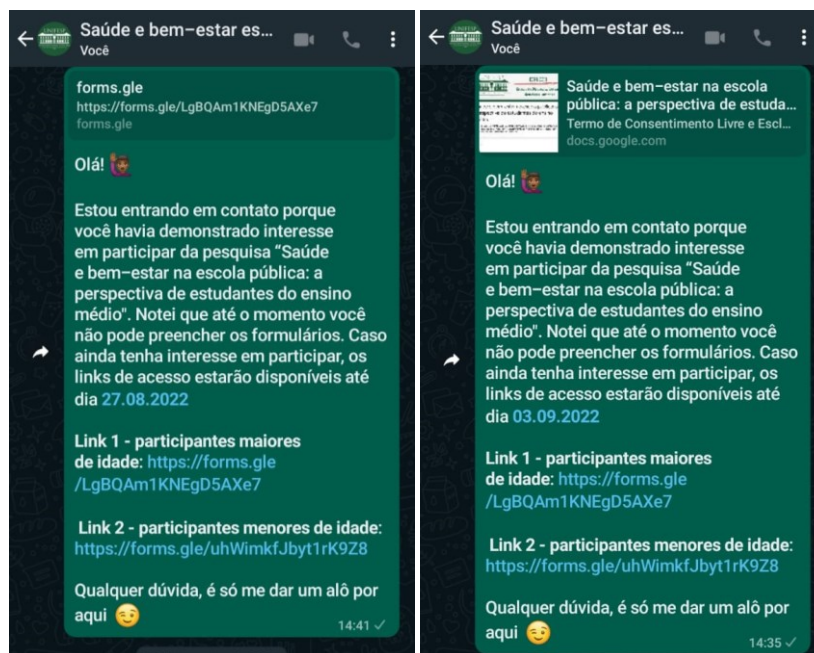
Figura 4 - Convite enviado aos participantes



Fonte: o autor, 2023.

Apesar do empenho empregado para tornar o TCLE, TALE e questionário acessíveis, dinâmicos e de fácil utilização, sua aplicação não se realizou sem a superação de alguns obstáculos. Durante o mês de maio de 2022, os estudantes foram instruídos em relação às etapas necessárias ao adequado preenchimento dos formulários. Ao término do mesmo mês, os convites começaram a ser enviados e, no dia primeiro de julho de 2022, 431 participantes já haviam sido convidados. Até essa data, o formulário do TCLE para pais e/ou responsável legal havia recebido 179 respostas; o do TALE havia recebido 164 respostas, o do TCLE para participantes maiores de 18 anos havia recebido 52 respostas; e o formulário principal da pesquisa havia recebido 168 respostas. Em razão do baixo número de participantes que responderam aos formulários adequadamente após a primeira convocação, foi necessário repetir o convite (figura 5) e alterar o prazo de coleta de dados.

Figura 5 - Convite reenviado aos participantes



Fonte: o autor, 2023.

No total, 456 alunos foram convidados, dos quais apenas 173 compõem o grupo de participantes efetivos da pesquisa. Dentre os 283 sujeitos que não participaram, constam estudantes que não responderam ao convite ou que tiveram seus dados excluídos da pesquisa por ausência de preenchimento ou preenchimento equivocado dos formulários de autorização e assentimento.

3.3.3 Etapa analítica

Os dados coletados formaram um banco de dados para tratamento no *software* estatístico SPSS®, versão 20.0. Realizou-se uma análise exploratória dos dados para verificar a precisão de entrada de dados, *outliers* e respostas omissas. Depois da exploração, análises descritivas foram realizadas a fim de caracterizar os participantes, assim como as correlações entre as variáveis (r de Pearson). Realizaram-se comparações entre as médias das variáveis e os pontos médios das respectivas escalas de medidas, assim como o cálculo de precisão das medidas.

A seção de informações básicas do QAPSBE possibilitou a coleta de dados que nos permitiram descrever algumas das características dos sujeitos partícipes da pesquisa e dos contextos familiar e educacional no qual estão inseridos. Constam na tabela 2 os dados considerados relevantes para este estudo piloto de elaboração de questionário.

Tabela 2 - Características dos participantes e dos contextos familiar e educacional (continua)

		Média ± DP
Idade (anos)		16,42 ± 0,98
		Frequência (%)
Sexo biológico	Masculino	67 (38,7%)
	Feminino	106 (61,3%)
Identidade de gênero	Agênero	4 (2,3%)
	Andrógeno	2 (1,2%)
	Cisgênero	100 (58,6%)
	Transsexual	1 (0,6%)
	Prefere não responder	66 (37,4%)
Orientação sexual	Assexual	2 (1,2%)
	Bissexual	26 (15,2%)
	Gay	2 (1,2%)
	Heterossexual	115 (67,3%)
	Lésbica	2 (1,2%)
	Pansexual	2 (1,2%)
	Prefere não responder	24 (12,9%)
Cor/raça	Amarela	2 (1,2%)
	Branca	68 (39,3%)
	Indígena	1 (0,6%)
	Parda	76 (43,9%)
	Preta	26 (15,0%)
Série em que está matriculado(a)	1ª série do ensino médio	23 (24,3%)
	2ª série do ensino médio	78 (45,1%)
	3ª série do ensino médio	53 (30,6%)
Turno em que estuda	Matutino	3 (1,8%)
	Vespertino	37 (21,6%)
	Noturno	131 (76,6%)

Tabela 2 - Características dos participantes e dos contextos familiar e educacional
(conclusão)

Há quanto tempo estuda na escola	Há mais de seis meses	10 (5,8%)
	Há um ano	9 (5,2%)
	Há dois anos	10 (5,8%)
	Há mais de dois anos	144 (83,2%)
Renda familiar	Até 1 salário-mínimo	45 (26,0%)
	De 1 a 3 salário-mínimo	105 (60,7%)
	De 4 a 6 salário-mínimo	14 (8,1%)
	Acima de salário-mínimo	3 (1,7%)

N = 173

Fonte: o autor, 2023.

De modo geral, pode-se afirmar que mais da metade dos participantes é constituída por pessoas do sexo feminino (61,3%) e de orientação sexual heterossexual (67,3%). A maioria dos participantes afirmaram que seu gênero se identifica com o sexo biológico (58,6%). Boa parte dos participantes se autodeclarou parda (43,9%). Quanto aos dados escolares, a maior parte dos participantes estava matriculada na 2ª série do ensino médio (45,1%), a grande maioria estudava no período noturno (76,6%), e muitos frequentam a escola há mais de dois anos (83,2%). No que se refere à renda familiar, 60,7% dos participantes afirmaram que o orçamento mensal de suas famílias não ultrapassava o valor de três salários mínimos.¹⁷

Quanto aos dados estatísticos do QAPSBE, a tabela 3 reúne a média e o desvio padrão de cada questão objetiva.

Tabela 3 - Média e desvio-padrão (DP) de cada questão objetiva do QAPSBE

Questões	Média	DP
Questão 1	3,62	1,17
Questão 2	2,27	1,26
Questão 3	3,61	1,09
Questão 4	3,48	1,18
Questão 5	3,46	1,17
Questão 8	3,83	1,04
Questão 10	3,27	1,10
Questão 12	2,96	1,21
Questão 13	2,72	1,17
Questão 14	2,66	1,23
Questão 15	2,51	1,21
Questão 16	2,97	1,26
Média das questões	3,13	0,65

Fonte: o autor, 2023.

¹⁷ O valor de referência utilizado por esta pesquisa data de janeiro de 2022. Portanto, 1 salário mínimo equivale a R\$1210,00 (um mil, duzentos e dez reais).

Para que pudessem ser trabalhadas com o auxílio do SPSS, as respostas das escalas do tipo Likert foram transformadas em valores numéricos que variam de 0 = discordo totalmente a 4 = concordo totalmente.

As questões de 1 a 5 do eixo 1 do QAPSBE voltaram-se à perspectiva do estudante quanto ao conhecimento e apreensão dos temas relacionados à educação para a saúde, apresentados na escola pelo(a) professor(a) ou por um profissional da área da saúde. Com exceção da questão dois, cuja média e desvio padrão das respostas indicaram incerteza quanto ao contato com a temática mediante atuação de profissionais da área da saúde, a média e o desvio padrão das respostas das demais questões evidenciaram que os estudantes concordaram parcialmente quanto ao conhecimento, compreensão e aplicação dos temas em situações de aprendizagem organizadas pelos docentes da unidade escolar.

As questões 8 e 10 do eixo 2 do QAPSBE focaram a salubridade dos ambientes escolares. A questão 8 referiu-se aos aspectos positivos da dimensão física dos ambientes escolares, ao passo que os aspectos positivos da dimensão psicossocial dos mesmos ambientes foram abordados na questão 10. Respondê-las exigiu, além da consideração de um quadro de referência dos aspectos positivos, assinalar, em questão anterior, os ambientes que seriam alvo da avaliação. A média e o desvio padrão das respostas às questões também revelaram concordância parcial quanto à presença de aspectos positivos físico-estruturais e psicossociais nos ambientes.

As questões de 12 a 16 do eixo 3 do QAPSBE inquiriram os participantes quanto à cooperação entre escola e serviços de saúde. A média e desvio padrão das respostas revelaram a incerteza dos participantes quanto à avaliação deste quesito.

A tabela 4 reúne a média e desvio padrão (DP) de cada subescala da EBES e o escore total do QAPSBE.

Tabela 4 - Média e desvio padrão (DP) das subescalas da EBES e escore total do QAPSBE

Medida	Média	DP
EBES - Afetos Positivos	59,95	15,65
EBES - Afetos Negativos	64,64	21,42
EBES - Satisfação com a Vida	46,08	10,76
QAPSBE - Escore Total	37,62	7,86

Fonte: o autor, 2023.

Os valores observados nas subescalas da EBES indicaram um relativo equilíbrio quanto aos afetos positivos e negativos e em relação à satisfação com a vida.

O escore total do QAPSBE foi obtido por meio da média dos escores de cada um dos 173 participantes. A tabela 5 lista os dados de correlação entre cada subescala da EBES e o escore total do QAPSBE.

Tabela 5 - Correlação entre as subescalas da EBES e o escore total do QAPSBE

EBES	QAPSBE escore total
EBES - Afetos Positivos	0,26**
EBES - Afetos Negativos	-0,28**
EBES - Satisfação com a Vida	0,25**

*significativa $p < 0,05$ e **significava $p < 0,01$

Fonte: o autor, 2023.

Conforme Figueiredo Filho e Silva Júnior (2009), o coeficiente de correlação de Pearson (r) varia de -1 a 1: o sinal indica a direção positiva ou negativa, e o valor indica a força da relação entre as variáveis. Uma correlação perfeita (-1 ou 1) indica que o escore de uma variável pode ser determinado, de maneira precisa, a partir do escore de outra variável. Correlação de valor zero indica que não há relação linear entre as variáveis. Assim, os dados observados indicaram que existe correlação entre as subescalas da EBES e o escore total do QAPSBE. Como o valor é pequeno, a correlação existente é fraca.

3.4 DISCUSSÃO

Em um primeiro momento, cumpre abordarmos os condicionantes e determinantes socioeconômicos que afetam o processo de saúde-doença e o bem-estar subjetivo dos participantes, considerando os dados que os caracterizam e os dados que caracterizam a macrorregião na qual a unidade escolar alvo da pesquisa encontra-se inserida.

De modo geral, a maior parte dos participantes é constituída por adolescentes mulheres, heterossexuais, cisgêneros, pardas, que frequentam a mesma escola há mais de dois anos, cursando a segunda série do ensino médio no período noturno, e cuja renda familiar mensal não ultrapassa o valor de três salários mínimos. Elas compõem a porcentagem de três segmentos populacionais do distrito de Grajaú: pessoas pretas e pardas (56,8% em 2010), jovens (47,3%) e mulheres (51,4%).

Os indicadores de trabalho e renda apontam que, além da pouca oferta de emprego, essa parcela dos participantes enfrentará a desigualdade salarial, num cenário onde a remuneração mensal não permite muito mais do que a garantia dos itens mais básicos de subsistência.

Acerca da mobilidade, os dados nos permitem inferir que esse pode ser um fator que gera estresse e cansaço, considerando-se o tempo médio de 1h necessário aos deslocamentos via transporte público (cálculo que não considera o tempo de locomoção até o ponto do primeiro embarque, tampouco o tempo de espera pelo ônibus) somado à baixa velocidade média com que trafegam os ônibus no distrito.

Quanto aos direitos humanos e à segurança pública, o alto coeficiente de ocorrências de violência de qualquer tipo praticada contra mulheres e a subnotificação que caracteriza esses delitos indicam que a maior parte dos participantes se encontra em situação de potencial vulnerabilidade. O cenário se agrava quando consideramos, adicionalmente, a distância média de 14km a ser percorrida por uma mulher que necessite registrar uma denúncia em uma Delegacia da Mulher, e os coeficientes de violência em intervenção legal, homicídio e mortalidade juvenil.

No que se refere aos dados que descrevem a situação da saúde, Grajaú possui altos indicadores de gravidez na adolescência, mortalidade materna e mortalidade infantil, embora o tempo médio de espera para consultas na atenção básica seja reduzido.

Em relação ao esporte, o acesso está bem prejudicado: o distrito quase não dispõe de equipamentos públicos criados para esta finalidade, e menos da metade das escolas públicas possuem quadra esportiva.

Ainda que as adaptações ocorridas no período da adolescência dependam, em parte, das características de cada pessoa (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010), os dados que caracterizam a macrorregião, aliados aos dados que caracterizam os participantes, nos permitem esboçar um cenário compartilhado pelos adolescentes que residem no distrito de Grajaú. As mudanças corporais da puberdade e a inserção social, profissional e econômica na sociedade – inerentes à adolescência – são desafios que se potencializam quando nos atentamos às características do contexto social mais amplo, descritas acima.

Na perspectiva da saúde, elencamos oportunidades e riscos intimamente relacionados à adolescência. Quanto às oportunidades, Sawyer e colaboradores (2012) afirmaram que esta etapa da vida é propícia ao estabelecimento dos padrões de vida adulta saudável. Bernuci e colaboradores (2020) indicaram a educação em saúde como um caminho ao estabelecimento desses padrões porque possibilita, principalmente, a aquisição de informações e de habilidades caras à tomada de decisões e à mudança de comportamentos. No contexto escolar, a educação para a saúde pode ocorrer através do esporte. Segundo Hildebrandt-Stramann (2022), o objetivo central do esporte é o desenvolvimento e ensino de atitudes, comportamentos e habilidades relacionadas à saúde e que viabilizam a capacidade de se responsabilizar pela própria saúde e

pela saúde dos demais de maneira autodeterminada. Essa possibilidade, que não condiz com a realidade da maioria dos adolescentes que residem no Grajaú, existe ao menos para os participantes da pesquisa: a unidade escolar integra a pequena parcela de escolas públicas que possuem quadra esportiva. Quanto aos riscos, afirmamos que a condição de desenvolvimento cerebral dos adolescentes os torna vulneráveis a comportamentos perigosos, uma vez que a área do cérebro responsável pelo pensamento crítico ainda está em maturação (MICHELI, 2019). É exemplo desse tipo de comportamento o início precoce da vida sexual que, aliado a outros fatores, resulta no alto índice de gravidez na adolescência observado no Grajaú.

Isso posto, poderíamos nos perguntar: é possível vivenciar a adolescência de maneira saudável no Grajaú? Uma resposta satisfatória a esta questão exige a mobilização de alguns conceitos fundamentais. Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) destacaram o caráter relativo da saúde e da doença. De acordo com os autores, a saúde é a capacidade de criar formas para se adaptar ao meio, ao passo que a doença é a limitação e a impotência diante de um acontecimento, contexto ou situação diante dos quais alguém já se sentiu à vontade. Essas definições de saúde e doença dialogam com as definições de bem-estar subjetivo e de promoção da saúde. Entendemos por bem-estar subjetivo o modo como os sujeitos percebem a si e as condições físicas, mentais e sociais que, com suas inconstâncias, afetam a sua vida e o seu modo de estar no mundo (APA, 2015). Quanto à promoção da saúde, apoiamo-nos sobre a moderna concepção, também chamada de “nova promoção da saúde”, vinculada a uma visão mais holística e socioambiental dos processos de saúde-doença, que se preocupa com as questões sociais, os determinantes sociais da saúde e a formação da cidadania e se volta ao bem-estar geral e às modificações das condições de vida e de trabalho (ANDRADE *et al.*, 2020).

Assim, se os condicionantes e determinantes observados não são frutos da natureza, mas da ação dos seres humanos, eles podem ser modificados. Logo, vivenciar a adolescência de maneira saudável é possível. A modificação desses condicionantes e determinantes só se realizará mediante a conjugação de esforços: ações intersetoriais que possibilitem a compreensão das contradições e desigualdades que jorram do sistema econômico vigente; a conscientização de que a operacionalização e a efetividade das políticas públicas resultam, também, de nossa participação ativa enquanto sujeitos críticos, o que se reflete em melhores condições de emprego e salário, direitos trabalhistas, qualidade do transporte público e dos serviços públicos de saúde, segurança pública, acesso ao esporte, dentre outros; e a adoção de estratégias para atenuar os impactos desses condicionantes e determinantes, o que inclui a reflexão sobre os próprios hábitos e as relações consigo mesmo, com o ambiente em que se vive e com as pessoas com quem se convive.

Os dados obtidos por meio das questões do eixo 1 evidenciaram que os temas de educação para a saúde, importantes ao desenvolvimento de habilidades e à adoção de comportamentos que permitem a manutenção autônoma da própria saúde e o desenvolvimento da capacidade de lidar com os dissabores da vida (HILDEBRANDT-STRAMANN, 2022), têm sido abordados na escola pelos professores. Dentre os resultados dos estudos que versaram sobre o desenvolvimento e aplicação de estratégias de EPS nos últimos anos, a maioria menciona a educação para a saúde, o que evidencia a sua importância. Ressaltamos que ela pode ser fortalecida mediante a assunção, pelos docentes, da corresponsabilidade pelo desenvolvimento integral dos educandos e pela construção de uma sociedade mais saudável, mediante a inserção dos temas elencados no quadro de referência no planejamento das aulas de todas as disciplinas.

Os dados obtidos por meio das questões do eixo 2 revelaram que, de modo geral, os ambientes escolares frequentados pelos estudantes são saudáveis dos pontos de vista físico-estrutural e psicossocial. As pesquisas que abordaram as estratégias de EPS desenvolvidas no Brasil e em diversos países do mundo destacaram que, para além da existência de ambientes com essas características, o engajamento dos membros da comunidade escolar e entorno em sua construção e manutenção é fundamental.

Os dados obtidos por meio das questões do eixo 3 revelaram a incerteza dos participantes quanto à avaliação desse aspecto, o que pode indicar a ausência ou um número reduzido de ações conjuntas entre escola e serviços de saúde – e que, por vezes, limita-se à atualização do esquema vacinal. As experiências de implementação de estratégias de EPS têm reiterado a importância da cooperação intersetorial para a garantia de seu sucesso: trata-se de uma tarefa que não pode ser executada de maneira unilateral, e que, por isso, exige o trabalho a muitas mãos.

O relativo equilíbrio observado nos valores das subescalas da EBES e a correlação, ainda que diminuta, observada entre os escores das subescalas da EBES e do QAPSBE, sugerem o impacto dos condicionantes e determinantes socioeconômicos e a contribuição da escola como espaço promotor de saúde e bem-estar: observamos que o bem-estar individual de cada participante aumenta na medida em que avaliam a escola como espaço capaz de promover saúde e bem-estar. A correlação negativa existente entre os afetos negativos da EBES e o QAPSBE demonstra, por sua vez, que quanto menor é a vivência de afetos negativos, maior é a percepção de saúde na escola.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desta dissertação consistiu em elaborar um questionário para a avaliação de promoção de saúde dos ambientes escolares a partir da perspectiva dos estudantes do ensino médio, tendo por base os pilares da iniciativa Escolas Promotoras da Saúde (EPS).

Para alcançar o objetivo proposto, partimos da revisão bibliográfica acerca dos pilares da iniciativa EPS e dos conceitos de adolescência, saúde e bem-estar e promoção da saúde. Em seguida, elaboramos itens compatíveis com os pilares da iniciativa EPS para a construção do Questionário de Avaliação de Promoção de Saúde e Bem-estar na Escola (QAPSBE). Finalmente, captamos a perspectiva dos estudantes do ensino médio de uma escola da rede pública estadual paulista de educação acerca da promoção de saúde e bem-estar dos espaços escolares mediante a aplicação do questionário desenvolvido. A elaboração e aplicação do questionário também considerou as etapas de elaboração de escalas propostas por Pasquali (2010) no método de pesquisa psicométrica: etapa teórica, de revisão bibliográfica acerca do que se pretende medir ou avaliar; etapa empírica, de aplicação do instrumento; e etapa analítica, de análise dos dados obtidos mediante aplicação do instrumento elaborado.

O questionário foi elaborado com o auxílio da aplicação móvel *Google Forms*. As questões foram organizadas em três eixos: Eixo 1 - Educação para a Saúde; Eixo 2 - Ambientes e entornos saudáveis; Eixo 3 - Cooperação entre escola e serviços de saúde. Adicionalmente e de maneira simultânea, foram aplicados um questionário socioeconômico e uma versão digitalmente adaptada da Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES).

Apesar de não considerar a totalidade dos dados produzidos (parte das questões do questionário sociocontextual e as respostas às questões abertas do questionário principal) e de ter sido conduzido e efetivado em meio às oscilações do cenário da pandemia do novo Coronavírus – que afetou a saúde mental, física e emocional das pessoas, bem como a dinâmica das relações interpessoais, de trabalho, e de estudo e pesquisa –, o estudo piloto apresentou resultados positivos significativos, evidenciando a importância, funcionalidade e aplicabilidade do questionário para avaliação da promoção de saúde e bem-estar da escola: os dados revelaram que os temas de educação para a saúde têm sido abordados na escola, e que os ambientes possuem aspectos saudáveis dos pontos de vista físico-estrutural e psicossocial. Contudo, para fortalecer seu potencial de promoção de saúde e bem-estar, a unidade escolar alvo da pesquisa precisa estreitar os laços com os serviços públicos de saúde e ampliar as ações de caráter intersetorial.

Embora seja apenas um estudo piloto, o questionário desenvolvido pode auxiliar professores e gestores educacionais que, através de sua aplicação, serão capazes de obter dados que refletem a realidade de suas escolas e que lhes permitirão manter ou corrigir aspectos das dimensões físico-estruturais e psicossocial dos ambientes, e da ação conjunta com os serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

- AÇÕES em Educomunicação em Saúde em Defesa da Vida. Site do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degas/acoes-em-educomunicacao-em-saude-em-defesa-da-vida>. Acesso em: 22 abr. 2023.
- ANDRADE, E. A. de *et al.* Para início de conversa: aspectos históricos, conceituais e culturais da promoção da saúde. In: SILVA, N. C. O. V. e; ANDRADE, E. A. de; ALFIERI, F. M. (orgs.). **Cenários contemporâneos da promoção da saúde**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2020, cap. 1, p. 23-35.
- AFONSO, C. M. C.; TAVARES, M. de F. L.; LUIZA, V. L. Escolas promotoras da saúde na América latina: uma revisão do período 1996-2009. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 117-127, jan. /mar. 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2642>. Acesso em: 8 abr. 2021.
- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 153-164, ago. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000200008>. Acesso em: 25 mar. 2021.
- BERNUCI, M. P. *et al.* Educação em saúde (*literacy*) e a promoção da saúde. In: SILVA, N. C. O. V. e; ANDRADE, E. A. de; ALFIERI, F. M. (orgs.). **Cenários contemporâneos da promoção da saúde**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2020, cap. 4, p. 69-88.
- BOLSA do Povo Educação. Site institucional. Disponível em: <https://www.bolsadopovo.sp.gov.br/>. Acesso em: 11 jan. 2023.
- BUENO, S.; LIMA, R. S. de.; TEIXEIRA, M. A. C. Limites do uso da força policial no Estado de São Paulo. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 783-799, nov. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395177322>. Acesso em: 16 jan. 2023.
- BRANCO, E. P. *et al.* Evasão escolar: desafios para permanência dos estudantes na educação básica. **Revista Contemporânea de Educação**, v. 15, n. 34, p. 133-155, maio/ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20500/rce.v15i34.34781>. Acesso em: 8 de fev. 2022.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 jan. 2023.
- BRASIL. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007a. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato_2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 12 out. 2020.
- BRASIL. Decreto nº. 10.225, de 5 de fevereiro de 2020. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10225.htm. Acesso em: 22 abr. 2023.

BRASIL. Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17716.htm. Acesso em: 16 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990a. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 2 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 27 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006a. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...] e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 11 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº. 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm. Acesso em: 16 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018a. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº. 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Lei nº 14.532, de 11 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989 e o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 para tipificar como crime de racismo a injúria racial, prever pena de suspensão de direito em caso de racismo praticado no contexto de atividade esportiva ou artística e prever pena para o racismo religioso e recreativo e para o praticado por funcionário público. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14532.htm. Acesso em: 16 jan. 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Manual Orientador Sobre Diversidade**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018b, 92 p. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/1325>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=3561-port-675-2008&Itemid=30192#:~:text=RESOLVE%20M%3A,Art. Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006c. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html. Acesso em: 27 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b, 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 46p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 27 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Portaria MTPS nº 3.751, de 23 de novembro de 1990c. Dispõe sobre a Norma Regulamentadora 17 – Ergonomia. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-17-atualizada-2021.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2021.

CENTRO Comunitário Jardim Autódromo - CEDESP Rosa Mística. Site institucional. Disponível em: <https://www.instagram.com/cedesp.rosamistica/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CONSTRUCT. *In: APA Dictionary of Psychology*. 2 ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2015, p. 239.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. de S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Coleção Temas em Saúde. Livro eletrônico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

FERNANDES, L. A. *et al.* Trajetória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, número especial 3, p. 13-28, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E301>. Acesso em: 20 abr. 2023.

FERRAZ, A. P. do C. M.; BELHOT, R. V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 17, n. 2. p. 421-431, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2010000200015>. Acesso em: 9 abr. 2021.

FIGUEIREDO, T. A. M. de; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200015>. Acesso em: 16 set. 2021.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JUNIOR, J. A. Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, [S.l.], v. 18, n. 1, jan. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3852>. Acesso em: 22 maio 2023.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 43-50, jun. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v12n1/v12n1a05.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2023.

HERNÁNDEZ, J. Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud en instituciones de básica primaria de Bucaramanga. **Salud UIS**, [S. l.], v. 39, n. 3, p. 143-151, 2007. Disponível em: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/374>. Acesso em: 30 jan. 2023.

HILDEBRANDT-STRAMANN, R. Educação em saúde no esporte escolar. *In*: CARDOSO, T. S. G.; MAIOTTI, Á. de S. **Saúde e educação: saberes, práticas e olhares interdisciplinares**. 1 ed. Curitiba: Editora Bagai, 2022, cap. 2, p. 23-41.

HORA, D. **Lei do Femicídio ainda encontra dificuldades em sua aplicação, diz professora Brunela de Vincenzi**. Portal da Revista Universidade, 13 jun. 2018. Disponível em: <https://blog.ufes.br/revistauniversidade/2018/06/13/lei-do-femicidio-aplicacao-professora-brunela-de-vincenzi/>. Acesso em: 16 jan. 2023.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. **Escolas promotoras de saúde – Fortalecimento da Iniciativa Regional: estratégias e linhas de ação 2003-2012**. Série Promoção da Saúde nº 4. Washington: OPAS, 2006, 72 p.

LONGO, R. M. J. **Gestão da qualidade: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação**. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1722/1/td_0397.pdf. Acesso em: 6 jan. 2023.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política?: O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1179-1186, abr. 2013.

LUZ, M. T. Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 353-356. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MAIOTTI, Á. de S. Programa Ensino Integral: um relato crítico de experiência à luz do diálogo interdisciplinar entre educação e saúde. **Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco**, [S. l.], v. 11, n. 25, p. 282-297, 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/view/1513>. Acesso em: 16 out. 2021.

MATERNAL, newborn, child and adolescent health. World Health Organization Site. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en. Acesso em: 24 mar. 2021.

MELLOR, D.; MOORE, K. A. The Use of Likert Scales With Children. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 39, n. 3, p. 369-379, 2014. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpepsy/article/39/3/369/1026714>. Acesso em: 7 abr. 2021.

MICHELI, D. Uso de álcool e drogas na adolescência – da neurobiologia à prevenção. In: VITALLE, M. S. S. *et al.* (orgs.). **Medicina do adolescente: fundamentos e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019, cap. 40, p. 269-277.

OMS/CPHA. **Carta de Ottawa**. 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 5 out. 2021.

OMS/Unicef. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 5 out. 2021.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Recurso eletrônico. 12 ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias (online)**, v. 18, n. 42, p. 384-411, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/15174522-018004221>. Acesso em: 22 set. 2021.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e prática**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.

PENSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 9 fev. 2022.

QUESADA, A. A. *et al.* **Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais da saúde**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020, 124 p.

REDE NOSSA SÃO PAULO. **Mapa da Desigualdade 2022**. Disponível em: https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Mapa-da-Desigualdade-2022_Tabelas.pdf. Acesso em: 9 jan. 2023.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Trad. Marcos Fernando da Silva Moreira, José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec/Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994, 423 p.

SANTA Fé Hunters. Site institucional. Disponível em: <http://www.santafehunters.org.br/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SANTOS, I. U. M. dos. A saúde entra na escola. **Ponto de Vista**, Florianópolis, n. 8, p. 97-120, 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/pontodevista/article/view/1110/3857>. Acesso em: 12 out. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-493, de 8 de setembro de 1994. Disponível em: http://siau.edunet.sp.gov.br/ItemLise/arquivos/ss493_94.htm. Acesso em: 19 abr. 2021.

SAWYER, S. M. *et al.* Adolescence: a foundation for future health. **The Lancet**, v. 379, n. 9826, p. 1630-1640, 2012. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5). Acesso em: 24 mar. 2021.

SAWYER, S. M. *et al.* The age of adolescence. **The Lancet**, v. 2, n. 3, p. 223-228, mar. 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1). Acesso em: 24 mar. 2021.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. de M. Adolescência através dos Séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 227-234, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S010237722010000200004>. Acesso em: 24 mar. 2021.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva (Online)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 14 jul. 2022.

SILVA, M. R. I. *et al.* Processo de Acreditação das Escolas Promotoras de Saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**, v. 24, n. 2, p. 475-486, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.23862016>. Acesso em: 17 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Saúde Escolar. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, [200-], 57 p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/cadernosbpfinal.pdf. Acesso em: 17 mar. 2021.

TENTH Global Conference on Health Promotion. World Health Organization Site. Disponível em: <https://10gchp.org/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

VIEIRA, K. M.; DALMORO, M. Dilemas na construção de escalas do tipo Likert: o número de Itens e a disposição influenciam nos resultados? In: ENCONTRO DA ANPAD, 32., 2008, Rio de Janeiro/RJ. **Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade**, Rio de Janeiro, ANPAD, 2008, p. 1-16. Disponível em: http://anpad.org.br/abrir_pdf.php?e=OTQ1MA==. Acesso em: 25 mar. 2021.

VIGÉSIMA QUARTA Conferência Mundial de Saúde. Site da Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/24a-conferencia-mundial-de-promocao-da-saude>. Acesso em: 27 jan. 2023.

WELLNESS. In: **APA Dictionary of Psychology**. 2 ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2015, p. 1154.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 681-717.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta de Apresentação e autorização para realização da pesquisa

Figura 6 - Página 1 da carta de apresentação

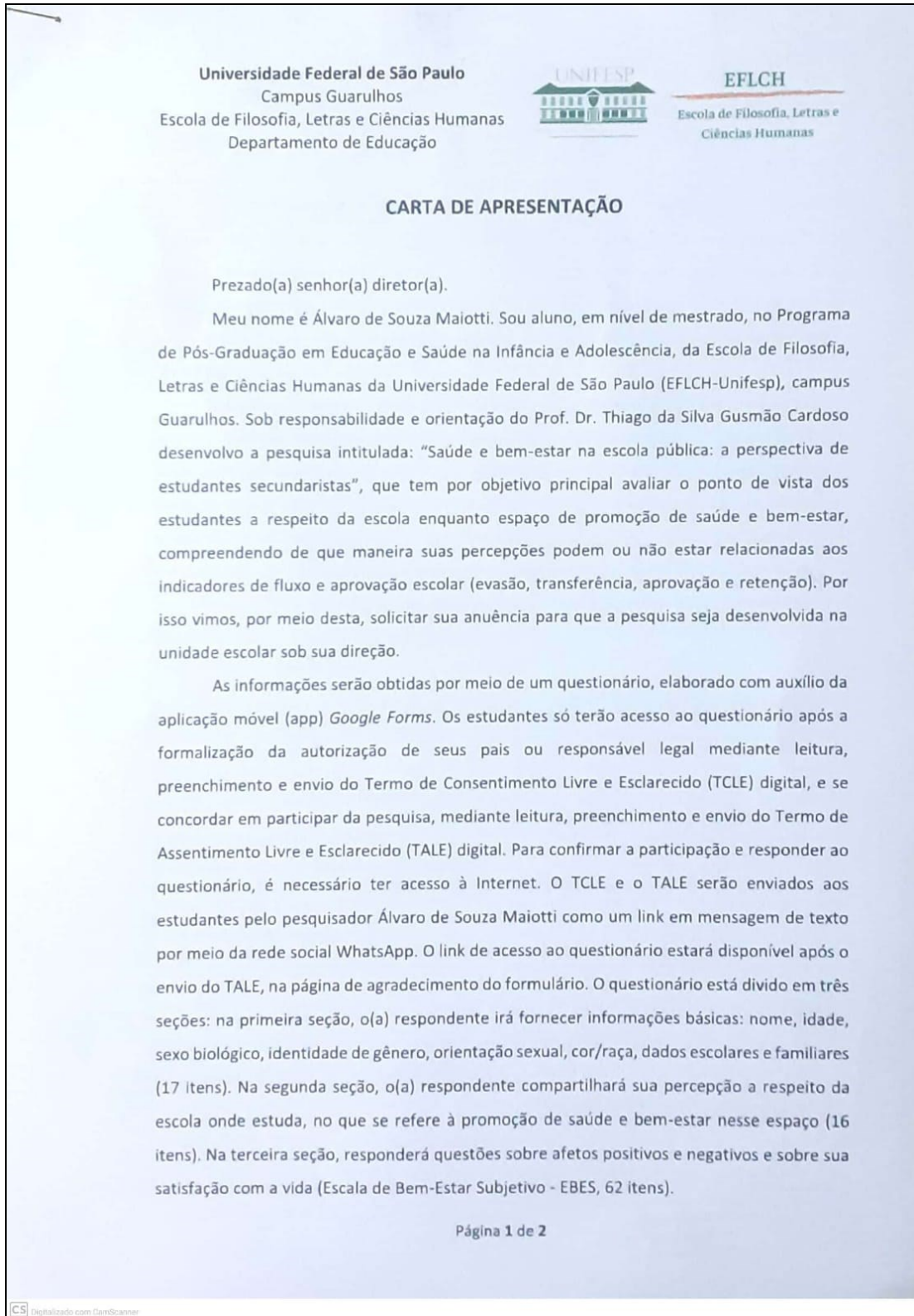



Figura 7 - Página 2 da carta de apresentação com autorização e assinatura

<p>Universidade Federal de São Paulo Campus Guarulhos Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas Departamento de Educação</p>		<p>EFLCH Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas</p>
--	--	--

Todas as informações obtidas por meio da participação dos estudantes permanecerão no mais absoluto sigilo, sob a guarda do pesquisador responsável conforme o que dispõe a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – Lei nº 13.709/2018, e serão utilizadas exclusivamente para a realização dessa pesquisa. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em eventos acadêmicos e/ou publicações científicas, mas os participantes e a unidade escolar não serão identificados.

Ressaltamos que o projeto de pesquisa será avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp, e só poderá ter início com a aprovação desse comitê. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança de voluntários de pesquisa. Após aprovação pelo CEP, disponibilizaremos uma cópia do projeto para acompanhamento das atividades e etapas da pesquisa. Para obter maiores informações a respeito do projeto, você poderá contatar os pesquisadores ou o CEP da seguinte forma:

<p>Prof. Dr. Thiago da Silva Gusmão Cardoso Telefone: (11) 2128-6945 E-mail: thiago.gusmao@unifesp.br Endereço profissional: Centro Paulista de Neuropsicologia Rua Embaú, 54, CEP: 04039-060 – Vila Clementino, São Paulo/SP</p>
<p>Álvaro de Souza Maiotti Telefone: (11)98705-1589 E-mail: alvaro.maiotti@unifesp.br Endereço profissional: EE Argeo Pinto Dias – Eng. Rua Falcão Peregrino, 22, CEP: 04857-350 – Jd. Sabiã, São Paulo/SP</p>
<p>Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp Telefone: (11)5571-1062/(11)5539-7162 – atendimento às segundas, terças, quintas e sextas, das 9h às 12h E-mail: cep@unifesp.br Endereço: Rua Botucatu, 740, CEP: 04023-900 – Vila Clementino, São Paulo/SP</p>

Eu, [REDACTED], entendi como a pesquisa será realizada, comprometo-me a tirar dúvidas com os pesquisadores caso seja necessário e autorizo sua realização na unidade escolar sob minha direção.

São Paulo, 19 de SETEMBRO de 2021.

[REDACTED]
 Assinatura e carimbo do(a) diretor(a)
[REDACTED]
 Diretor de Escola

Página 2 de 2

CS Digitalizado com CamScanner

Fonte: o autor, 2023.


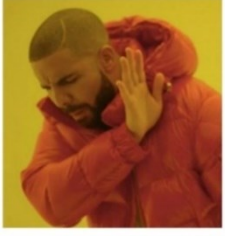
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital para participantes maiores de 18 anos

Figura 8 - Tela de abertura e início do TCLE digital

The figure consists of three sequential screenshots of a mobile application interface for a digital informed consent form (TCLE).
 - The first screenshot (left) shows the title page. At the top, it displays the UNIFESP logo and the EFLCH (Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas) name. The main title is "Saúde e bem-estar na escola pública: a perspectiva de estudantes secundaristas". Below the title, it states "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital para participantes maiores de 18 anos - pesquisa de mestrado em desenvolvimento no Programa de Pós-graduação em Educação e Saúde na Infância e Adolescência". There are buttons for "Próxima" and "Limpar formulário".
 - The second screenshot (middle) shows the beginning of the consent text. The title "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)" is at the top. The text explains that the user is invited to participate in a master's research project titled "Saúde e bem-estar na escola pública: a perspectiva de estudantes secundaristas". It details the objectives, the researcher's name (Álvaro de Souza Maiotti), and the institution (UNIFESP).
 - The third screenshot (right) shows the continuation of the consent text. It discusses the risks of participation, such as minimal discomfort or fatigue, and mentions that the questionnaire is voluntary. It also states that the user will receive indirect benefits like information about school health and well-being. The text concludes by stating that the user is free to refuse or withdraw consent at any time without penalty.

Fonte: o autor, 2023.

Figura 9 - Continuação do TCLE digital

<p>14:22 100%</p> <p>A participação nessa pesquisa não irá gerar a você nenhum tipo de custo ou vantagens financeiras. Todas as informações obtidas por meio da participação serão de uso exclusivo para essa pesquisa, que poderá ser apresentada em eventos acadêmicos e/ou publicações científicas, e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável. Caso o sigilo de sua identidade não seja respeitado, você terá o direito de requerer indenização conforme o que está disposto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018. Os pesquisadores poderão contar a você os resultados da pesquisa quando ela terminar, caso você queira saber.</p> <p>Caso concorde em participar, o link para acesso ao questionário da pesquisa estará disponível na tela de agradecimento desse formulário, e aparecerá assim que você preencher as informações solicitadas e clicar em "enviar" para concluir.</p> <p>Se você não conseguir visualizar a tela de agradecimento por falhas técnicas da Internet ou do aparelho que estiver utilizando, poderá acessar o questionário nesse link: https://forms.gle/v5xRu2GcEET5a1SA. Certifique-se de ter informado seu e-mail pessoal e de tê-lo digitado corretamente, uma cópia desse documento com suas respostas será enviada para o e-mail informado.</p> <p>Se você tiver qualquer dúvida sobre o comportamento dos pesquisadores e/ou mudanças ocorridas na pesquisa que não constem neste termo, caso se considere prejudicado(a) em sua dignidade e autonomia, poderá entrar em contato com os pesquisadores através dos seguintes meios:</p> <p>Prof. Dr. Thiago da Silva Gusmão Cardoso Telefone: (11) 2128-6945 E-mail: thiago.gusmao@unifesp.br Endereço profissional: Centro Paulista de Neuropsicologia Rua Embaú, 54, CEP: 04039-060 – Vila Clementino, São Paulo/SP</p> <p>Álvaro de Souza Maiotti Telefone: (11)98705-1589 E-mail: alvaro.maiotti@unifesp.br Endereço profissional: EE Argeo Pinto Dias – Eng. Rua Falcão Peregrino, 22, CEP: 04857-350 – Jd. Sabiá, São Paulo/SP.</p>	<p>14:22 100%</p> <p>Esse estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança de voluntários de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante desse estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, CEP 04023-900 – Vila Clementino, São Paulo/SP pelos telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162 (atendimento de segunda à sexta-feira, das 08:00 às 13:00hs) ou pelo e-mail: cep@unifesp.br.</p> <p>No caso de decidir participar dessa pesquisa como voluntário(a), você deverá expressar o seu consentimento conforme as opções seguintes:</p> <p>Consentimento do(a) participante</p> <p>Eu, abaixo indicado, entendi como a pesquisa será realizada, comprometo-me a tirar dúvidas com os pesquisadores caso seja necessário e confirmo minha participação na pesquisa, sabendo que posso desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Autorizo a divulgação dos dados obtidos nesse estudo, mantendo minha identidade em sigilo. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento digital no e-mail informado.</p> <p>Digite seu nome completo, sem abreviações.</p> <p>Sua resposta</p>	<p>14:23 100%</p> <p>Li e estou de acordo.</p> <p></p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p></p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p>Local</p> <p>Cidade e estado onde reside. Ex.: São Paulo/SP</p> <p>Sua resposta</p>
---	---	---

Fonte: o autor, 2023.

Figura 10 - Encerramento do TCLE digital com declaração e assinatura dos pesquisadores

The figure consists of two side-by-side screenshots of a mobile application interface for a digital informed consent form (TCLE).

Left Screenshot (14:23):

- Header:** 14:23, signal strength, 100% battery.
- Section 1: Declaração dos pesquisadores**
Text: "Declaramos que obtivemos de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido do pai/mãe ou responsável legal do(a) adolescente para participação nesse estudo. Declaramos ainda que nos comprometemos a cumprir todos os termos aqui descritos."
- Section 2: Assinatura do pesquisador responsável e orientador**
Signature: *Thiago da Silva Gusmão Cardoso*
Name: Thiago da Silva Gusmão Cardoso
- Section 3: Assinatura do pesquisador sob orientação**
Signature: *Álvaro de Souza Maiotti*
Name: Álvaro de Souza Maiotti
- Progress:** A green bar indicates "Página 2 de 2".
- Buttons:** "Voltar" (grey), "Enviar" (green), "Limpar formulário" (grey).
- Footer:** "Nunca envie senhas pelo Formulários Google." and "Este formulário foi criado em Universidade Federal de Sao Paulo. [Denunciar abuso](#)"
- Bottom:** "Google Formulários" logo.

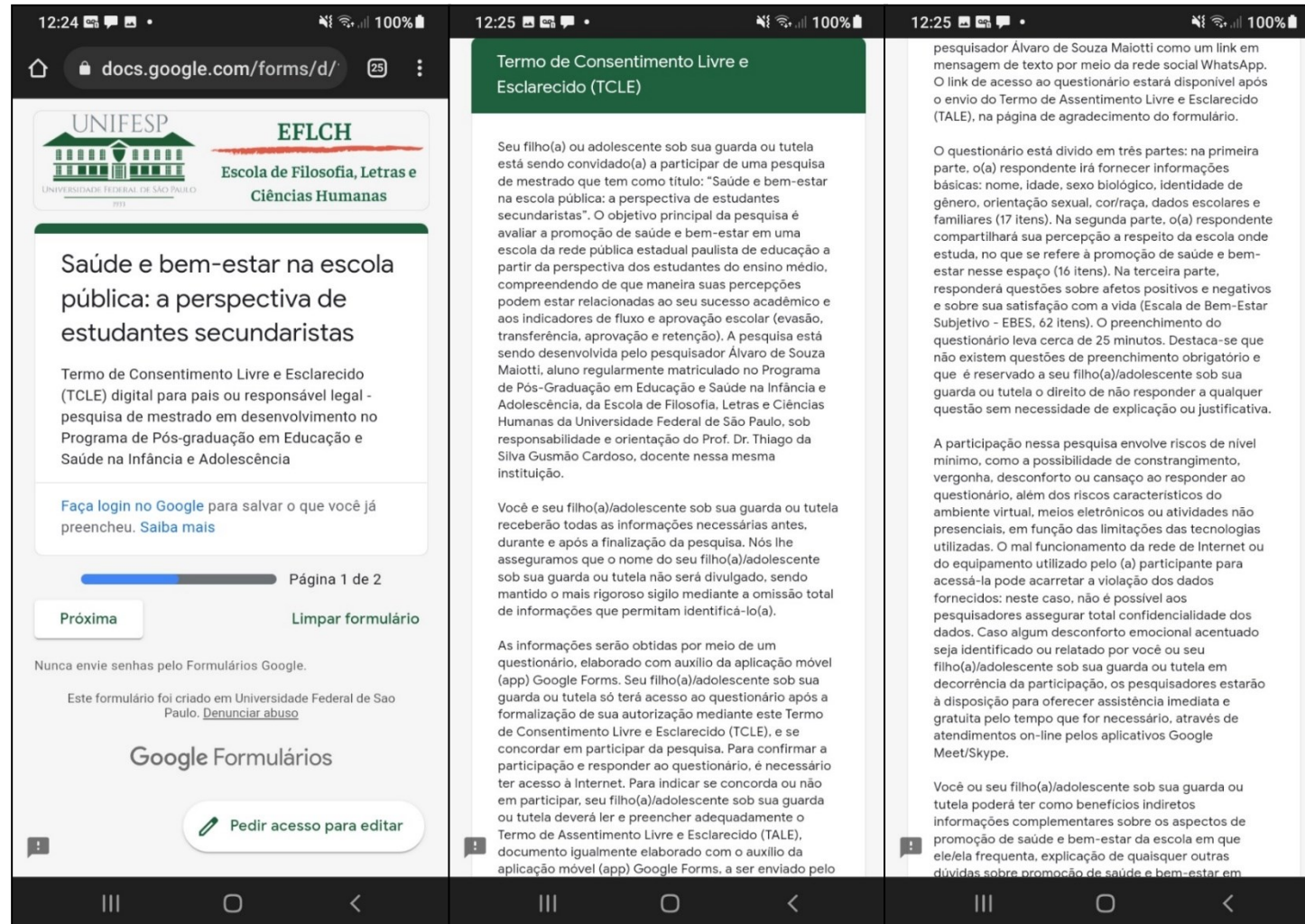
Right Screenshot (14:25):

- Header:** 14:25, signal strength, 100% battery.
- Address Bar:** docs.google.com/forms/u/
- Logos:** UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) and EFLCH (Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas).
- Title:** "Saúde e bem-estar na escola pública: a perspectiva de estudantes secundaristas"
- Text:** "Agora que você concordou em participar, por favor clique no link a seguir para ser redirecionado(a) ao questionário principal da pesquisa 🍌"
Link: <https://forms.gle/v5xRu2GEcEET5a1SA>
- Footer:** "Este formulário foi criado em Universidade Federal de Sao Paulo. [Denunciar abuso](#)" and "Google Formulários" logo.

Fonte: o autor, 2023.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital para pais ou responsável legal

Figura 11 - Tela de abertura e início do TCLE digital



Fonte: o autor, 2023.

Figura 12 - Continuação do TCLE digital

12:25 100%
 dúvidas sobre promoção de saúde e bem-estar em ambientes escolares, além da garantia de receber informações sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa, podendo ter acesso às informações fornecidas em qualquer etapa durante o estudo, ou posteriormente. A participação nessa pesquisa será de grande valia para a compreensão do tema que está sendo investigado.

Assim, você está sendo consultado(a) sobre o interesse e disponibilidade de seu filho(a)/adolescente sob sua guarda ou tutela em participar dessa pesquisa. Você é livre para recusar a participação, retirar seu consentimento ou interromper a participação de seu filho(a)/adolescente sob sua guarda ou tutela a qualquer momento, e isso não acarretará nenhuma penalidade. Para interromper participação de seu filho(a)/adolescente sob sua guarda ou tutela na pesquisa, entre em contato com o pesquisador Alvaro de Souza Maiotti através do e-mail alvaro.maiotti@unifesp.br; ele confirmará que está ciente da desistência em participar e descartará as informações recebidas.

A participação nessa pesquisa não irá gerar nenhum tipo de custo ou vantagens financeiras a você ou seu filho(a)/adolescente sob sua guarda ou tutela. Todas as informações obtidas por meio da participação serão de uso exclusivo para essa pesquisa, que poderá ser apresentada em eventos acadêmicos e/ou publicações científicas, e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável. Caso o sigilo de identidade de seu filho (a)/adolescente sob sua guarda ou tutela não seja respeitado, você terá o direito de requerer indenização conforme o que está disposto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018. Os pesquisadores poderão contar para você e seu filho(a)/adolescente sob sua guarda ou tutela os resultados da pesquisa quando ela terminar, caso vocês queiram saber.

Se você ou seu filho(a)/adolescente sob sua guarda ou tutela tiver qualquer dúvida sobre o comportamento dos pesquisadores e/ou mudanças ocorridas na pesquisa que não constem neste termo, caso se considere(m) prejudicado(a)/os(as) em sua dignidade e autonomia, poderá(ão) entrar em contato com os pesquisadores através dos seguintes meios:

12:26 100%
 Prof. Dr. Thiago da Silva Gusmão Cardoso
 Telefone: (11) 2128-6945
 E-mail: thiago.gusmao@unifesp.br
 Endereço profissional: Centro Paulista de Neuropsicologia | Rua Embaú, 54, CEP: 04039-060 – Vila Clementino, São Paulo/SP

Alvaro de Souza Maiotti
 Telefone: (11)98705-1589
 E-mail: alvaro.maiotti@unifesp.br
 Endereço profissional: EE Argeo Pinto Dias – Eng. | Rua Falcão Peregrino, 22, CEP: 04857-350 – Jd. Sabiá, São Paulo/SP.

Esse estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança de voluntários de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante desse estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, CEP 04023-900 – Vila Clementino, São Paulo/SP pelos telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162 (atendimento de segunda à sexta-feira, das 08:00 às 13:00hs) ou pelo e-mail: cep@unifesp.br.

No caso de permitir que seu filho(a)/adolescente sob sua guarda ou tutela faça parte dessa pesquisa como voluntário(a), você deverá expressar o seu consentimento conforme as opções seguintes:

Consentimento do pai/mãe ou responsável legal do(a) participante

Eu, abaixo indicado, entendi como a pesquisa será realizada, comprometo-me a tirar dúvidas com os pesquisadores caso seja necessário e autorizo a participação de meu filho(a)/adolescente sob minha guarda ou tutela, sabendo que posso desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Autorizo a divulgação dos dados obtidos nesse estudo, mantendo em sigilo a identidade de meu

12:26 100%
 filho(a)/adolescente sob minha guarda ou tutela. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento digital no e-mail informado.

Digite seu nome completo, sem abreviações.

Sua resposta

Li e estou de acordo

Sim
 Não

Escolha a opção que melhor se adequa à sua situação

Escolher

Pai/mãe do(a) participante

Responsável legal do(a) participante

tuteia

Sua resposta

Fonte: o autor, 2023.

Figura 13 - Consentimento do pai/mãe ou responsável e declaração e assinatura dos pesquisadores

The figure consists of three sequential screenshots of a Google Forms document on a mobile device, showing the consent and declaration process for a study.

Left Screenshot (12:26): Shows the beginning of the form. The title is "Escolha a opção que melhor se adequa à sua situação". Below it is a dropdown menu labeled "Escolher". The next question asks for the full name of the child/adolescent under the guardian's custody, with a text input field labeled "Sua resposta". The third question asks for the location (city and state), with a text input field labeled "Sua resposta". At the bottom, there is a "Declaração dos pesquisadores" section with a pre-filled text block.

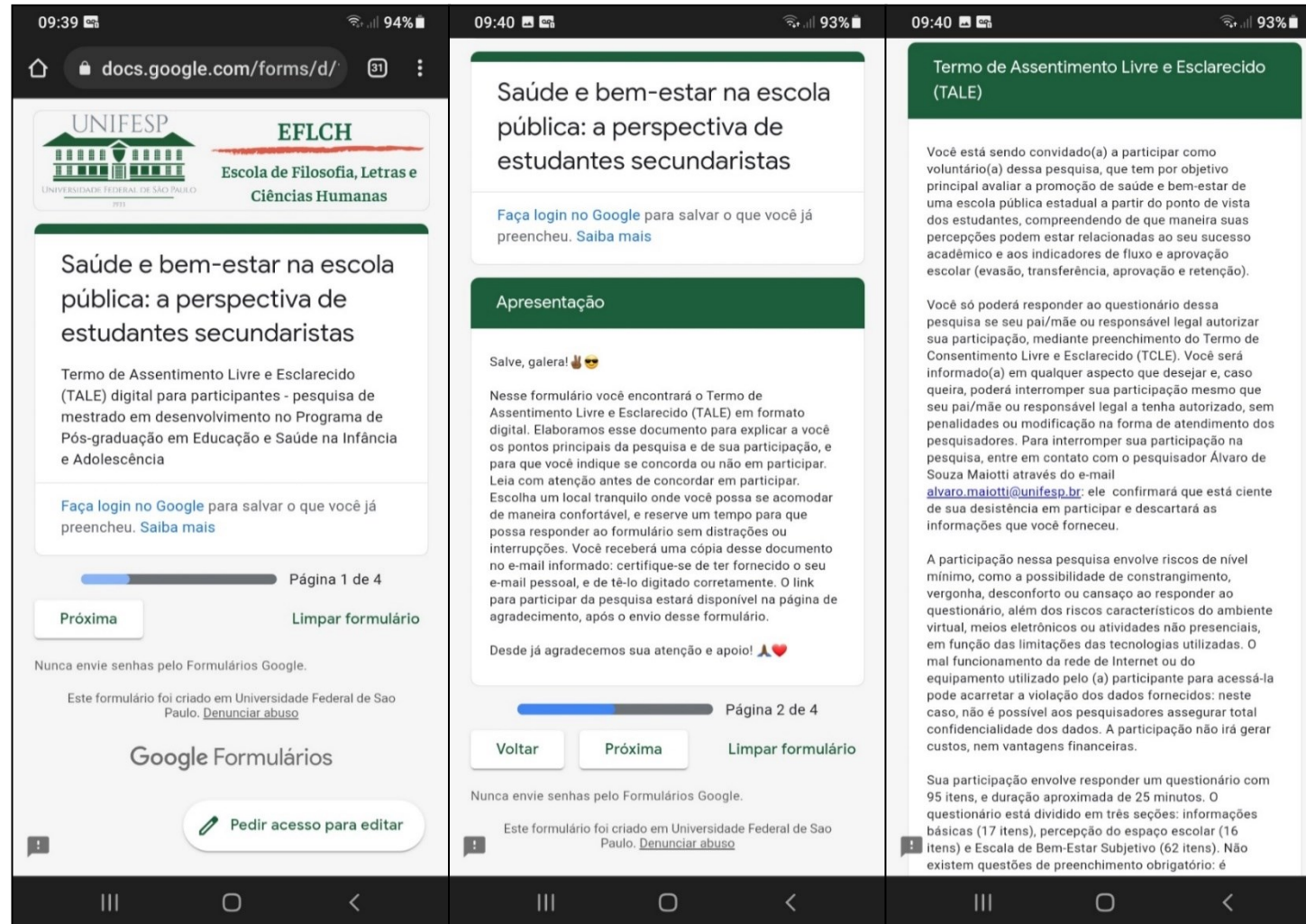
Middle Screenshot (12:26): Shows the "Declaração dos pesquisadores" section. The text reads: "Declaramos que obtivemos de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido do pai/mãe ou responsável legal do(a) adolescente para participação nesse estudo. Declaramos ainda que nos comprometemos a cumprir todos os termos aqui descritos." Below this are two signature fields. The first is for the responsible researcher and supervisor, with a handwritten signature and the name "Thiago da Silva Gusmão Cardoso". The second is for the researcher under supervision, with a handwritten signature and the name "Álvaro de Souza Maiotti". At the bottom, there are buttons for "Voltar", "Enviar", and "Limpar formulário", along with a progress indicator showing "Página 2 de 2".

Right Screenshot (12:27): Shows the title and purpose of the study. The title is "Saúde e bem-estar na escola pública: a perspectiva de estudantes secundaristas". Below the title, it says: "Agora que seus pais ou responsável legal autorizaram sua participação, por favor clique no link a seguir para confirmar seu aceite em participar da pesquisa" followed by a link: <https://forms.gle/5UMm28Fd5awCyMGKA>. At the bottom, it states: "Este formulário foi criado em Universidade Federal de Sao Paulo. [Denunciar abuso](#)". The Google Forms logo is also visible.

Fonte: o autor, 2023.


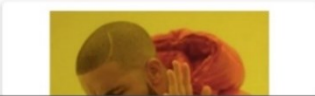
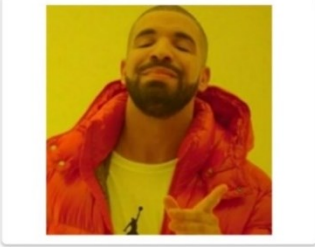
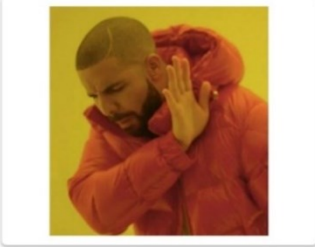
APÊNDICE D - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) digital para participantes da pesquisa

Figura 14 - Tela de abertura e início do TALE digital



Fonte: o autor, 2023.

Figura 15 - Continuação do TALE digital

<p>09:41 93%</p> <p>reservado a você o direito de não responder a qualquer questão sem necessidade de explicação ou justificativa.</p> <p>Os dados fornecidos poderão ser apresentados em eventos acadêmicos e/ou publicações científicas, mas você não será identificado(a) de maneira alguma. Esses dados serão tratados com padrões profissionais de sigilo, e os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa estiver concluída, caso você queira ter acesso a eles. Sua contribuição será de grande valia para a compreensão do tema que está sendo investigado.</p> <p>Caso concorde em participar, o link para acesso ao questionário da pesquisa estará disponível na tela de agradecimento desse formulário, e aparecerá assim que você preencher as informações solicitadas e clicar em "enviar" para concluir.</p> <p>Se você não conseguir visualizar a tela de agradecimento por falhas técnicas da Internet ou do aparelho que estiver utilizando, poderá acessar o questionário nesse link: https://forms.gle/v5xRu2GcEET5a1SA. Certifique-se de ter informado seu e-mail pessoal e de tê-lo digitado corretamente, uma cópia desse documento com suas respostas será enviada para o e-mail informado.</p> <p>Pesquisador responsável: Prof. Dr. Thiago da Silva Gusmão Cardoso E-mail: thiago.gusmao@unifesp.br Telefone: (11) 2128-6945 Endereço profissional: Centro Paulista de Neuropsicologia Rua Embaú, 54, CEP: 04039-060 – Vila Clementino, São Paulo/SP</p> <p>Pesquisador sob orientação: Álvaro de Souza Maiotti E-mail: alvaro.maiotti@unifesp.br Telefone: (11)98705-1589 Endereço profissional: EE Argeo Pinto Dias - Eng. Rua Falcão Peregrino, 22, CEP: 04857-350 – Jd. Sabiá, São Paulo/SP</p> <p>Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo Rua Botucatu, 740, CEP 04023-900 - Vila Clementino, São Paulo/SP E-mail: cep@unifesp.br Telefones: (11)5571-1062 (11)5539-7162 – atendimento de segunda à sexta-feira, das 8h às 13h</p>	<p>09:41 93%</p> <p>Digite seu nome completo, sem abreviações.</p> <p>Sua resposta</p> <p>Informe o nome completo de seu pai/mãe ou responsável legal que autorizou sua participação, preencheu e enviou o TCLE</p> <p>Sua resposta</p> <p>Li e estou de acordo.</p> <p></p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p></p>	<p>09:42 93%</p> <p>Informe o nome completo de seu pai/mãe ou responsável legal que autorizou sua participação, preencheu e enviou o TCLE</p> <p>Sua resposta</p> <p>Li e estou de acordo.</p> <p></p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p></p> <p><input type="radio"/> Não</p>
---	--	---

Fonte: o autor, 2023.

Figura 16 - Encerramento do TALE digital com declaração e assinatura dos pesquisadores

The figure consists of two side-by-side screenshots of a mobile application interface for a digital form. The left screenshot, taken at 09:42 with 93% battery, shows the 'Declaração dos pesquisadores' (Declaration of researchers) section. It contains a text box with the following text: 'Declaramos que obtivemos de forma apropriada e voluntária o assentimento livre e esclarecido do(a) adolescente para participação nesse estudo. Declaramos ainda que nos comprometemos a cumprir todos os termos aqui descritos.' Below this is a section for the signature of the responsible researcher and supervisor, with a handwritten signature of 'Thiago da Silva Gusmão Cardoso' and his name printed below. The next section is for the signature of the researcher under supervision, with a handwritten signature of 'Álvaro de Souza Maiotti' and his name printed below. At the bottom, there is a progress bar indicating 'Página 3 de 3' and three buttons: 'Voltar', 'Próxima', and 'Limpar formulário'. The right screenshot, taken at 09:58 with 89% battery, shows the top part of the form. It features the logos of 'UNIFESP' (Universidade Federal de São Paulo) and 'EFLCH' (Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas). The main title of the form is 'Saúde e bem-estar na escola pública: a perspectiva de estudantes secundaristas'. Below the title, there is a paragraph: 'Agora que você concordou em participar, por favor clique no link a seguir para ser redirecionado(a) ao questionário principal da pesquisa' followed by a blue link: <https://forms.gle/v5xRu2GEcEET5a1SA>. At the bottom, it states 'Este formulário foi criado em Universidade Federal de Sao Paulo. Denunciar abuso' and the 'Google Formulários' logo.

Fonte: o autor, 2023.

APÊNDICE E - Questionário principal da pesquisa

Figura 17 - Tela de abertura, apresentação e questões 1 e 2 da primeira seção do questionário

The figure consists of three sequential screenshots of a Google Forms questionnaire on a mobile device. The first screenshot (left) shows the title "Saúde e bem-estar na escola pública: a perspectiva de estudantes secundaristas" and the logo of UNIFESP EFLCH (Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas). The second screenshot (middle) shows the "Apresentação" section with a welcome message and instructions. The third screenshot (right) shows the first two questions: "1. Nome completo, sem abreviações" and "2. Data de nascimento:". A dropdown menu for "3. Sexo biológico" is open, showing options: "Feminino", "Masculino", and "Intersexo".

Apresentação

Salve, galera! 🙌

Mais uma vez agradecemos sua atenção e apoio 🙏❤️

Esse é o formulário principal da pesquisa. Para facilitar sua participação, ele foi organizado da seguinte maneira:

- Informações básicas: nessa seção você irá informar seu nome, idade, sexo biológico, identidade de gênero, orientação sexual, cor/raça, dados escolares e familiares (17 itens).
- Percepção do espaço escolar: nessa seção você responderá questões sobre a escola enquanto espaço de promoção de saúde e bem-estar (16 itens).
- Escala de Bem-estar Subjetivo (EBES): nessa seção você responderá questões sobre afetos positivos e negativos e sua satisfação com a vida (62 itens).

⚠️ Importante: O sucesso da nossa pesquisa depende da sua participação. Não tenha pressa: preencha o formulário com calma, respondendo cada item com atenção e honestidade 😊

📄 Após o envio de suas respostas, faça o download do material que preparamos sobre saúde mental 📄

1. Nome completo, sem abreviações

Sua resposta

2. Data de nascimento:

Selecione o dia, o mês e ano de seu nascimento

Data

3. Sexo biológico

Escolher

Feminino

Masculino

Intersexo

Fonte: o autor, 2023.

Figura 18 - Questões de 4 e 5 da primeira seção do questionário

The figure consists of three side-by-side screenshots of a mobile application interface, each showing a question and its corresponding dropdown menu.

Left Screenshot (Question 4): The question is titled "4. Identidade de gênero". It provides definitions for Agênero, Andrôgeno, Cisgênero, and Transexual. A dropdown menu is open, showing the following options: "Escolher", "Agênero", "Andrôgeno", "Cisgênero", "Transexual", and "Prefiro não informar".

Middle Screenshot (Question 5): The question is titled "5. Orientação sexual". It provides definitions for Assexual, Bissexual, Gay (homossexual), Heterossexual, and Lésbica (homossexual). A dropdown menu is open, showing the following options: "Escolher", "Assexual", "Bissexual", "Gay (homossexual)", "Heterossexual", "Lésbica (homossexual)", "Pansexual", and "Prefiro não informar".

Right Screenshot (Question 5): This screenshot is identical to the middle one, showing the same question and dropdown menu options.

Fonte: o autor, 2023.

Figura 19 - Questões 6 e 7 da primeira seção do questionário

The figure displays three sequential screenshots of a mobile questionnaire interface. Each screenshot shows a different question with a dropdown menu for selection. The top status bar of each screen shows the time as 15:28 and battery level at 93%.

Screen 1 (Left): Question 6: "6. Cor/raça". The dropdown menu is open, showing options: Amarela, Branca, Indígena, Parda, and Preta. The selected option is "Escolher".

Screen 2 (Middle): Question 7: "7. Série do ensino médio em que está matriculado(a)". The dropdown menu is open, showing the selected option "Escolher".

Screen 3 (Right): Question 7: "7. Série do ensino médio em que está matriculado(a)". The dropdown menu is open, showing options: 1ª série do ensino médio, 2ª série do ensino médio, and 3ª série do ensino médio. The selected option is "Escolher".

Below the main question area, the same question is repeated for questions 8, 9, and 10, each with a dropdown menu set to "Escolher".

Question 8: "8. Período do dia em que frequenta a escola onde estuda atualmente".

Question 9: "9. Tempo de permanência na escola onde estuda atualmente".

Question 10: "10. Você já repetiu algum ano/série escolar na escola onde estuda atualmente?".

Fonte: o autor, 2023.

Figura 20 - Questões de 8 a 10 da primeira seção do questionário

The figure displays three sequential screenshots of a mobile application interface for a questionnaire. Each screenshot shows a question, a dropdown menu, and a list of options. The interface is in Portuguese and includes a status bar at the top and an Android navigation bar at the bottom.

Screenshot 1 (Left): Question 7: "7. Série do ensino médio em que está matriculado(a)". The dropdown menu is open, showing options: "Escolher", "Matutino", "Vespertino", "Noturno", and "Integral".

Screenshot 2 (Middle): Question 8: "8. Período do dia em que frequenta a escola onde estuda atualmente". The dropdown menu is open, showing options: "Escolher", "Estudo nessa escola há seis meses", "Estudo nessa escola há 1 ano", "Estudo nessa escola há 2 anos", and "Estudo nessa escola há mais de 2 anos".

Screenshot 3 (Right): Question 10: "10. Você já repetiu algum ano/série escolar na escola onde estuda atualmente?". The dropdown menu is open, showing options: "Escolher", "Não", "Sim, uma vez", "Sim, duas vezes", and "Sim, mais do que duas vezes". Below the dropdown, there are two checkboxes: "Experiência positiva de parentes e amigos próximos" and "Proximidade de onde moro".

Fonte: o autor, 2023.

Figura 21 - Questões de 11 a 15 da primeira seção do questionário

The figure displays three sequential screenshots of a mobile application interface for a questionnaire. The top status bar shows the time as 15:28, 15:29, and 15:29, along with signal strength, LTE1, and 93% battery. The browser address bar shows 'docs.google.com/forms/d/'.

Screen 1 (15:28): Question 11: "Qual é o principal motivo de você estar matriculado(a) na escola onde estuda atualmente?" with four radio button options: "Avaliação e comentários positivos no Google", "Experiência positiva de parentes e amigos próximos", "Proximidade de onde moro", and "Outro:". Below is a text input field. A section header "Dados familiares" is visible.

Screen 2 (15:29): Question 12: "Com quem você mora?" with four radio button options: "Pais (mãe e pai)", "Parentes próximos (tios, avós)", "Responsável legal (quem possui sua guarda ou tutela)", and "Outro:". Below is a text input field. Question 13: "Com quantas pessoas você mora?" with a dropdown menu labeled "Escolher". Question 14: "Sua residência é do tipo" with three radio button options: "Apartamento", "Casa", and "Outro:". Below is a text input field. Question 15: "Sua residência é" with four radio button options: "Alugada", "Cedida", "Própria", and "Outro:". Below is a text input field.

Screen 3 (15:29): This screen shows the dropdown menu for question 13 expanded, listing the options: "1", "2", "3", and "4 ou mais".

Fonte: o autor, 2023.

Figura 22 - Questões 16 e 17 da primeira seção do questionário

15:29 93%

16. Quantos cômodos a sua residência possui?

Considere como cômodo os compartimentos cobertos por um teto e limitados por paredes, e que sejam parte integrante da residência (inclusive cozinha e banheiro). Não considere como cômodo: alpendre e varanda aberta, corredores de ligação entre cômodos, garagem, depósitos e outros compartimentos utilizados exclusivamente para fins não residenciais.

Escolher

1

2

3

4 ou mais

Escolher

Página 3 de 11

Voltar Próxima Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em Universidade Federal de Sao Paulo. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

15:29 93%

16. Quantos cômodos a sua residência possui?

Considere como cômodo os compartimentos cobertos por um teto e limitados por paredes, e que sejam parte integrante da residência (inclusive cozinha e banheiro). Não considere como cômodo: alpendre e varanda aberta, corredores de ligação entre cômodos, garagem, depósitos e outros compartimentos utilizados exclusivamente para fins não residenciais.

Escolher

17. Qual é a renda média da sua família?

Considere a soma dos salários de todas as pessoas que moram com você, e que trabalham. Esse valor deve ser dividido pelo número total de pessoas que dividem a mesma residência. O resultado dessa operação é a renda média de sua família. Como referência, considere o valor de R\$1210,00 para 1 salário mínimo (um mil, duzentos e dez reais - atualizado em janeiro de 2022)

Escolher

Página 3 de 11

Voltar Próxima Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em Universidade Federal de Sao Paulo. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

15:29 93%

16. Quantos cômodos a sua residência possui?

Considere como cômodo os compartimentos cobertos por um teto e limitados por paredes, e que sejam parte integrante da residência (inclusive cozinha e banheiro). Não considere como cômodo: alpendre e varanda aberta, corredores de ligação entre cômodos, garagem, depósitos e outros compartimentos utilizados exclusivamente para fins não residenciais.

Escolher

17. Qual é a renda média da sua família?

Considere a soma dos salários de todas as pessoas que moram com você, e que trabalham. Esse valor deve ser dividido pelo número total de pessoas que dividem a mesma residência. O resultado dessa operação é a renda média de sua família. Como referência, considere o valor de R\$1210,00 para 1 salário mínimo (um mil, duzentos e dez reais - atualizado em janeiro de 2022)

Escolher

Nenhuma renda

Até 1 salário mínimo

De 1 a 3 salários mínimos

De 4 a 6 salários mínimos

Acima de 6 salários mínimos

Página 3 de 11

Voltar Próxima Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em Universidade Federal de Sao Paulo. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

Fonte: o autor, 2023.

Figura 23 - Encerramento da primeira seção, quadro de referência para as questões de 1 a 6 e questões 1 e 2 da segunda seção do questionário

Fim da primeira etapa

Parabéns! Você concluiu a primeira etapa do questionário. Vamos adiante!

PARABÉNS

Página 4 de 11

Voltar Próxima Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em Universidade Federal de São Paulo. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

Percepção do espaço escolar

Promoção de saúde e bem-estar

Eixo 1 - Educação para a saúde

Considere os seguintes temas para responder as questões de 1 a 6.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	EDUCAÇÃO FÍSICA E PRÁTICA DE ESPORTES	HIGIENE PESSOAL	USO SEGURO DA INTERNET E TECNOLOGIAS DIGITAIS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO
AMBIENTES SAUDÁVEIS E PRESERVAÇÃO DO MEIO AMBIENTE	ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL	QUALIDADE DO SONO	USO E ABUSO DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS
DISPOSIÇÃO E BOM ESTADO FÍSICO	HABILIDADES SOCIOEMOCIONAIS E RELAÇÕES INTERPESSOIS	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Um ou mais temas foi/foram apresentado(s) em sala de aula pelo(a)/pelos(as) professor(a)/professores(as) e desenvolvido(s) em uma ou mais atividades ou aulas de sua(s) disciplina(s)

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo, nem discordo

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

2. Um ou mais temas foi/foram apresentado(s) na escola por profissional(ais) da área da saúde

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo, nem discordo

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

Fonte: o autor, 2023.

Figura 24 - Questões de 3 a 7 da segunda seção do questionário

The figure displays three sequential screenshots of a Google Forms questionnaire on a mobile device. The top status bar shows the time as 15:30 and battery level at 93%.

Left Screenshot (Question 3): The question asks, "3. Lembro de assuntos relacionados a um ou mais temas que me foram apresentados na escola". The response options are:

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo, nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

Middle Screenshot (Question 5): The question asks, "5. Aplico em meu dia-a-dia uma ou mais informações que estejam relacionadas a um ou mais temas que me foram apresentados na escola". The response options are:

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo, nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

 Below this is question 6: "6. Qual(ais) tema(s) você considera importante(s) e que não foi/foram abordado(s) na escola?". It includes a text input field labeled "Sua resposta" and a progress indicator showing "Página 5 de 11". Navigation buttons "Voltar", "Próxima", and "Limpar formulário" are visible.

Right Screenshot (Question 7): The question asks, "7. Marque as opções de ambientes/espacos que a sua escola possui e/ou que você utiliza/frequenta". It includes a sub-section "Percepção do espaço escolar" with "Promoção de saúde e bem-estar" and "Eixo 2 - Ambientes e entornos saudáveis". The response options are:

- Auditório ou anfiteatro
- Área externa ou pátio descoberto para recreio/intervalo
- Biblioteca ou sala de leitura
- Cantina
- Enfermaria
- Pátio coberto para recreio/intervalo
- Quadra de esportes
- Refeitório
- Sala de aula
- Sala do grêmio estudantil
- Sala de material de educação física

At the bottom of the middle and right screenshots, there is a footer: "Nunca envie senhas pelo Formulários Google. Este formulário foi criado em Universidade Federal de Sao Paulo. [Denunciar abuso](#) Google Formulários".

Fonte: o autor, 2023.

Figura 25 - Quadro de referência para as questões 8 e 9, questões 8 e 9, e quadro de referência para as questões 10 e 11 da segunda seção do questionário

15:31 93%

docs.google.com/forms/d/

Sanitário masculino/feminino

Vestiário

Outro:

Considere os ambientes/espacos que você assinalou na questão 7 e os seguintes aspectos positivos de sua dimensão física para responder as questões 8 e 9.

ÁGUA POTÁVEL E ESGOTO	ALIMENTOS SAUDÁVEIS (CANTINA E/OU COZINHA)	CONFORTO ACÚSTICO E TÉRMICO (NÍVEL DE RUÍDO E TEMPERATURA)
ESPAÇO DE CIRCULAÇÃO (AMBIENTES INTERNO E EXTERNO)	ILUMINAÇÃO NATURAL E/OU ARTIFICIAL SUFICIENTE	DISPONIBILIDADE DE ITENS DE HIGIENE PESSOAL
LIMPEZA E CONSERVAÇÃO	MOBILIÁRIO E MATERIAIS DIDÁTICOS E ESPORTIVOS	VENTILAÇÃO EM AMBIENTES INTERNOS

8. Os ambientes/espacos externo e interno da escola possuem os aspectos físicos positivos apresentados no quadro, de acordo com a característica de cada ambiente/espaco

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo, nem discordo

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

9. Acrescente aqui o(s) aspecto(s) positivo(s) da dimensão física dos ambientes/espacos da sua escola que não está/estão presente(s) no quadro.

Sua resposta

Considere os ambientes/espacos que você assinalou na questão 7 e os seguintes valores positivos para responder as questões 10 e 11.

ACOLHIMENTO	AUSÊNCIA DE VIOLÊNCIA	CLIMA AGRAVÁVEL PARA CONVIVÊNCIA
EQUIDADE	JUSTIÇA	LIBERDADE
RESPEITO	SOLIDARIEDADE	TOLERÂNCIA

10. Observo a presença dos valores positivos apresentados no quadro nos ambientes/espacos externo e interno da escola

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo, nem discordo

Discordo parcialmente

Fonte: o autor, 2023.

Figura 26 - Questões de 10 a 13 da segunda seção do questionário

The figure displays three sequential screenshots of a Google Forms questionnaire on a mobile device. The top status bar shows the time as 15:31 and battery level at 92%.

Left Screenshot (Question 10): The question asks about the presence of positive values in external and internal school environments. It includes five radio button options: "Concordo totalmente", "Concordo parcialmente", "Não concordo, nem discordo", "Discordo parcialmente", and "Discordo totalmente". Below the question is a text input field for question 11, labeled "Sua resposta". At the bottom, there are navigation buttons: "Voltar", "Próxima", and "Limpar formulário".

Middle Screenshot (Question 12): The form title is "Percepção do espaço escolar" and the section is "Eixo 3 - Cooperação entre escola e serviços de saúde". The question asks about receiving or receiving orientations for prevention actions in the school. It includes five radio button options: "Concordo totalmente", "Concordo parcialmente", "Não concordo, nem discordo", "Discordo parcialmente", and "Discordo totalmente".

Right Screenshot (Question 13): The question asks if the school organized health services directly within the school in partnership with the regional health network. It includes five radio button options: "Concordo totalmente", "Concordo parcialmente", "Não concordo, nem discordo", "Discordo parcialmente", and "Discordo totalmente".

Fonte: o autor, 2023.

Figura 27 - Questões de 14 a 16 e encerramento da segunda seção do questionário

The figure consists of three sequential screenshots of a Google Forms questionnaire on a mobile device. The top status bar shows the time as 15:32 and battery at 92%.

First Screenshot (Page 7 of 11): Displays two questions. Question 14 asks about the quality and availability of health services at the school, with response options: Concordo totalmente, Concordo parcialmente, Não concordo, nem discordo, Discordo parcialmente, and Discordo totalmente. Question 15 asks about the school's disclosure of educational activities, with the same response options.

Second Screenshot (Page 7 of 11): Displays question 16, which asks about school conditions and risk factors for students, teachers, and staff. It includes a detailed list of examples such as alcohol use, poor nutrition, and lack of physical activity. Response options are the same as in the previous questions. Navigation buttons 'Voltar', 'Próxima', and 'Limpar formulário' are visible at the bottom.

Third Screenshot (Page 8 of 11): Shows the end of the second section with a green header 'Fim da segunda etapa'. A message reads: 'Eh noisss! Você concluiu a segunda etapa do questionário. Agora falta pouco!'. Below this is a celebratory illustration of a man with glasses and a beard, raising his fist, with the text 'EH NOISSS' in large, colorful letters. Navigation buttons and the footer are also present.

Fonte: o autor, 2023.

Figura 28 - Terceira seção do questionário: itens de 1 a 9 da EBES

The figure displays three sequential screenshots of a Google Forms questionnaire. The first screenshot shows the title 'Escala de Bem-Estar Subjetivo' and the sub-scale 'Subescala 1' with instructions. The second and third screenshots show items 1 through 9, each with a 5-point Likert scale.

Escala de Bem-Estar Subjetivo

Afetos positivos e negativos

Subescala 1
Gostaríamos de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas, o importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada palavra e clique no círculo abaixo do número que expressa sua resposta, de acordo com os valores da escala abaixo:

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Ultimamente tenho me sentido...

1. Aflição(a)

1 2 3 4 5

2. Alarmado(a)

1 2 3 4 5

3. Amável

1 2 3 4 5

4. Ativo(a)

1 2 3 4 5

5. Angustiado(a)

1 2 3 4 5

6. Agradável

1 2 3 4 5

7. Alegre

1 2 3 4 5

8. Apreensivo(a)

1 2 3 4 5

9. Preocupado(a)

1 2 3 4 5

Fonte: o autor, 2023.

Figura 29 - Terceira seção do questionário: itens de 10 a 21 da EBES

The figure displays three sequential screenshots of a mobile application interface for a questionnaire. Each screenshot shows a single item from the EBES scale, numbered 10 through 21. The items are:

- 10. Disposto(a)
- 11. Contente
- 12. Irritado(a)
- 13. Deprimido(a)
- 14. Interessado(a)
- 15. Entediado(a)
- 16. Atento(a)
- 17. Transtornado(a)
- 18. Animado(a)
- 19. Determinado(a)
- 20. Chateado(a)
- 21. Decidido(a)

Each item is presented in a white rectangular box with a light gray border. Above the item title, the numbers 1 through 5 are displayed, corresponding to the five points of the Likert scale. Below the numbers are five empty circles, each representing a response option. The background of the application is black, and the top status bar shows the time as 15:32, signal strength, LTE1, and 92% battery. The bottom navigation bar features three icons: a vertical bar, a circle, and a left-pointing arrow.

Fonte: o autor, 2023.

Figura 30 - Terceira seção do questionário: itens de 22 a 33 da EBES

The figure displays three sequential screenshots of a mobile application interface for a questionnaire. Each screenshot shows a single question item with a 5-point Likert scale response format. The items are:

- Item 22:** Seguro(a)
- Item 23:** Assustado(a)
- Item 24:** Dinâmico(a)
- Item 25:** Engajado(a)
- Item 26:** Produtivo(a)
- Item 27:** Impaciente
- Item 28:** Receoso(a)
- Item 29:** Entusiasmado(a)
- Item 30:** Desanimado(a)
- Item 31:** Ansioso(a)
- Item 32:** Indeciso(a)
- Item 33:** Abatido(a)

Each item is presented in a white box with a light gray border. Above the item text, the numbers 1 through 5 are displayed horizontally. Below the numbers, there are five empty circles representing the response options. The screenshots also show the time (15:32, 15:33, 15:33) and battery level (92%) in the status bar at the top. At the bottom of each screenshot, there is a black navigation bar with three icons: a vertical bar, a circle, and a left-pointing arrow.

Fonte: o autor, 2023.

Figura 31 - Terceira seção do questionário: itens de 34 a 45 da EBES

The figure displays three sequential screenshots of a mobile application interface for a questionnaire. Each screenshot shows a single item with a 5-point Likert scale. The items are:

- 34. Amedrontado(a)
- 35. Aborrecido(a)
- 36. Agressivo(a)
- 37. Estimulado(a)
- 38. Incomodado(a)
- 39. Bem
- 40. Nervoso(a)
- 41. Empolgado(a)
- 42. Vigoroso(a)
- 43. Inspirado(a)
- 44. Tenso(a)
- 45. Triste

Each item is presented in a white box with a light gray border. The scale consists of five radio buttons labeled 1 through 5. The background of the application is dark gray, and the top status bar shows the time as 15:33 and battery level at 92%. The bottom navigation bar features three icons: a vertical bar, a circle, and a left-pointing arrow.

Fonte: o autor, 2023.

Figura 32 - Terceira seção do questionário: itens de 45 a 52 da EBES

The figure displays three screenshots of a mobile questionnaire interface, showing items 45 to 52. Each item is presented with a 5-point Likert scale (1 to 5) and a corresponding set of five radio buttons.

Item 45: Triste

Item 46: Agitado(a)

Item 47: Envergonhado(a)

Item 48: Estou satisfeito(a) com minha vida

Item 49: Tenho aproveitado as oportunidades da vida

Item 50: Avalio minha vida de forma positiva

Item 51: Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida

Item 52: Mudaria meu passado se eu pudesse

The central screenshot shows a Google Forms interface with a login prompt: "Faça login no Google para salvar o que você já preencheu. Saiba mais". Below the login prompt is a green header for the "Escala de Bem-Estar Subjetivo" (Subjective Well-Being Scale). The scale includes a section for "Satisfação com a vida" (Life Satisfaction) and a "Subescala 2" (Subscale 2) with instructions: "Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, clique no círculo abaixo do número que expressa o mais fielmente possível sua opinião sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade. Considere a nova escala de valores abaixo:". Below the instructions is a legend for the 5-point scale: 1 (Discordo plenamente), 2 (Discordo), 3 (Não sei), 4 (Concordo), 5 (Concordo plenamente).

Fonte: o autor, 2023.

Figura 33 - Terceira seção do questionário: itens de 53 a 60 da EBES

The figure displays two side-by-side screenshots of a mobile application interface, showing five Likert scale items (53-60) for the EBES questionnaire. Each item is presented in a separate white box with a light gray border. The items are:

- 53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida
- 54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim
- 55. Gosto da minha vida
- 56. Minha vida está ruim
- 57. Estou insatisfeito(a) com minha vida
- 58. Minha vida poderia estar melhor
- 59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida
- 60. Minha vida é "sem graça"

Each item is followed by a 5-point scale with radio buttons labeled 1, 2, 3, 4, and 5. The screenshots also show the time 15:33, signal strength, Wi-Fi, and 92% battery.

Fonte: o autor, 2023.

Figura 34 - Terceira seção do questionário: itens 61 e 62 da EBES e encerramento do questionário

The figure displays two sequential screenshots of a mobile questionnaire interface. The left screenshot, taken at 15:33 with 92% battery, shows the third section of the questionnaire. It contains two items, 61 and 62, each with a 5-point Likert scale. Item 61 is "Minhas condições de vida são muito boas" and item 62 is "Considero-me uma pessoa feliz". Below the items is a progress bar indicating "Página 10 de 11" and navigation buttons: "Voltar", "Próxima", and "Limpar formulário". A footer contains the text "Nunca envie senhas pelo Formulários Google." and "Este formulário foi criado em Universidade Federal de Sao Paulo. [Denunciar abuso](#)". The Google Formulários logo is at the bottom.

The right screenshot, taken at 17:48 with 100% battery, shows the end of the questionnaire. It features a green header "Fim da terceira etapa" and a message: "Você concluiu o questionário. Obrigado pela participação! 🙌❤️ Não esqueça de fazer o download do material que preparamos para você 😊". Below the message is a large graphic with the word "FINALMENTE" in red, stylized letters, and a cartoon character of a man with glasses and a beard, wearing a blue jacket and blue pants, running and holding a large red ribbon. Below the graphic is a section titled "Gula de Saúde Mental" with a link: "Clique aqui para acessar o material que preparamos para você! 📄 encurtador.com.br/inBNS". At the bottom, there is a progress bar for "Página 11 de 11" and navigation buttons: "Voltar", "Enviar", and "Limpar formulário".

Fonte: o autor, 2023.

APÊNDICE F - Flyer com orientações sobre saúde mental

Figura 35 - Flyer Saúde Mental na Palma da Mão

Saúde Mental na Palma da Mão



Ei, você aí!

Você saberia me dizer o que é saúde mental e qual a sua importância para a nossa sociedade?

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, a **saúde mental** está associada ao **bem-estar** de cada pessoa e como ela percebe a si mesma. Tem a ver com **autonomia**, **autorrealização intelectual e emocional**. Os problemas da vida nos desequilibram, e é normal sentir-se chateado(a) ou triste com algu-

ma situação. Só nos últimos dois anos, por exemplo, a pandemia de Covid-19 nos colocou diante de muitos desafios, e isso com certeza mexeu um pouco com cada um de nós. Quando a tristeza insistir em ficar, ou vir acompanhada de um profundo desânimo, e o apoio de nossos amigos e familiares não parecer suficiente, é hora de procurar a ajuda de um profissional. Que bom saber que sempre podemos contar com mais alguém! Com a saúde mental em dia podemos dar continuidade às nossas tarefas, encarar os desafios que a vida nos apresenta todos os dias.

Contatos

Na Internet você localiza facilmente diversos endereços e telefones de instituições que oferecem atendimento psicológico gratuito, ou por um preço acessível. Aqui estão duas instituições que valem a pena conhecer!

Clique no mapa para visualizar a localização.



**Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA)
EPM/Unifesp**

Rua Botucatu, 715 – Vila Clementino
São Paulo/SP
(11) 5576-4848





**Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia**

**Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP)
IP USP**

Av. Prof. Mello de Moraes, 1721 – Bloco D
Butantã – São Paulo/SP
(11) 3091-5015



¹ World Health Organization, Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde (2002). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. (1 ed.). Direção-Geral da Saúde. <https://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio-OMS-da-saude-mental-no-mundo-2001.pdf>